

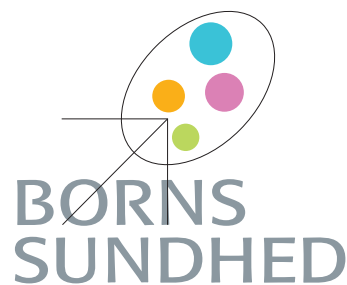
Herkomst og sundhed

blandt børn i Region Hovedstaden
i perioden 2002-2016

REGION



Udarbejdet for Region Hovedstaden af:
Janni Ammitzbøll, Sofie Weber Pant, Anette Johansen
og Bjørn E. Holstein





© Statens Institut for Folkesundhed 2018.
Statens Institut for Folkesundhed
Stu­di­stræ­de 6
1455 Kø­ben­havn K
www.si-folkesundhed.dk

Udar­bej­det for Re­gion Ho­ved­staden af:
Janni Ammitzbøll, Sofie Weber Pant,
Anette Johansen og Bjørn E. Holstein

Foto­le­ver­andør: Mo­del­bil­le­der fra Colourbox

Publi­ka­tionen re­fe­re­res så­le­des:
Janni Ammitzbøll, Sofie Weber Pant,
Anette Johansen og Bjørn E. Holstein
Her­komst og sun­d­hed blandt børn i Re­gion
Ho­ved­staden i pe­ri­oden 2002-2016. Statens
In­sti­tut for Fol­kesun­d­hed, SDU 2018.

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

Elektronisk ISBN: 978-87-7899-414-1

Trykt ISBN: 978-87-7899-415-8



Forord

Region Hovedstaden

I Region Hovedstaden ønsker vi at være med til at skabe et godt liv for alle børn. Vi prioriterer arbejdet med sundhedsfremme og forebyggelse i barndommen, og vi prioriterer lighed i sundhed, fx lighed mellem etniske danskere, danskere med indvandrerbaggrund og deres efterkommere.

Gode data og ny viden om børns sundhed er en af forudsætningerne for, at regionen og kommunerne kan yde den rette indsats. Derfor er det en glæde at kunne præsentere denne rapport

med nye data om sundhed blandt børn af etniske danske forældre, indvandrere og efterkommere.

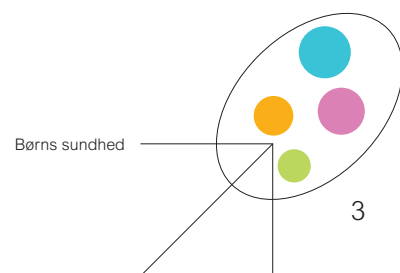
Rapporten tegner et nuanceret billede af børns sundhed. På de fleste områder er der ikke den store forskel i sundheden mellem børn af etniske danske forældre, indvandrere og efterkommere. Men på nogle områder er forskellene store. Der er for eksempel alt for mange børn af indvandrere, der ikke ammes så længe som Sundhedsstyrelsen anbefaler, som udsættes for tobaksrøg i hjemmet, og som har udfordringer med spisning, søvn og forældre-barn kontakt og samspil.

Rapporten udspringer af et mangeårigt tæt samarbejde mellem Region Hovedstaden og Databasen Børns Sundhed. Databasen er oprettet i 2002 af sundhedsplejersker i det daværende Københavns Amt med støtte fra amtet. De fleste af kommunerne i Region Hovedstaden indgår nu i databasen, og det giver mulighed for at tegne et billede af sundheden blandt spædbørn og indskolingsbørn i regionen.

Jeg håber, at rapportens resultater kan hjælpe os med at styrke den forebyggende og sundhedsfremmende indsats for børn i vores region.



Sophie Hæstorp Andersen
Regionsrådsformand



Forord

Databasen Børns Sundhed

Befolkningen i Region Hovedstaden rummer en større andel indvandrere og efterkommere end andre regioner. Derfor har det stor betydning for regionen at få mere viden om sundheden blandt børn af danske forældre, indvandrere og efterkommere. Sundhedsplejerskernes arbejde med børn og børnefamilier er et godt grundlag for en sådan vidensopsamling, da sundhedsplejersker ser praktisk talt alle børn. Som andet sundhedspersonale skal sundhedsplejerskerne føre journal, og det er disse journaler, som er grundlaget for denne rapport.

Journalerne er detaljerede og giver dermed basis for en ganske omfattende beskrivelse af børnenes sundhed. Sundhedsplejerskerne i de fleste af kommunerne i Region Hovedstaden samler deres journaloplysninger i Databasen Børns Sundhed med det formål at få mere viden om børns sundhed og styrke den forebyggende og sundhedsfremmende indsats.

Denne rapport giver en detaljeret oversigt over ligheder og forskelle i sundheden mellem børn af forældre, som er danske, indvandrere og efterkommere. Heldigvis er der flere ligheder end forskelle. Sundhedstilstanden blandt børn af indvandrere og efterkommere er på de fleste områder nogenlunde som sundhedstilstanden blandt børn af danske forældre.

Men der er også vigtige forskelle. Der er mange indvandrerfamilier og efterkommerfamilier, hvor forældrene er meget unge, har en kort uddannelse og svag tilknytning til arbejdsmarkedet. Og der er mange børn i indvandrerfamilier og efterkommerfamilier, som ammes i meget kort tid, udsættes for tobaksrøg og har problemer med spisning, søvn, kommunikation, forældre-barn kontakt og samspil og mors psykiske tilstand. Vi retter en varm tak til de mange sundhedsplejersker, som med deres omhyggelige journalføring har givet mulighed for denne rapport. Ligeledes en varm tak til Region Hovedstaden for mange års samarbejde og støtte til Databasen Børns Sundhed. Analyserne i rapporten er udført på Statens Institut for Folkesundhed, som har et nært samarbejde med Databasen Børns Sundhed.



Lene Møller
Ledende sundhedsplejerske, MSP
Formand for Databasen Børns Sundhed



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

Resumé

Der er langt flere ligheder end forskelle mellem efterkommere, indvandrere og etniske danske børns sundhed og trivsel. Internationale og danske studier har imidlertid vist, at der på enkelte områder er markante forskelle. Forskelle, der på kort og lang sigt kan have betydning for barnets psykiske og fysiske udvikling og trivsel. For at kunne arbejde systematisk med sundhedsfremme er det vigtigt at kende andelen af børn, der vokser op i familier med dansk og ikke-dansk baggrund, og at vide, hvor og hvordan sundhedstilstanden mellem indvandrere, efterkommere og etniske danske børn adskiller sig i Region Hovedstaden.

Denne rapport har følgende formål: 1) at belyse forekomsten og fordelingen af forældrenes herkomst blandt nul- til otteårige børn i perioden 2002-2016, 2) at undersøge forekomsten af risikofaktorer for sundhed og trivsel i barnets første leveår, herunder sociale og familiære faktorer, faktorer relateret til fødslen samt tidlig udvikling og trivsel, og 3) at undersøge børnenes sundhedsstatus og trivsel ved indskolingen.

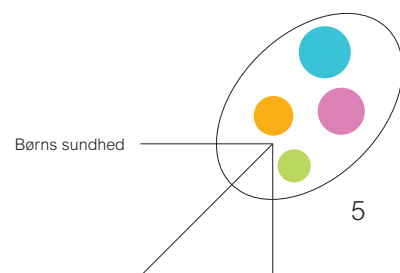
Data: Rapporten er baseret på data indhentet fra sundhedsplejerskers journaldata og registerdata om 95.397 nul til ti måneder gamle børn og 37.772 fem- til otteårige, der er undersøgt af sundhedsplejersken, og hvor der er oplysninger om herkomst for mindst én af barnets forældre. Data om de nul til ti måneder gamle børn stammer fra børn født i 2002 til 2015 fra 29 kommuner i Region Hovedstaden. Data om indskolingsundersøgelsen stammer fra børn, der er indskolingsundersøgt i skoleåret 2007/08 frem til 2015/16 fra 12 kommuner i Region Hovedstaden.

Resultaterne kan sammenfattes i tre hovedfund. Det første er, at 20,1 % af børnene i første leveår har forældre, der er efterkommere eller

indvandrere. Der er stor varians imellem de enkelte kommuner. Andelen har været jævnt stigende over tid fra 2002 til 2013. For børn i indskolingen ses, at 16,5 % har forældre, der er efterkommere eller indvandrere. Der er også ved indskolingen stor varians imellem de enkelte kommuner.

Det andet hovedfund er, at der på mange områder ikke er de store forskelle i risikofaktorer blandt børn med forskellig herkomst, men for nogle facetter er der betydelige forskelle. Blandt børn med indvandrer- og efterkommerstatus er der en betydelig andel, som har meget unge forældre, forældre som ikke bor sammen, forældre med en kort uddannelse og manglende tilknytning til arbejdsmarkedet. Derudover er der en betydelig andel, som ikke ammes i det anbefalede omfang, som udsættes for passiv rygning hjemme, og som i sundhedsplejerskernes journaler har bemærkninger til spisning, gråd og uro, søvn, motorik, øje-hånd koordination, kommunikation, barnets signaler, forældre-barn kontakt og samspil, mors psykiske tilstand og forældrenes sociale netværk. Der ses alene marginale forskelle i andelen af børn, som er født med en lav fødselsvægt, med fødselskomplikationer og med medfødte misdannelser.

Det tredje hovedfund omfatter børnenes sundhedsstatus ved indskolingen. Igen er der mange områder, hvor barnets sundhedsstatus er uafhængig af herkomsten, men blandt indskolingsbørnene med indvandrer- og efterkommerstatus er der en forhøjet forekomst af problemer i forholdet til jævnaldrende, bemærkninger til mad og måltider, bemærkninger om for lidt fysisk aktivitet, bemærkninger om sproglige vanskeligheder og overvægt.



Indholdsfortegnelse

1. Introduktion	7	3. Resultater	22
1.1 Rapportens hovedtema	7	3.1 Nul- til ti måneder gamle børn	22
1.2 Tidligere undersøgelser	8	3.2 Fem - til otteårige børn	42
1.3 Hvad mangler man viden om?	16		
1.4 Formål med rapporten	32	4. Diskussion	59
		4.1 De vigtigste resultater	59
2. Data og metode	17	4.2 Fortolkning af fund	60
2.1 Databasen Børns Sundhed	17	4.3 Stærke og svage sider ved undersøgelsen	63
2.2 Studiepopulationen	17	4.4 Implikationer	64
2.3 Definition af herkomst	18		
2.4 Variable	19	5. Referencer	66
2.5 Dataanalyse	21		
		Bilag	70



1 Introduktion

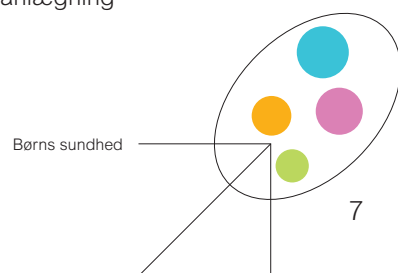


1.1 Rapportens hovedtema

Antallet og andelen af indvandrere i den samlede befolkning har gennem en årrække været stigende i de europæiske lande (Spallek et al. 2010). Det gælder også i Danmark, hvor antallet af indvandrere og efterkommere har været jævnt stigende siden 1986 (Danmarks Statistik 2016). Fra 2015 til 2016 er der dog registreret et fald i antallet af opholdstilladelser for såvel asylansøgere som familiesammenførte (Udlændingestyrelsen 2017). I 2016 udgjorde indvandrere og efterkommere 12,3 % af befolkningen i Danmark, hvoraf 9,5 % var indvandrere. Siden årtusindeskiftet er indvandringen af ikke-nordiske statsborgere steget kraftigt. Seks ud af ti indvandrere i Danmark i 2016 kom fra ikke-vestlige lande (58,0 %). Blandt efterkommere er andelen med ikke-vestlig oprindelse endnu større, hvor ni ud af ti efterkommere har ikke-vestlig oprindelse (91,0 %) (Udlændingestyrelsen 2017). Ifølge Danmarks Statistik vil andelen af indvandrere og efterkommere fortsat stige, og det forventes, at antallet vil stige kraftigere end personer med

dansk herkomst. I Region Hovedstaden er 18,3 % af befolkningen af anden etnisk herkomst, hvilket gør regionen til den region med relativt set flest indvandrere og efterkommere (Danmarks Statistik 2016).

Ovenstående betyder, at en stigende andel af børnene i Danmark er født af forældre, der er efterkommere, indvandrere eller asylansøgere. Undersøgelser viser, at børn af indvandrere, efterkommere og etniske danskere på mange områder har de samme sundhedsmæssige problemer, men at der på enkelte områder også ses markante forskelle i sundheden mellem de forskellige grupper (Jensen & Holstein 2010, Holmberg et al. 2009). Det er en samfundsmæssig pligt og udfordring at skabe rammer for en sund udvikling, uanset etnisk herkomst (Jensen & Holstein 2010). Med en nærmere kortlægning af sundheden for børn med dansk og ikke-dansk baggrund kan de etniske forskelle i sundheden tydeliggøres og danne grundlag for planlægning og prioritering.





1.2 Tidligere undersøgelser

Etniske forskelle i sundhed

Det er vigtigt at understrege, at børn med ikke-dansk baggrund er en meget heterogen gruppe. Der kan være lige så store forskelle mellem de lande, som børnenes forældre kommer fra, som mellem Danmark og de enkelte lande, ligesom at der internt i et land kan være forskelle i sundheden eksempelvis mellem by og land og efter køn og alder (Nielsen 2007, Mygind et al. 2006). Alligevel kan der argumenteres for, at det er relevant at se på forskelle i sundheden mellem indvandrere, efterkommere og etniske danskere. Det skyldes, at disse tre befolkningsgrupper har nogle forskellige sociale og kulturelle problemer,

levestandard og historie i Danmark, der gør, at indvandrere og efterkommere adskiller sig fra majoritetsbefolkningen og fra hinanden (Jensen & Holstein 2010).

Flere undersøgelser af sundhedsforhold viser, at der er langt flere ligheder end forskelle mellem indvandrere, efterkommere og etniske danske børn (Nielsen 2007, Jensen & Holstein 2010, Holmberg et al. 2009, Petersen et al. 2000). Dog viser undersøgelser også, at der på enkelte områder er markante forskelle, og at forskellene varierer alt efter hvilke parametre, der undersøges (Jensen & Holstein 2010, Holmberg et al. 2009).



Forhold i barnets første leveår

Graviditet og fødsel

Villadsen et al. (2009) finder, at der er en højere risiko for dødfødsel og spædbarnsdød blandt børn af tyrkiske, pakistanske og somaliske mødre end blandt børn af danske mødre. Villadsen et al. opfatter dog ikke etniciteten som en biologisk kausal risikofaktor for dødelighed tidligt i livet, men snarere som en markør for andre risici, der kan være hos etniske minoriteter (Villadsen et al. 2010, Villadsen et al. 2009).

Gestationsalder, fødselsvægt og medfødte misdannelser kan ligeledes påvirke barnets tidlige sundhed. Flere hollandske studier viser, at der er etniske forskelle i fødselsvægten, idet børn med hollandske forældre generelt har en højere fødselsvægt end børn, der har forældre, der ikke er etniske hollændere. Det gælder for næsten alle de undersøgte minoriteter på nær børn af marokkanske forældre. Undersøgelserne understreger, at forskellene ofte kan forklares ved forskelle i gestationsalder og forældrenes højde snarere end ved miljømæssige determinanter, der kan forebygges (Goedhart et al. 2008, Troe et al. 2007). Derudover viser Andersen et al. (2016), at gravide kvinder i Europa med indvandrerbaggrund har øget risiko for at få børn født med anomalier sammenlignet med kvinder født i landet (Andersen et al. 2016).

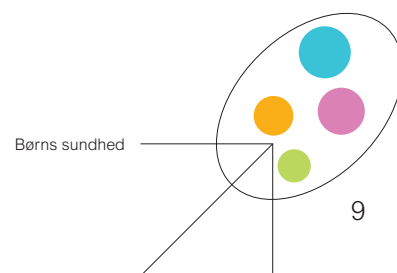
Amning

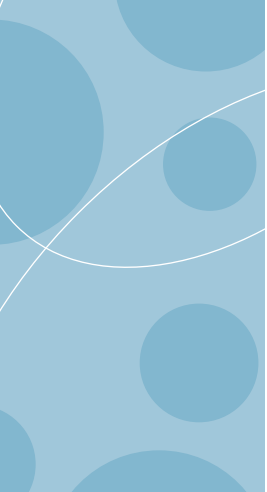
Amning giver ikke kun næring til barnet, men har også en række positive fysiologiske, psykologiske, immunologiske og udviklingsmæssige fordele for barnet, selv efter endt amning (Databasen Børns Sundhed 2016).

Busck-Rasmussen et al. (2014) finder, at andelen af mødre, der ikke ammer fuldt i fire måneder, er højere blandt ikke-vestlige indvandrere end blandt etniske danske mødre. Derudover finder undersøgelsen, at kvinder, der er efterkommere af tyrkiske og pakistanske indvandrere, har en højere risiko for ikke at amme fuldt i fire måneder end indvandrere fra de samme lande. Ligeledes finder Databasen Børns Sundhed, at der er en øget risiko for ikke at amme fuldt i fire måneder, hvis mor ikke er af dansk herkomst (Databasen Børns Sundhed 2016, Jørgensen et al. 2013). Blandt etniske danske mødre ammer 61,8 % fuldt, når barnet er fire måneder. Dette er gældende for 59,3 % af indvandrerne og 46,2 % af efterkommerne (Databasen Børns Sundhed 2016).

Rygning

Spædbørn er særligt sårbare over for passiv rygning, blandt andet fordi deres luftveje, lunger og organer ikke er færdigudviklet, fordi de tilbringer mange timer indendørs, og ikke mindst, fordi de ikke kan bevæge sig væk fra røgen. Det betyder, at spædbørn, der er udsat for passiv rygning, har øget risiko for en række sygdomsudfald i barndommen. Når man ser på etniske forskelle i spædbørns udsættelse for passiv rygning, viser Jørgensen et al. (2013), at cirka 14,0 % af spædbørnene med danske forældre udsættes for passiv rygning. Dette gælder for henholdsvis 23,8-26,3 % af spædbørnene med forældre, der er indvandrere, og 34,4-38,4 % af spædbørnene med forældre, der er efterkommere.





Førskole- og skolebørn

Overvægt

Overvægt i barnealderen har konsekvenser på både kort og lang sigt. På kort sigt oplever overvægtige børn en række psykosociale belastninger såsom lavere livskvalitet, manglende social tilpasning, isolation og psykiske belastninger. På lang sigt kan overvægtige børn opleve fysiske konsekvenser, da de har øget risiko for hjertekarsygdomme og type-2 diabetes (Brixval et al. 2017, Lobstein et al. 2004).

Brixval et al. (2017) har blandt andet undersøgt, om der er etniske forskelle i overvægt/svær overvægt hos børn i seks- til timånedersalderen og i fem- til otteårsalderen. Brixval et al. fandt ingen signifikante forskelle i forekomsten af overvægt eller svær overvægt efter mors og fars herkomst. Rapporten viser derimod, at der er en statistisk signifikant forskel i forekomsten af overvægt og svær overvægt, når barnet er fem til otte år. Blandt børn af indvandrere er 13,2 % overvægtige og 5,8 % svært overvægtige, mens 14,3 % af børnene, hvis forældre er efterkommere, er overvægtige og 5,0 % svært overvægtige. Dette gælder for henholdsvis 8,6 % og 1,5 % af børnene, hvis forældre er etniske danskere (Brixval et al. 2017).

Dette fund bliver bekræftet i flere andre undersøgelser, der finder, at børn med, ikke dansk baggrund oftere er overvægtige end børn med dansk baggrund (Ottosen et al. 2010, Jensen & Holstein 2010, Jørgensen et al. 2013). Blandt andet finder Jensen & Holstein (2010), at andelen af overvægtige skolebørn i 11-15-årsalderen er højest blandt gruppen af efterkommere. Mens næsten hver femte dreng blandt efterkommere er overvægtig, gælder dette kun for hver tiende

dreng blandt indvandrere og etniske danske drenge. Blandt pigerne ses der ikke den samme statistisk sikre forskel mellem etniske danskere, indvandrere og efterkommere. Ligeledes finder Ottosen et al. (2010), at cirka 20,0 % af de ikke-etniske danske børn er overvægtige eller svært overvægtige, mens dette kun gælder for omkring 13,0 % af de etniske danske børn.





Trivsel

Trivsel kan måles på mange måder og kan siges at være et udtryk for, hvordan børn har det mentalt såvel som socialt (Jensen & Holstein 2010).

Jensen & Holstein (2010) viser, at der er en statistisk sikker forskel i andelen af piger, der føler sig uden for, blandt indvandrerpiger, efterkommere og etniske danske. Blandt indvandrerpigerne føler 13,0 % sig altid eller for det meste uden for, hvilket kun er tilfældet for 8,0 % af efterkommerne og 6,0 % af de etniske danske piger. Undersøgelsen viser endvidere, at der ikke er den tilsvarende forskel blandt drengene.

Den samme tendens viser sig, når man ser på andelen af børn, der føler sig hjælpeløse. Her ses en statistisk signifikant forskel i andelen af piger, der føler sig hjælpeløse. Mens omkring 12,0 % af pigerne, der er indvandrere eller efterkommere føler sig hjælpeløse, er dette kun tilfældet hos 6,0 % af de etniske danske piger. Igen ses der ikke den samme forskel blandt drengene (Jensen & Holstein 2010).

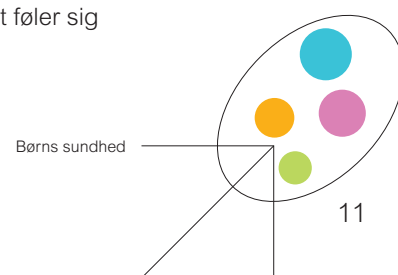
Samtidig finder undersøgelsen en statistisk signifikant forskel mellem indvandrere, efterkommere og etniske danskere, der føler tillid til sig selv. Dette gælder både for gruppen af drenge og piger. Mens mellem 15,0 og 19,0 % af drengene og pigerne blandt indvandrerne og efterkommerne sjældent eller aldrig føler tillid til sig selv, gælder dette kun for 8,0-12,0 % af de etniske danske piger og drenge.

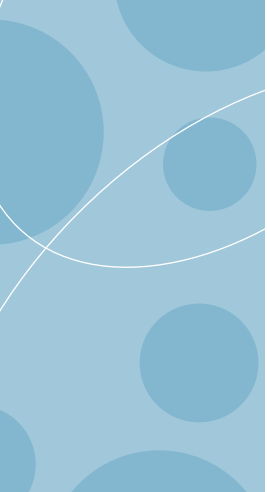
Derudover viser undersøgelsen, at indvandrere og efterkommere hyppigere oplever utryghed i skolen, hyppigere oplever, at deres klassekammerater ikke er venlige og hjælpsomme, og at

de hyppigere kommer i slåskampe end børn med dansk herkomst (Jensen & Holstein 2010). I modsætning hertil finder Christensen (2004) ikke nogen forskel i andelen af børn, der i høj grad eller nogen grad er glad for at gå i skole mellem etniske minoritetsbørn og etniske danske børn. I begge grupper er 98,0 % af børnene i høj grad eller i nogen grad glade for at gå i skole (Christensen 2004).

Sociale relationer og ensomhed

Sociale relationer og et godt socialt netværk er grundlæggende for et godt børneliv, da støttende sociale relationer fremmer en sund personlig udvikling (Rasmussen et al. 2014). Ved at spørge børn, om de er sammen med deres venner efter skoletid, fås et mål for børnenes sociale relationer. Blandt både pigerne og drengene er der statistisk signifikant forskel i andelen af børn, der normalt ikke er sammen med venner lige efter skole. Mens næsten 20,0 % af indvandrerne ikke er sammen med venner efter skole, gælder dette for under 10,0 % af efterkommerne og de etniske danske børn (Jensen & Holstein 2010). Dette stemmer overens med en undersøgelse fra 2004, hvor forældre til indskolingsbørn har svaret på spørgsmål om deres barns forhold til jævnaldrende. I alt 14,0 % af børnene med en anden etnisk baggrund end dansk har problemer i forhold til jævnaldrende, mens det kun gælder for 9,0 % af de etniske danske børn (Christensen 2004). Ensomhed er et aktuelt folkesundhedsproblem, da ensomhed blandt børn og unge kan have alvorlige konsekvenser for udviklingen af flere trivsels-, sundheds- og adfærdsrelaterede problemer. Madsen (2016) finder, at unge indvandrere har en øget risiko for at føle sig ensomme sammenlignet med efterkommere og unge af dansk herkomst. Også unge, der mest føler sig





andet end dansk (fx tyrkisk), har højere odds for at være ensomme end unge, der føler sig selv mest som danske. Det gælder uanset, om den unge er indvandrere eller ej. Det at føle sig dansk kan dermed have en beskyttende effekt mod ensomhed (Madsen 2016).

Kost

Sunde kostvaner i barndommen bliver ført videre til voksenlivet og kan være med til forebyggelse af helbredsproblemer og alvorlige sygdomme både tidligt og senere i livet.

Andelen af børn, der spiser frugt dagligt, er signifikant højere blandt indvandrere, og i særlig grad efterkommere, end blandt etniske danske børn (Jensen & Holstein 2010, Petersen et al. 2000, Nielsen 2007). Når indtaget af grøntsager undersøges, ses der derimod ikke nogen statistisk signifikant forskel mellem indvandrere, efterkommere og etniske danskere (Jensen & Holstein 2010).

Ud over at børn med en anden etnisk baggrund end dansk oftere spiser sunde fødevarer som frugt, så viser undersøgelser desuden, at indvandrere og efterkommere i højere grad spiser slik og drikker sodavand (Jensen & Holstein 2010, Petersen et al. 2000, Nielsen 2007, Singhammer 2008). Jensen & Holstein (2010) finder, at næsten 25 % af eleverne, der er efterkommere, spiser slik dagligt eller oftere. Denne andel er kun omkring en tiendedel blandt etniske danske elever. Derudover viser rapporten, at flere drenge end piger drikker sodavand dagligt, og især drenge, der er efterkommere, har et højt sodavandsforbrug set i forhold til indvandrere og etniske danske drenge. Indvandrere og efterkommere spiser sjældnere regelmæssigt morgenmad end etniske

danskere, hvilket kan ses som et risikotegn, idet organiserede måltider ofte er sundere end mellemmåltider og reducerer muligheden for at spise sig mæt i usunde snacks (Jensen & Holstein 2010).

Drikke- og rygevaner

Når det kommer til børnenes drikkevaner, er der langt flere etniske danskere, der har prøvet at drikke sig fulde, end indvandrere og efterkommere (Jensen & Holstein 2010, Petersen et al. 2000, Nielsen 2007, Hansen & Kjølner 2006, Holmberg et al. 2009). Denne forskel ses både hos drengene og hos pigerne. Den største forskel ses blandt de 15-årige piger, hvor 77,0 % af de etniske danske piger har prøvet at drikke sig fulde sammenlignet med 34,0 % af de 15-årige piger, der er indvandrere, og 6,0 % af de 15-årige piger, der er efterkommere (Jensen & Holstein 2010). Der ses derimod ingen statistisk signifikant forskel i andelen, der ryger, mellem indvandrere, efterkommere og etniske danskere (Jensen & Holstein 2010, Petersen et al. 2000, Nielsen 2007, Hansen & Kjølner 2006, Holmberg et al. 2009).

Fysisk aktivitet

Når det kommer til fysisk aktivitet, viser undersøgelser forskellige resultater (Singhammer 2008, Jensen & Holstein 2010). Singhammer (2008) finder, at signifikant færre voksne indvandrere er fysiske aktive i mere end 30 minutter om dagen sammenlignet med voksne danskere. Jensen & Holstein (2010) finder ingen statistisk signifikant forskel i andelen af børn, der dyrker mindst én times motion om dagen, mellem indvandrere, efterkommere og danskere, hverken for piger eller for drenge.



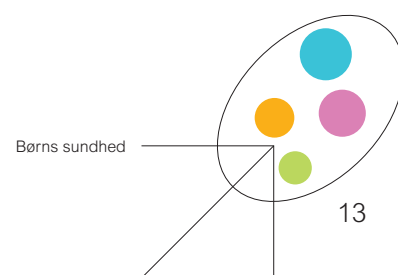
Brug af sundhedsvæsenet

Etniske minoriteter bruger sundhedsvæsenet anderledes end etniske danskere (Folman & Jørgensen 2006, Region Hovedstaden 2017, Vinter-Jensen & Primdahl 2010). Blandt andet har en rapport fra Region Hovedstaden vist, at børn med én eller to forældre, der er indvandrere eller efterkommere, har en øget risiko for at være storforbruger af sundhedsvæsenet (defineret som mindst fire akutte kontakter per år). Rapporten viser, at der er 28,0 % øget risiko for, at barnet har mindst fire akutte kontakter per år, hvis barnet har mindst én forælder, der er efterkommer, mens børn, der har mindst én forælder, der er indvandrer, har en øget risiko for at have mindst fire akutte kontakter per år på 10,0 % sammenlignet med etniske danskere. Det øgede forbrug af sundhedsvæsenet blandt etniske minoriteter gør sig ikke gældende, når det kommer til brug af fødselsforberedelseskurser eller mødregrupper, hvor etniske danskere er klart overrepræsenterede (Nielsen 2007).

Søndergaard et al. (2008) viser, at børn med forældre, der er indvandrere og efterkommere, sjældnere deltager i forebyggende børneundersøgelser hos den praktiserende læge. Dog ændrer resultaterne sig lidt, når der justeres for blandt andet forældrenes alder, uddannelse og indkomst. Her viser analyserne, at børn af mødre, der er indvandrere fra udviklede lande, har en øget risiko for ikke at deltage i undersøgelserne, når barnet er 5 uger, 4 år og 5 år, mens børn af mødre, der er efterkommere og børn af mødre, der er indvandrere fra mindre udviklede lande, har en øget risiko for ikke at deltage i henholdsvis 12-månedersundersøgelsen og 4-årsundersøgelsen. De justerede analyser viser, at fars herkomst generelt ikke er forbundet med manglende

deltagelse i de forebyggende undersøgelser. Der ses kun en øget risiko for ikke at deltage, når barnet er 5 måneder og 5 år blandt børn af fædre, der er efterkommere. De justerede analyser viser dermed, at det er de socioøkonomiske karakteristika snarere end indvandrestatus, der er baggrund for denne forskel i deltagelsesfrekvensen (Søndergaard et al. 2008).

Ved at fokusere på behovsundhedspleje kan man få et mål for, hvilke børn eller familier der er særligt udsatte og i øget risiko for at få sundhedsrelaterede problemer. Behovsundhedspleje defineres som syv eller flere besøg af sundhedsplejersken i barnets første leveår (Mylin 2013, Databasen Børns Sundhed 2015). Det er sundhedsplejersken, der vurderer, hvilke familier der har særlige behov og derfor skal tilgodeses yderligere med såkaldt behovsundhedspleje. Mylin (2013) finder, at der er en statistisk øget risiko for at få behovsundhedspleje blandt indvandrere og i endnu højere grad blandt efterkommere end blandt etniske danskere (Mylin 2013). I en rapport fra Databasen Børns Sundhed fra 2015 findes der derimod ingen statistisk sammenhæng mellem behovsundhedspleje og mors herkomst (Databasen Børns Sundhed 2015).





Årsager til etniske forskelle i sundhed

Det er tydeligt, at der på enkelte områder er markante etniske forskelle i sundheden. Det er interessant at undersøge, hvad årsagerne til forskellene mellem indvandrere, efterkommere og etniske danskere kan være, da årsagsforklaringen får betydning for den indsats, der kan forbedre sundheden hos etniske minoriteter (Vinter-Jensen & Primdahl 2010).

Én af de ofte nævnte forklaringer er, at nogle etniske minoriteter har en anden opfattelse af sundhed og sygdom end danske, fx en anden

opfattelse af sygdomsårsager, og hvordan man skal reagere på sygdom (Spallek et al. 2010, Mygind et al. 2006, Vinter-Jensen & Primdahl 2010). En anden ofte nævnt forklaring er kommunikationsvanskeligheder mellem indvandrere og sundhedspersonale. Mygind et al. (2006) og Vinter-Jensen & Primdahl (2010) nævner, at det kan medføre, at etniske minoriteter ikke får den nødvendige rådgivning i forhold til sundhed og sygdom.





En tredje hovedforklaring er, at de etniske forskelle i sundhed og sygdom ofte kan forklares med sociale forskelle (Mygind 2006). Der er en del videnskabelige studier, der viser, at børns sundhedstilstand er præget af en betydelig social ulighed. Børn hvis forældre, der har en kort uddannelse, er uden for arbejdsmarkedet og/eller er økonomisk svagt stillet, er i øget risiko for at få problemer med sundheden (Databasen Børns Sundhed 2015, Jørgensen et al. 2013, Johansen et al. 2007). Flere undersøgelser viser, at der er en overrepræsentation af etniske minoriteter i de lavere socialgrupper, hvilket kan forklare en stor del af de helbredsforskelle, der er mellem etniske minoriteter og majoritetsbefolkningen (Mygind et al. 2006, Danmarks Statistik 2016, Christensen 2004, Spallek 2010).

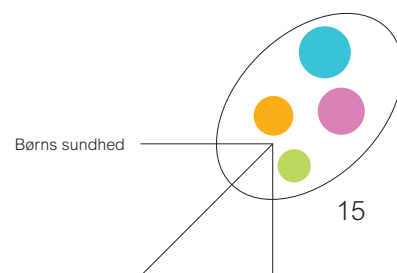
Det er vigtigt med et godt socialt netværk, som har beskyttende betydning for børns helbred (Jørgensen et al. 2013). Her viser undersøgelser, at indvandrere oftere har et svagere socialt netværk end etniske danskere (Nielsen 2007, Olesen & Samuelsen 2008, Christensen 2004). Blandt andet viser undersøgelser, at etniske minoritetsbørn sjældnere end danske børn kan blive passet af deres bedsteforældre (Nielsen 2007, Christensen 2004).

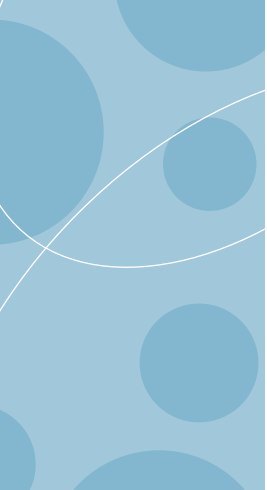
Bedsteforældre kan være en betydelig netværksressource især i små børns liv. I denne sammenhæng viser Ottosen et al. (2010) en etnisk forskel i tilknytningen til bedsteforældrene. Undersøgelsen viser, at andelen helt uden kontakt til bedsteforældrene er langt højere blandt børn og unge med anden etnisk baggrund end dansk (29,0 %), end blandt etniske danske børn og unge (4,0 %).

Forebyggelse af etniske forskelle i sundhed

Ved en kortlægning af danske og etniske børns sundhedstilstand bliver det tydeligt, i hvilket omfang forebyggelses- og sundhedsfremmende indsatser skal tage højde for indvandrerbaggrund (Jensen & Holstein 2010).

Selv om næsten alle spædbørn, også børn af efterkommere og indvandrere, får tilsyn af sundhedsplejersken, og at deres sundhedstilstand på mange områder ligner de etniske danske børns, så viser ovenstående litteraturgennemgang, at der stadig er forskel i brugen af mødregrupper samt visse forskelle i amning, sundhedsadfærd og trivsel. Det viser, at der stadig er behov for en indsats målrettet efterkommere og indvandrere. Blandt andet skal et nyt integrationsprojekt i 15 kommuner fremme integration, sundhed og trivsel hos flygtningefamilier med opholdstilladelse i Danmark. Projektet 'Sundhedsplejersker styrker integration' bruger netop sundhedsplejen til at nå familierne, da sundhedsplejerskerne typisk er den faggruppe, der kommer tættest på børnefamilier fra etniske minoriteter i deres første år i Danmark og derfor kan gøre en tidlig indsats. Som en del af projektet bliver der udviklet de såkaldte "besøgspakker", der medfører, at flygtningefamilierne får tilbudt flere og længere hjemmebesøg end normalt af deres sundhedsplejerske med tilhørende tolk. På den måde bliver det muligt at sætte flygtningene grundigt ind i forhold vedrørende blandt andet tilknytning, opdragelse, sundhed, kost, motorik (Nordea Fonden 2017).





1.3 Hvad mangler man viden om?

Det fremgår af de foregående afsnit, at der er en del studier af sundhed og trivsel blandt børn i relation til deres herkomst, men mange af disse studier baseres på selekterede studiepopulationer, og kun få dækker spædbørn og indskolingsbørn. Det er vigtigt at belyse herkomst, sundhed og trivsel i disse to aldersgrupper med brug af repræsentative befolkningsundersøgelser.

De fleste studier fokuserer på ét eller nogle få aspekter af sundhed, og der er behov for studier, der giver et bredere billede med mange facetter af børns sundhed og udvikling samt sociale og familiemæssige risikofaktorer. De foreliggende studier er enige om, at der både er ligheder og forskelle i sundhed efter herkomst, men studierne giver forskellige resultater med hensyn til hvad der er ligheder, og hvad der er forskelle. En del af forvirringen skyldes, at de foreliggende studier anvender forskellige kategoriseringer af børnene efter eksempelvis migrationsstatus og etnisk baggrund. Det er vigtigt at udrede disse ligheder og forskelle, fordi en sådan viden kan anvendes som grundlag for prioritering og planlægning af indsatser for børn og familier. Derudover mangler der et samlet overblik over børnefamiliers herkomst i Region Hovedstaden.

1.4 Formål med rapporten

Med udgangspunkt i ovenstående er det tydeligt, at der på visse områder er etniske forskelle i sundheden og på andre ikke. For at kunne arbejde systematisk med sundhedsfremme er det vigtigt at kende andelen af børn, der vokser op i familier med dansk og ikke-dansk baggrund, og at vide, hvor og hvordan sundhedstilstanden mellem indvandrere, efterkommere og etniske danske børn adskiller sig i Region Hovedstaden.

Formålet med denne rapport er således at benytte en stor og dækkende studiepopulation af børnefamilier til: 1) at belyse forekomsten og fordelingen af forældres herkomst blandt nul- til otteårige børn i perioden 2002-2016, 2) at undersøge forekomsten af risikofaktorer for sundhed og trivsel i barnets første leveår, herunder sociale og familiære faktorer, faktorer relateret til fødslen samt tidlig udvikling og trivsel, og 3) at undersøge børnenes sundhedsstatus og trivsel ved indskolingen.



2. Data og metode

2.1 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

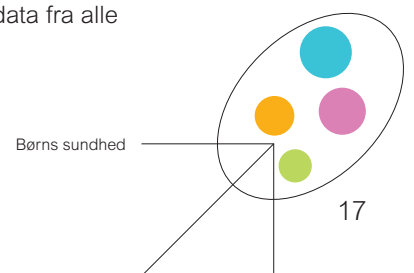
Sundhedsstyrelsen har udarbejdet anbefalinger for antallet af besøg, sundhedsplejen skal aflægge hos familierne. Det er dog den enkelte kommune, der vurderer og fastlægger den enkelte families behov for antal af hjemmebesøg i samarbejde med familien og eventuelle andre involverede (Sundhedsstyrelsen 2011). I barnets første leveår anbefaler Sundhedsstyrelsen, at alle familier med almene behov tilbydes minimum fem besøg foruden et barselsbesøg, når barnet er tre til fem dage gammel, der sikrer barnets trivsel efter tidlig udskrivelse fra fødestedet. Besøgene bør afholdes afhængig af, om familien har modtaget barselsbesøg, når barnet er syv til fjorten dage gammel, inden barnet er 30 dage gammel, når barnet er omkring to til tre måneder gammel, når barnet er fire til seks måneder gammel, og når barnet er otte til ti måneder gammel

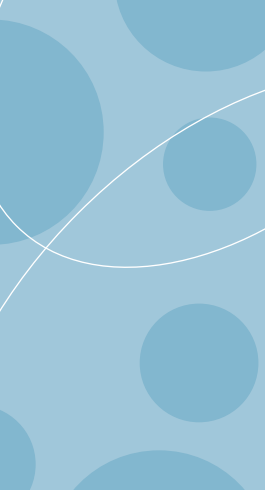
(Sundhedsstyrelsen 2011). Sundhedsplejersken kan tilbyde ekstra besøg, hvis de har behov for det – såkaldte behovsbesøg. Desuden kan sundhedsplejersken henvise børn og familier med særlige behov til eksempelvis den praktiserende læge og en række kommunale tilbud. Det faglige indhold i besøgene tilrettelægges af den kommunale sundhedstjeneste på baggrund af Sundhedsstyrelsens vejledning (Sundhedsstyrelsen 2011). I mange kommuner tilbyder sundhedsplejersken forskellige aktiviteter som supplement til hjemmebesøgene, for eksempel åbent hus-arrangementer, aftalt konsultation, mødre-, fædre- og familiegrupper af forskellig karakter, specialgrupper for eksempelvis unge mødre, sårbare mødre og familier af etnisk herkomst.

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.

2.2 Studiepopulationen

Denne rapport om herkomst og sundhed blandt børn omfatter børn fra de kommuner i Region Hovedstaden, der indgik i Databasen Børns Sundhed med børn født i årene 2002-2015. Data stammer fra følgende 29 kommuner: Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholm, Brøndby, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Hørsholm, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Herlev, Hillerød, Hvidovre, Høje-Taastrup, Ishøj, København, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal, Rødovre, Tårnby og Vallensbæk. Nogle kommuner indgår med data fra et enkelt år, andre med data fra alle





år. Kommunerne Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Rødovre og Tårnby indgår også med data fra sundhedsplejerskens undersøgelse ved indskoling. Kommunerne i Region Hovedstaden repræsenterer et bredt udsnit af Danmarks kommuner med stor spredning i befolkningsgrupper og social baggrund.

2.3 Definition af herkomst

Studier vedrørende etniske forskelle i sundhed varierer meget, i hvordan de måler og definerer begreber som herkomst, migration og etnicitet (Madsen 2016). Der er således ikke fælles regler og retningslinjer for, hvordan de bruger og definerer disse begreber (Bhopal 2004, Stronks et al. 2009).

Ofte bliver etnicitet målt ved fødeland, generation (indvandrer eller efterkommer), nationalitet og/eller statsborgerskab, men det ses også målt ved religion eller sprog talt i hjemmet (Holmberg et al. 2009). Ifølge Bhopal (2004) refererer etnicitet til en gruppe af mennesker, der tilhører og/eller opfattes som at tilhøre en bestemt gruppe mennesker, som deler nogle bestemte karakteristika. Det kan både være geografisk eller bestemt ud fra forældrenes oprindelse, men især kulturelle traditioner og sprog bliver ofte brugt til at bestemme, hvilken gruppe af mennesker, og dermed etnicitet, man tilhører.

De karakteristika, der bruges til at bestemme etnicitet, er hverken faste eller lette at måle, hvilket gør etnicitet til et upræcist begreb, der kan ændre sig over tid og sted (Stronks et al. 2009, Bhopal 2004). Det betyder, at etniske grupper ikke kan betragtes som noget statisk, men som en gruppe, der er socialt konstrueret og til forhandling (Bhopal 2014).

Til at kategorisere en persons herkomst ses der også ofte på, om personen er en del af majoritetsbefolkningen, eller om personen er indvandret. Indvandring angiver den proces, hvor mennesker flytter fra ét land til et andet for en længere periode eller permanent (Bhopal 2014). Selvom det umiddelbart lyder som en klar definition af indvandrere, er terminologien stadig tvetydig, og der anvendes mange forskellige termer inden for forskningen vedrørende indvandrere (Urquia & Gagnon 2011).

Blandt andet er mange børn af indvandrere ikke selv indvandrere, selvom de ofte bliver set som en del af indvandrerbefolkningen. Det skyldes, at en persons nationalitet ikke automatisk er associeret med, hvilket land personen er født i, men derimod med personens herkomst (Bhopal 2014). Der er flere, der i denne sammenhæng argumenterer for, at det kan være værdifuldt at differentiere mellem indvandrere og deres efterkommere (Bhopal 2014, Spallek et al. 2010).



2.4 Variable

Kategorisering af herkomst

Til belysning af forældres herkomst er der i denne rapport benyttet kategoriseringen fra Danmarks Statistik (Danmarks Statistik 2016): Dansk oprindelse, indvandrer og efterkommer, tabel 1.

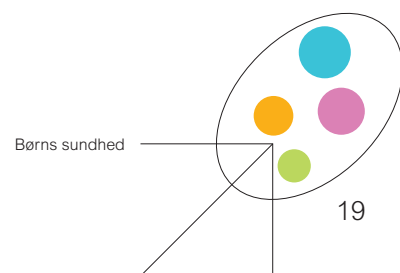
Derudover vil enkelte af analyserne blive opdelt efter, om forældrene er indvandrere eller efterkommere fra vestlige eller ikke-vestlige lande. Her vil vi ligeledes tage udgangspunkt i Danmarks Statistiks definition af vestlige og ikke-vestlige lande (se tabel 2) (Danmarks Statistik 2016).

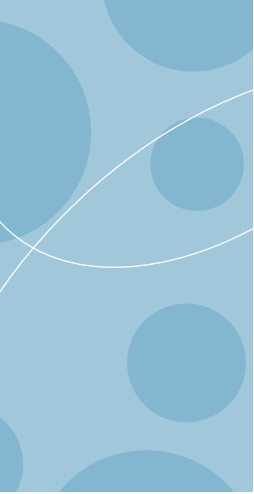
Tabel 1. Kategorisering af herkomst og tilhørende operationalisering.

Herkomst	Baseret på Danmarks Statistiks definition af indvandrere, efterkommere og dansk oprindelse, samt forældres fødeland.
Dansk oprindelse	Barnet, uanset fødested, har mindst én forælder, der både er dansk statsborger og født i Danmark.
Indvandrer	Barnets forælder er født i udlandet af forældre født i udlandet, og som ikke er danske statsborgere.
Efterkommer	Barnets forælder er født i Danmark af forældre født i udlandet, og som ikke er danske statsborgere.

Tabel 2. Kategorisering af vestligt og ikke-vestligt oprindelsesland og tilhørende operationalisering.

Vestlige lande	Vestlige lande omfatter: Alle 28 EU-lande samt Andorra, Island, Lichtenstein, Monaco, Norge, San Marino, Schweiz, Vatikanstaten, Canada, USA, Australien og New Zealand.
Ikke-vestlige lande	Alle øvrige lande.





Baggrundsfaktorer

Oplysninger om mors og fars alder er indhentet fra sundhedsplejerskernes journaler.

Oplysninger om graviditet, fødsel, familietype, herunder om forældrene er enlige eller samboende på tidspunktet for barnets fødsel, samt forældres uddannelse, erhvervstilknytning og fødeland er indhentet på baggrund af registeroplysninger i Danmarks Statistik inklusive medicinsk fødselsregister.

Faktorer målt i spædbarnsalderen

I forbindelse med besøgene i barnets første leveår registrerer sundhedsplejersken sine observationer i barnets elektroniske journal. Sundhedsplejersken registrerer, hvorvidt der er bemærkninger til indikatorer for barnets udvikling og trivsel, eksempelvis motoriske eller mentale problemer. Derudover bemærker sundhedsplejersken, om der er særlige problemer i familien, der kræver ekstra opmærksomhed, eksempelvis om mor eller far har tegn på efterfødselsreaktion. En bemærkning betyder, at sundhedsplejersken ved mindst én af sine kontakter med familien i barnets første leveår har registreret noget bemærkelsesværdigt til en given indikator, det vil sige forhold, som vækker bekymring eller ekstra indsats eller opfølgning. Rapporten undersøger sammenhængen mellem forældrenes herkomst og følgende sundheds- og trivselsindikatorer i barnets første leveår: Fødselsvægt, gestationsalder, fødselskomplikationer, Apgar-score, medfødte misdannelser, ammelængde, vægtstatus ved seks- til timånedersalderen, om barnet udsættes for passiv rygning, bemærkninger til spisning, søvn, uro og gråd, motorik, øje-håndkoordinationen, kommunikation/sprog, barnets signaler og reaktioner, forældre-barn kontakt og samspil samt mors psykiske tilstand. I bilag 1

findes en uddybende beskrivelse af de enkelte indikatorer, som sundhedsplejersken vurderer på forskellige alderstrin, da problematikken varierer afhængigt af barnets alder. Vægtstatus er beregnet på baggrund af barnets køn, alder, vægt- og længdemål ved brug af BMI z-scores (Brixval et al. 2017), beregnet på baggrund af WHO-vækstreferencer til børn i alderen nul til fem år (de Onis et al. 2012).

Faktorer målt ved indskolingsundersøgelsen

Ved indskolingen registrerer sundhedsplejersken, på baggrund af en samtale med barnet og forældrene, en række observationer om barnets helbred og trivsel ved skolestart. Indskolingsundersøgelsen gennemføres fortrinsvis i starten af nulte klasse, i nogle kommuner dog i første klasse, og som hovedregel med mindst én af forældrene til stede. Blandt andet undersøger sundhedsplejersken barnets motoriske færdigheder, barnets vægt og højde, og spørger til en række forskellige sundheds- og trivselsindikatorer, blandt andet måltidsvaner, fysisk aktivitet, trivsel, mobning og kammeratskab. Ud over sundhedsplejerskens observationer besvarer forældrene et spørgeskema forud for undersøgelsen. Her uddyber forældrene blandt andet barnets sundhed og sygelighed op til skolestart, og vurderer barnets forhold til jævnaldrende.

Rapporten undersøger sammenhængen mellem forældrenes herkomst og følgende sundheds- og trivselsindikatorer ved indskoling: Barnets forhold til jævnaldrende, generel trivsel, skoletrivsel, mad- og måltidsvaner, fysisk aktivitet, motoriske vanskeligheder, sprog og vægt ved indskoling. I bilag 2 findes en uddybende beskrivelse af de enkelte indikatorer, som sundhedsplejersken vurderer i forbindelse med undersøgelsen,



og som kan give anledning til bemærkninger. Vægtstatus ved indskolingen er beregnet på baggrund af barnets højde og vægt, og kategoriseret i henhold til grænseværdierne udarbejdet af International Obesity Task Force. Kategorierne er '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 (Cole et al. 2000, Cole & Lobstein 2012).

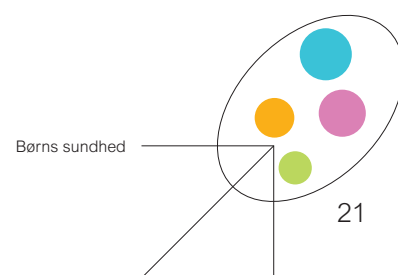
2.5 Dataanalyse

I resultatafsnittet præsenteres sammenhængen mellem herkomst og en række sundhedsrelaterede faktorer i søjlediagrammer eller tabeller. I udvalgte analyser undersøges sammenhængen mellem, om forældrene har vestlig eller ikke-vestlig baggrund og de undersøgte faktorer, men disse resultater præsenteres kun i teksten og fremgår derfor ikke af figurerne. Vi har benyttet χ^2 -test for at vurdere, om forskelle mellem indvandrere, efterkommere og danske er statistisk signifikant.

Rapporten benytter en fælles variabel for forældres herkomst med fire kategorier: 1) mindst én forælder dansk, 2) begge eller single forælder efterkommer, 3) én forælder efterkommer og én indvandrer, 4) begge eller single forælder indvandrer. Denne kategorisering benyttes i alle figurer og tabeller, men af hensyn til læsevenligheden omtales barnets herkomst på følgende måde i teksten: af dansk herkomst, indvandrer, indvandrer/efterkommer eller efterkommer. Single forælder omfatter gruppen af børn, hvor der alene er oplysninger om herkomst for én forælder.

I nogle af analyserne testes for trend. Eksempelvis undersøges udviklingen i andelen af børn af indvandrere og efterkommere i perioden. En test for trend kan vise, om en stigning eller fald er statistisk signifikant.

I slutningen af første kapitel præsenteres tabeller med mere avancerede analyser af sammenhængen mellem herkomst og udvalgte faktorer, såkaldte multivariate logistiske regressionsanalyser. Resultaterne fra disse analyser formidles som odds ratio (OR) værdier. OR-værdier er en måde at udtrykke risiko på: Værdien 1,0 svarer til risikoen i en valgt referencegruppe (her dansk herkomst), og hvis OR er højere eller lavere end 1,0 betyder det, at risikoen er højere eller lavere end i referencegruppen. OR præsenteres med et 95 % sikkerhedsinterval (95 % CI). Hvis sikkerhedsintervallet indeholder værdien 1,0, kunne OR-værdien være 1,0 og er derfor ikke signifikant forskellig fra den valgte referencegruppe. I multivariate logistiske regressionsanalyser kan man sammenligne danske, efterkommere og indvandrere på en sådan måde, at effekten af andre forhold justeres bort. Herkomst i disse analyser er kategoriseret i dansk herkomst og en fælles kategori, der omfatter både efterkommere og indvandrere.



3. Resultater



Beskrivelse af børnene, der indgår i rapporten

I kapitel 3.1 indgår data om 95.397 nul til ti måneder gamle børn født i årene 2002-2015. Antallet af børn i de enkelte analyser varierer, da antallet af børn med oplysninger om forskellige indikatorer kan være forskellig, eftersom sundhedsplejersken ikke nødvendigvis noterer alt hos alle børn. I kapitel 3.2 indgår data om 37.772 indskolingsbørn.

3.1 Nul- til ti måneder gamle børn

Af tabel 3 og 4 ses, at 26,0 % af børnene har en mor, der er indvandrer eller efterkommer, mens 24,4 % har en far, der er indvandrer eller efterkommer. I alt 20,0 % af mødrene er indvandrere eller efterkommere fra et ikke-vestligt land. Dette gælder for 19,2 % af fædrene.

Tabel 3. Fordeling af børn i nul- til timånedersalderen efter Danmarks Statistiks definition af mors herkomst (N=95.022).

	Antal	Andel
Mor dansk herkomst	70.354	74,0 %
Mor indvandrer	20.401	21,5 %
Mor efterkommer	4.267	4,5 %

Tabel 4. Fordeling af børn i nul- til timånedersalderen efter Danmarks Statistiks definition af fars herkomst (N=92.616).

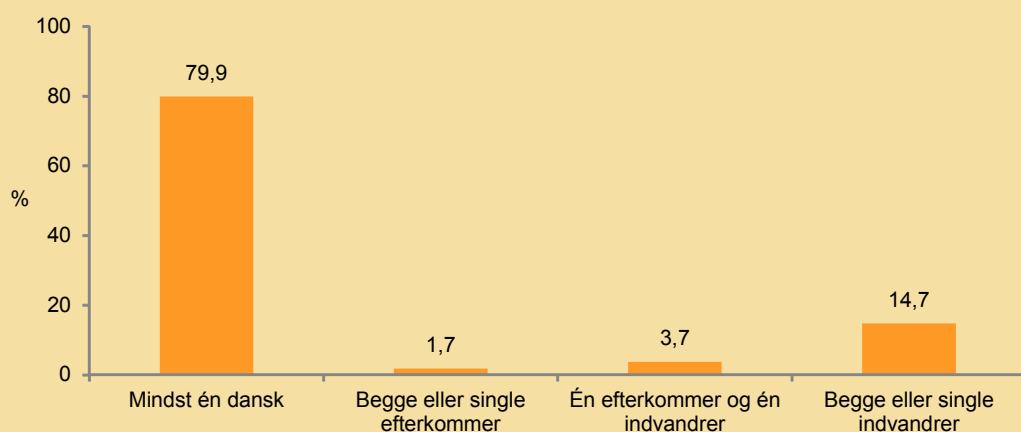
	Antal	Andel
Far dansk herkomst	70.037	75,6 %
Far indvandrer	18.960	20,5 %
Far efterkommer	3.618	3,9 %



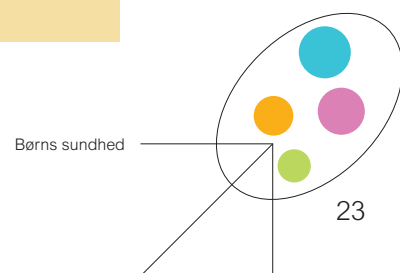
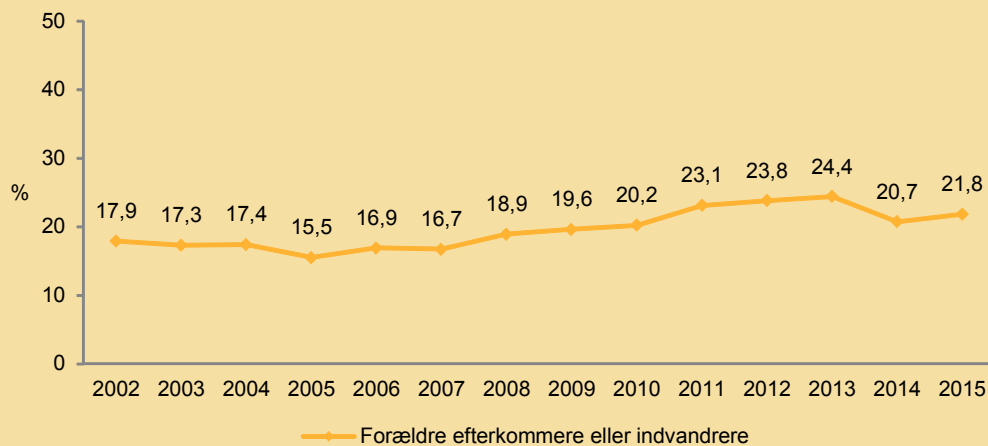
Figur 1, som rummer alle 95.397 børn i undersøgelsen, viser fordelingen af herkomstskategorierne. I alt 20,1 % af børnene har forældre, som er efterkommere eller indvandrere.

Figur 2 viser, at andelen af børn, hvis forældre er efterkommere eller indvandrere, har været let stigende fra 2002 til 2013.

Figur 1. Fordelingen af børn efter forældrenes herkomst (N=95.397).



Figur 2. Andelen af børn i nul- til timånedersalderen, hvis forældre er efterkommere eller indvandrere 2002-2015 (N=95.397). Statistisk signifikant stigende trend fra 2002 til 2015.





Kommune

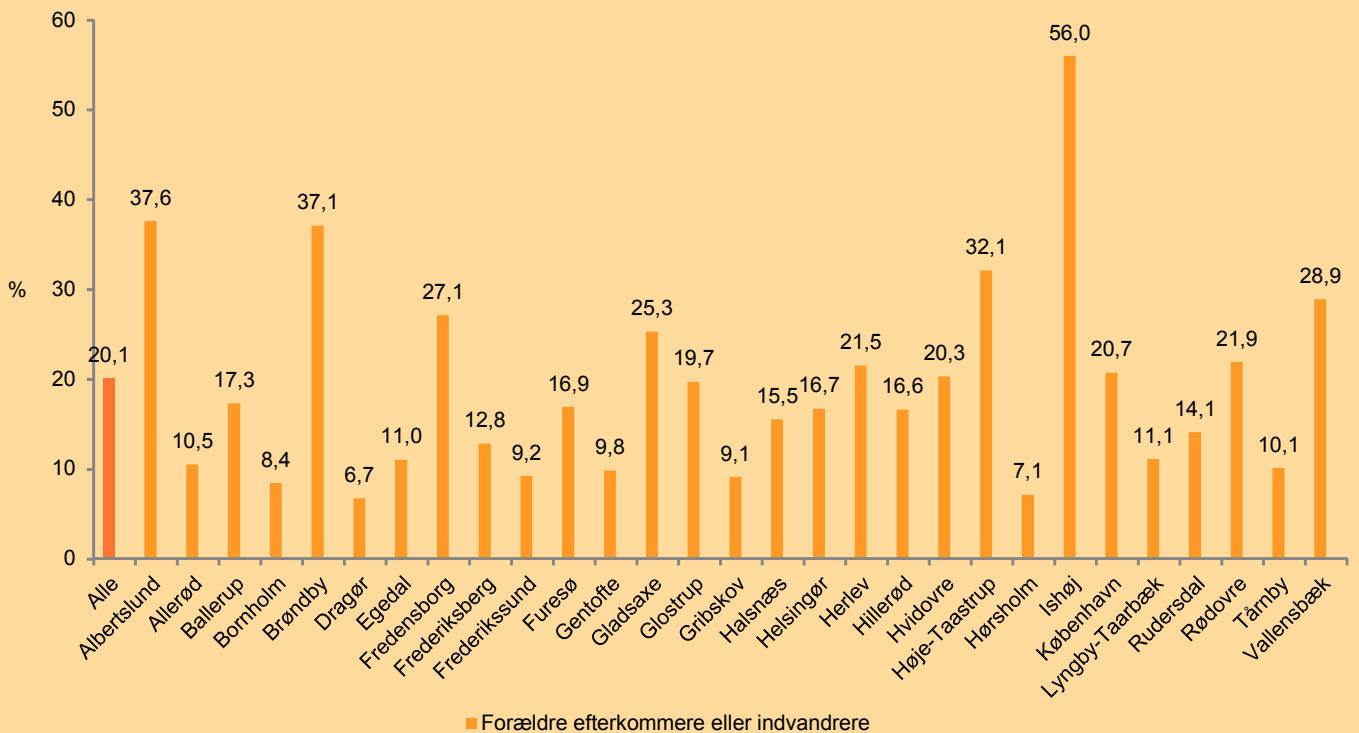
Figur 3 viser, at andelen af børn i nul- til timånersalderen, hvor forældrene er efterkommere eller indvandrere, varierer betydeligt mellem kommunerne. Dragør Kommune har den laveste andel (6,7 %), hvor 4,3 % af forældrene er indvandrere eller efterkommere fra et ikke-vestligt land. Ishøj Kommune har den højeste andel (56,0 %), hvor 46,6 % af forældrene er indvandrere eller efterkommere fra et ikke-vestligt land.

Sociodemografiske faktorer

Forældrenes alder

Fædrene i denne rapport er lidt ældre end mødrene, eksempelvis er 74,6 % af fædrene 30 år eller mere, hvilket kun gælder for 60,5 % af mødrene. I figur 4 og 5 vises fordelingen af forældrenes alder ved fødslen opdelt efter herkomst.

Figur 3. Andelen af børn, hvor forældrene er efterkommere eller indvandrere, opdelt efter kommune (N = 95.397). Forskellen i andelen af efterkommere og indvandrere mellem kommuner er statistisk signifikant.



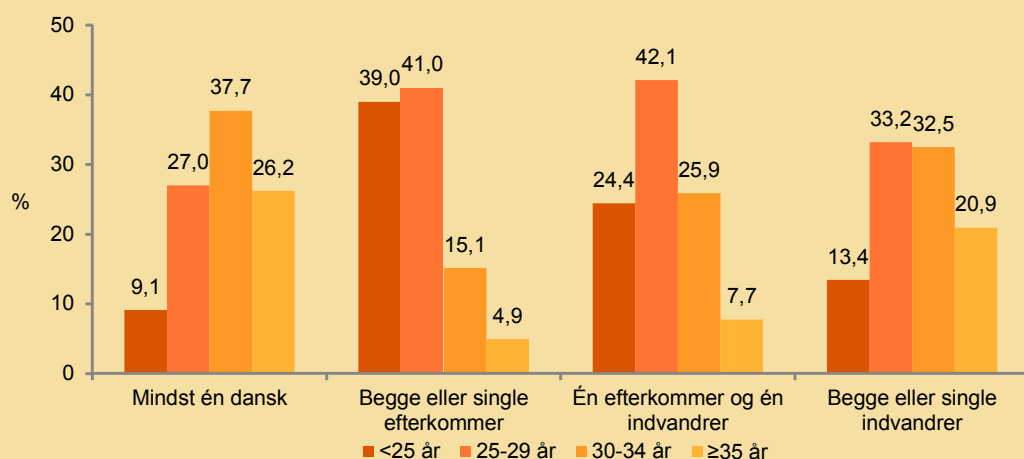


Figur 4 viser, at der blandt mødrene er en højere andel af yngre mødre ved barnets fødsel blandt efterkommere og indvandrere end blandt mødre med dansk herkomst.

Figur 5 viser samme tendens for fædre. I gruppen af forældre fra ikke-vestlige lande er 16,8 % af mødrene og 7,9 % af fædrene under 25 år ved barnets fødsel. Tilsvarende andel fra ikke-vestlige lande er 9,3 % for mødrene og 4,3 % for fædrene.

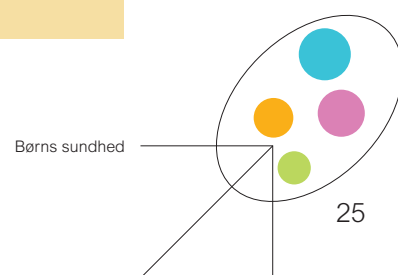
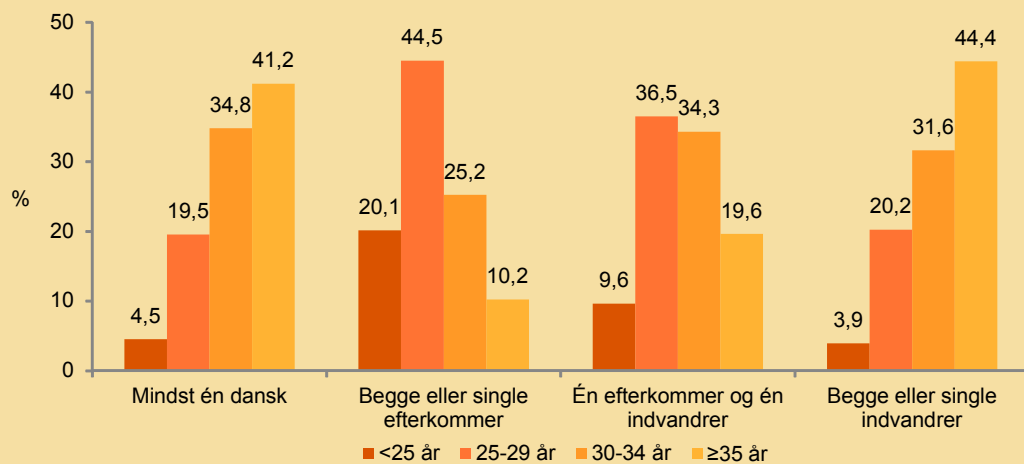
Figur 4. Fordelingen af mors alder ved barnets fødsel opdelt efter herkomst (N=86.047).

Forskelle i mors alder ved barnets fødsel er statistisk signifikant.



Figur 5. Fordelingen af fars alder ved barnets fødsel opdelt efter herkomst (N=81.903).

Forskelle i fars alder ved barnets fødsel er statistisk signifikant.





Forældrenes uddannelse

Flere mødre (27,1 %) end fædre (19,5 %) har en kort eller mellemlang uddannelse. Oplysninger om mors og fars højst gennemførte uddannelse er indhentet via Danmarks Statistik.

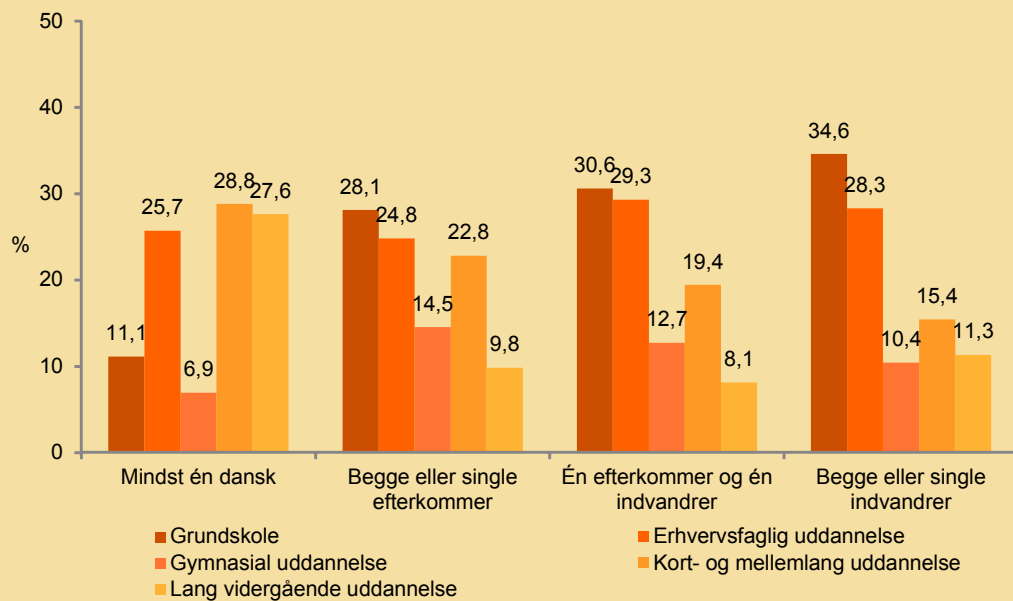
Figur 6 og 7 viser fordelingen af mors og fars højst gennemførte uddannelse ved barnets fødsel opdelt efter herkomst. Cirka en tredjedel af mødre i grupperne af efterkommere og indvandrere har højst afsluttet grundskolen ved barnets fødsel. Denne andel er 11,1 % blandt børn af forældre af dansk herkomst. Mere end halvdelen af mødre i familier med dansk herkomst har en kort, mellemlang eller lang videregående uddannelse. Dette gælder for mindre end en tredjedel af mødre i familier, hvor ingen er af dansk herkomst.

Ligesom det er tilfældet for mors uddannelsesniveau, ses der også markante forskelle i fars uddannelsesniveau mellem grupperne. I familier, hvor forældrene er efterkommere og indvandrere, har mere end dobbelt så mange fædre højst gennemført grundskolen ved barnets fødsel end i familier med dansk herkomst. Derudover viser figuren, at der er færre fædre, der har gennemført en kort, mellemlang eller lang videregående uddannelse blandt gruppen af efterkommere og indvandrere end i gruppen af fædre i familier af dansk herkomst.



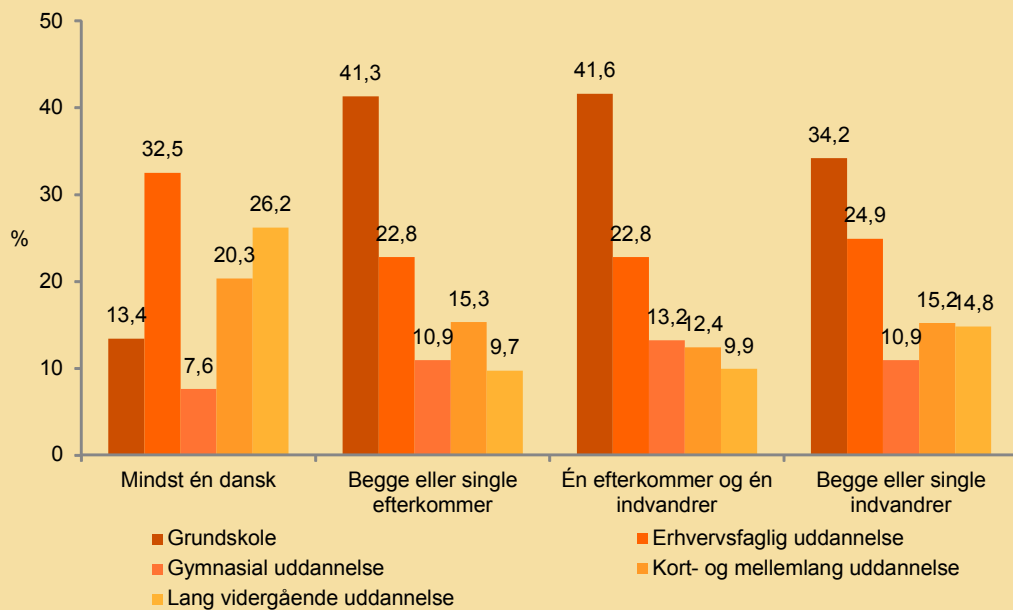
Figur 6. Mors højest gennemførte uddannelse fordelt efter herkomst (N=85.214).

Forskelle i mors højest gennemførte uddannelse er statistisk signifikant.



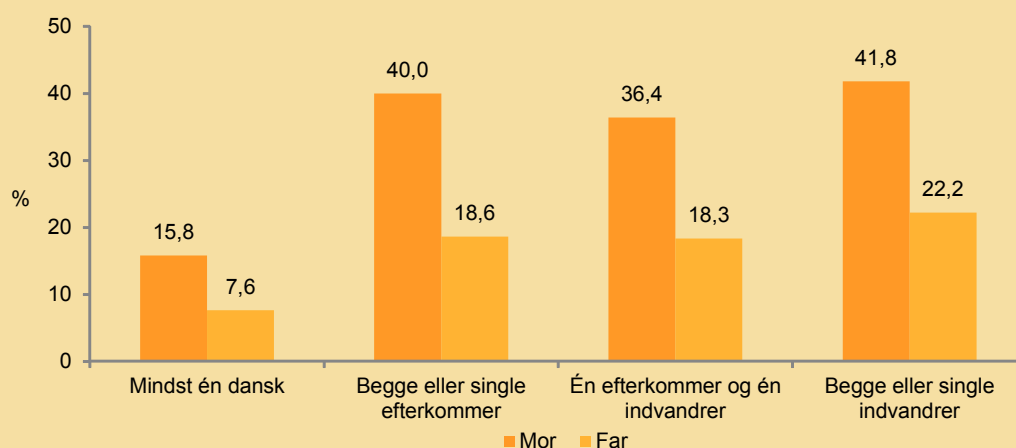
Figur 7. Fars højest gennemførte uddannelse fordelt efter herkomst (N=83.273).

Forskelle i fars højest gennemførte uddannelse er statistisk signifikant.





Figur 8. Andelen af mødre og fædre uden erhvervstilknytning ved barnets fødsel opdelt efter herkomst. Forskelle i mors og fars erhvervstilknytning er statistisk signifikant.



Forældrenes tilknytning til arbejdsmarkedet

I populationen i denne rapport er 80,1 % af mødrene i erhverv ved barnets fødsel (barselsorlov regnes med som tilknytning til arbejdsmarkedet). Blandt fædrene gælder det, at 90,0 % er i erhverv. Oplysninger om mors og fars erhvervstilknytning er indhentet fra register. Figur 8 viser andelen af mødre og fædre uden erhvervstilknytning ved barnets fødsel opdelt efter herkomst. Mere end dobbelt så mange efterkommere og indvandrere er uden tilknytning til arbejdsmarkedet ved barnets fødsel end i gruppen af dansk herkomst.

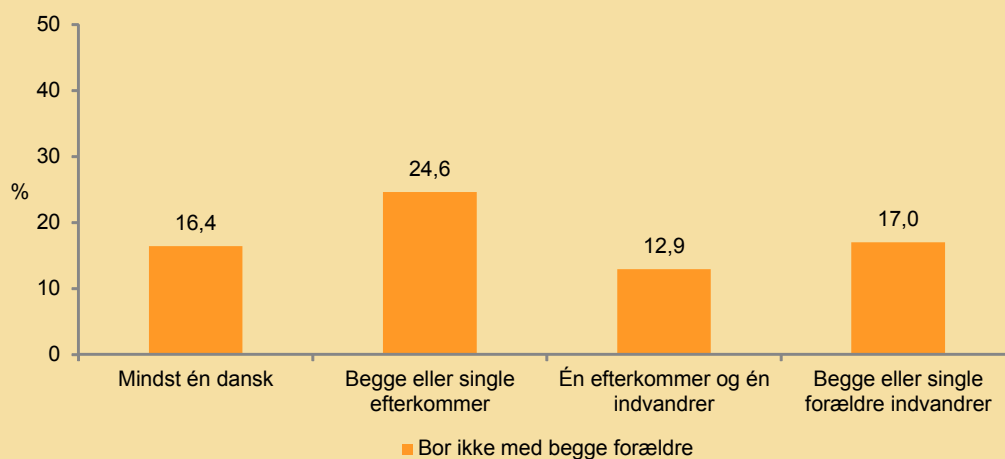
Familietype

Blandt børnene i rapporten bor langt de fleste med begge deres forældre ved fødslen, nemlig 83,5 %. Figur 9 viser, at i gruppen af efterkommere er andelen af børn, der ikke bor sammen med begge deres forældre, 24,6 %. Blandt børn af forældre med en ikke-vestlig baggrund er der 17,3 %, der ikke bor med begge deres forældre. Denne andel er 16,4 % blandt børn af forældre med en vestlig baggrund.



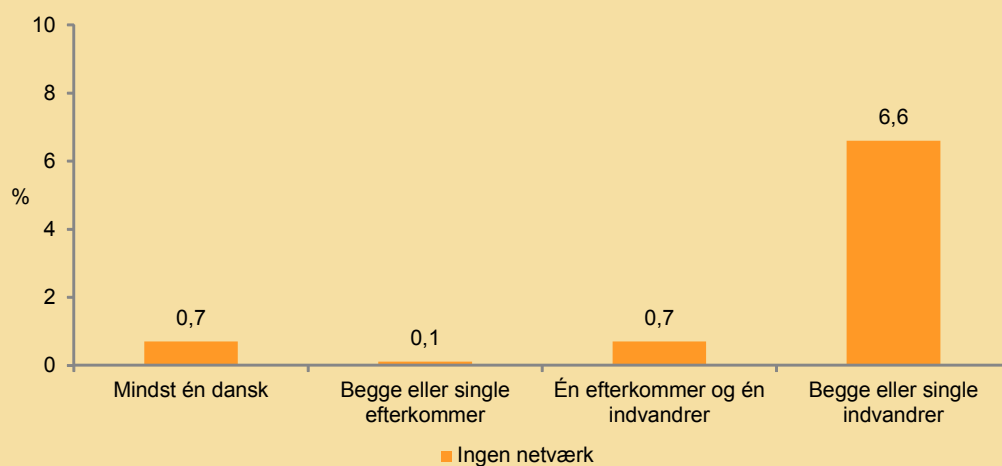


Figur 9. Andelen af børn, der ikke bor sammen med begge forældre, opdelt efter herkomst (N=91.336). Forskelle i andelen af børn, der ikke bor sammen med begge forældre, er statistisk signifikant.



Figur 10. Andelen af familier uden socialt netværk opdelt efter herkomst (N=57.034).

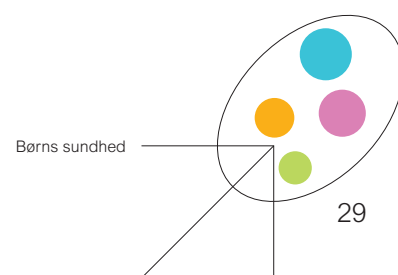
Forskelle i andelen af familier uden netværk er statistisk signifikant.



Socialt netværk

I 98,5 % af familierne har sundhedsplejersken registreret, at familierne oplever at have et støttende socialt netværk. Det betyder, at langt de fleste forældre har mulighed for at hente hjælp og støtte i deres sociale netværk i barnets første leveår.

Figur 10 viser imidlertid, at 6,6 % i gruppen af indvandrere ikke oplever at have et socialt netværk. Det gælder for under 1 % i de resterende grupper.





Opsamling

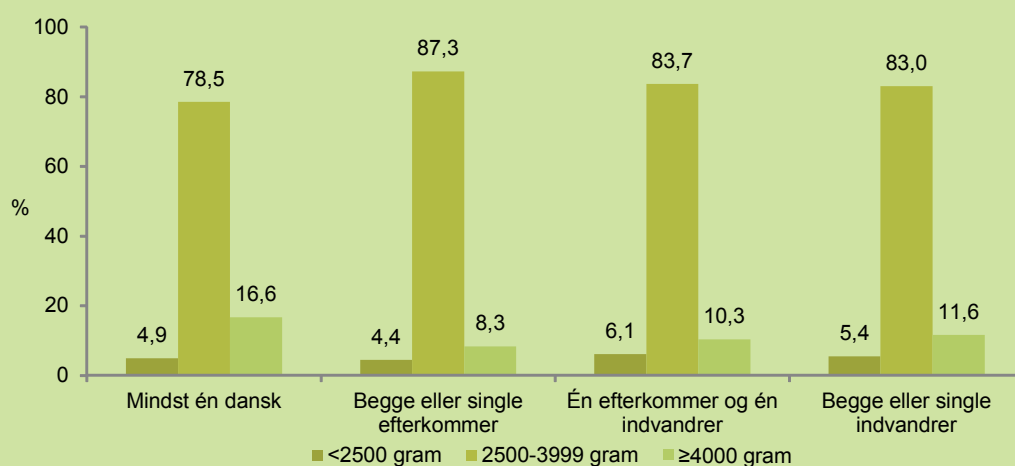
Afsnittet om sociodemografiske faktorer viser, at 20,1 % af børnene har forældre, hvor begge eller single forældre er efterkommer eller indvandrere. Der er stor variation imellem de deltagende kommuner. Andelen har været jævnt stigende over tid fra 2002 for så at falde i 2013. Blandt indvandrere og efterkommere er andelen af børn, hvis mødre er under 25 år ved barnets fødsel, hvis forældre højst har erhvervsfaglig uddannelse eller grundskole, og hvis forældre er uden for arbejdsmarkedet, højere end blandt børn af dansk herkomst. Blandt efterkommere bor færre med begge deres forældre end blandt indvandrere og dansk herkomst. Hvor de fleste forældre angiver at kunne hente hjælp og støtte i deres sociale netværk, adskiller gruppen af indvandrere sig, hvor en højere andel oplever ikke at have adgang til hjælp og støtte.





Figur 11. Fordelingen af fødselsvægt opdelt efter herkomst (N=72.947).

Forskelle i fødselsvægt er statistisk signifikant.



Graviditet og fødsel

Fødselsvægt

Blandt børnene i rapporten er 5,0 % født med en fødselsvægt under 2.500 gram, 79,5 % er født med en fødselsvægt mellem 2.500 og 3.999 gram, mens 15,5 % er født med en fødselsvægt over 3.999 gram.

Figur 11 viser, at den højeste andel af børn, der er født med en fødselsvægt under 2.500 gram, ses i gruppen af børn af indvandrer/efterkommer. Derudover viser figuren, at den højeste andel af børn, der er født med en fødselsvægt over 3.999 gram, ses i gruppen af børn af dansk herkomst.

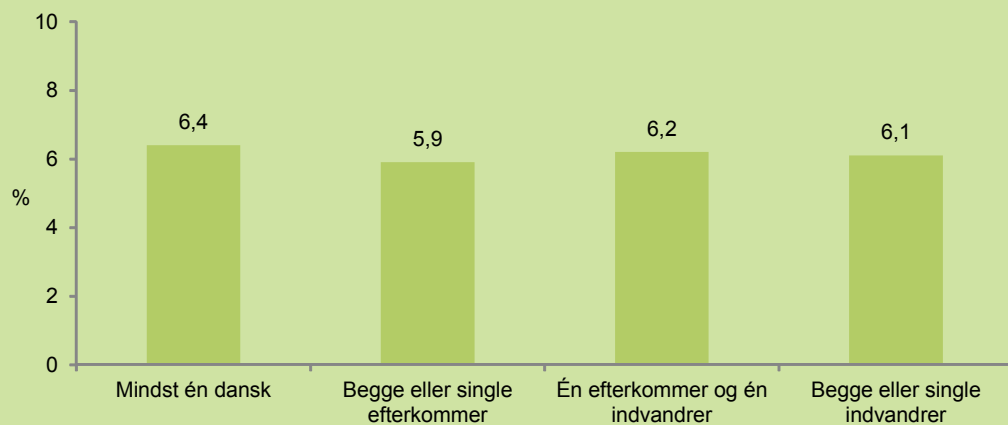


Gestationsalder

Blandt de nul til ti måneder gamle børn er 6,4 % født før 37. gestationsuge. Det vil sige, at de er født før termin og betragtes som for tidligt fødte. Figur 12 viser, at der ikke er nogen forskel i andelen af for tidlig fødsel mellem børn, der er

født af efterkommere, indvandrere eller af dansk herkomst. Der ses heller ingen signifikant forskel i andelen af børn, der er født før 37. gestationsuge i familier med vestlig og ikke-vestlig herkomst.

Figur 12. Andelen af børn, der er født før 37. gestationsuge opdelt efter herkomst (N=70.994).





Fødselskomplikationer

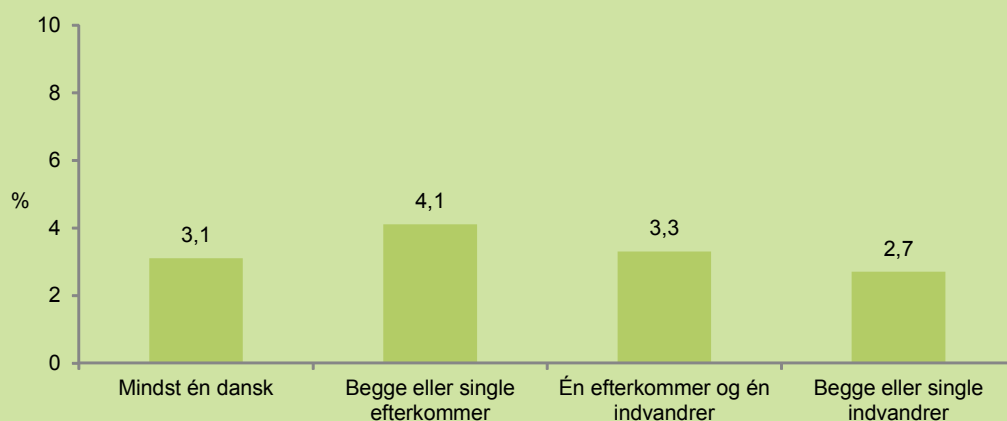
Fødselskomplikationer omfatter i denne rapport en række faktorer relateret til fødslen som for eksempel igangsættelse, ve-stimulation, kejsersnit og blødning efter fødslen. Information om fødselskomplikationer er indhentet via register. Blandt børnene i rapporten har fødslen været betegnet som kompliceret for 3,1 %. En højere andel af fødslerne har været kompliceret i gruppen af efterkommere, hvorimod en mindre andel (2,7 %) har været kompliceret i gruppen af indvandrere (figur 13). Der ses ingen signifikant forskel i andelen af fødselskomplikationer blandt børn med forældre med vestlig og ikke-vestlig herkomst.

Apgar-score

Barnets generelle tilstand ved fødslen vurderes ud fra et index fem og ti minutter efter fødslen. En lav Apgar-score er her defineret som mindre end ni point ti minutter efter fødslen.

Blandt børnene i rapporten er 2,4 % af børnene registreret med en lav Apgar-score. Figur 14 viser, at der ikke er forskel i andelen af børn født med lav Apgar-score blandt børn født af indvandrere, efterkommere og af dansk herkomst. Det samme er gældende for børn født af forældre med vestlig og ikke-vestlig baggrund.

Figur 13. Andelen af børn med komplikationer i forbindelse med barnets fødsel opdelt efter herkomst (N=95.397). Forskelle i andelen med fødselskomplikationer er statistisk signifikant.



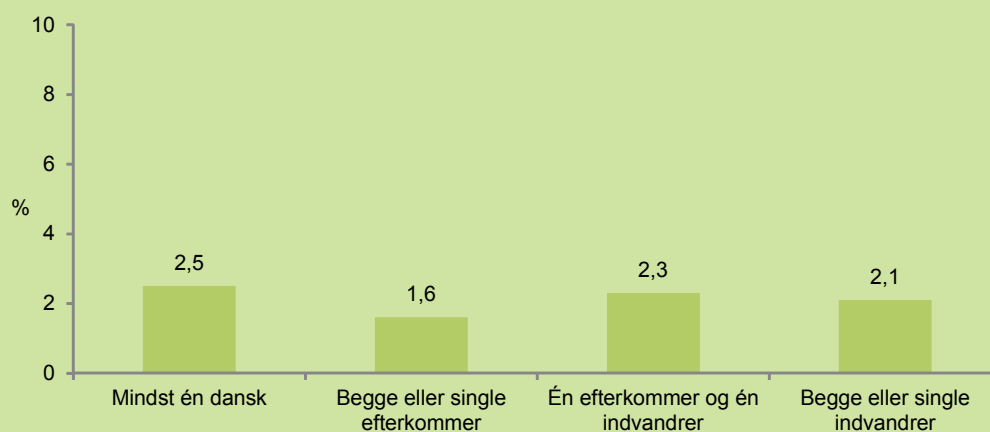


Medfødte misdannelser

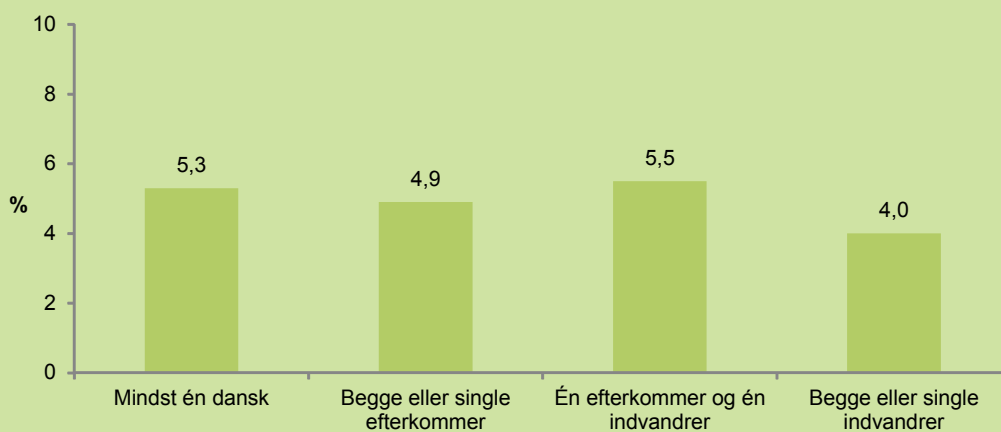
Om barnet har medfødte misdannelser rapporteres i forbindelse med fødslen. Information om misdannelser diagnosticeret af en læge i forbindelse med fødslen er indhentet fra register. Blandt de nul til ti måneder gamle børn har 5,1 % én eller flere misdannelser. Den højeste andel af

børn med medfødte misdannelser er registreret i gruppen med dansk herkomst og i gruppen af efterkommere/indvandrere (figur 15). Andelen af børn med medfødte misdannelser er desuden højere blandt børn af forældre med vestlig herkomst (5,2 %) end blandt forældre af ikke-vestlig herkomst (4,6 %).

Figur 14. Andelen af børn med en lav Apgar-score opdelt efter herkomst (N=70.754).



Figur 15. Andelen af børn med medfødte misdannelser ved fødslen opdelt efter herkomst (N=95.397). Forskelle i andelen af børn med medfødte misdannelser er statistisk signifikant.





Opsamling

Afsnittet vedrørende faktorer relateret til graviditet og fødsel viser, at andelen af børn med lav fødselsvægt og komplikationer i forbindelse med fødslen er en anelse højere blandt efterkommere og indvandrere. Derimod er andelen af børn født før 37. gestationsuge, lav Apgar-score ved fødslen og medfødte misdannelser ikke relateret til herkomst.





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 modermælk, og fra fire- til seksmånedersalderen kan det være hensigtsmæssigt at supplere med skemad frem for flaske, hvis barnet har brug for et supplement til modermælken (Sundhedsstyrelsen 2018). Der er i alt 57,4 % af børnene, der er ammet fuldt i mindst fire måneder.

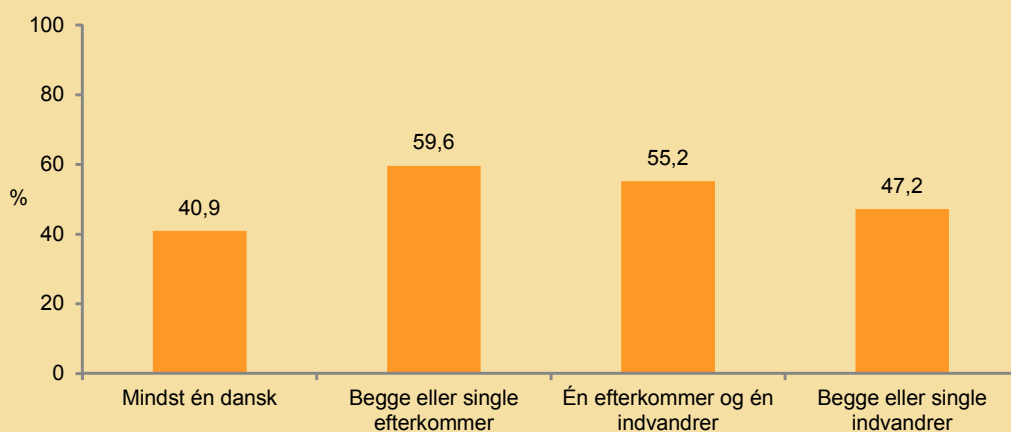
Figur 16 viser, at en højere andel af børn af efterkommere og indvandrere i gennemsnit ammes mindre end fire måneder efter fødslen (54,0 %) sammenlignet med børn af dansk herkomst (40,9 %).

Vægtstatus

I alle besøg vejer sundhedsplejersken barnet og noterer barnets vægt i journalen. Andel af børn, der er overvægtige eller svært overvægtige ved seks- til til månedersalderen i første leveår, er 4,3 %.

Andelen af børn, der er grænsende til at være overvægtige, er højest for børn af dansk herkomst (16,5 %) og efterkommere (18,0 %), hvorimod andelen af svært overvægtige børn er højest i gruppen af efterkommere (5,1 %) (figur 17).

Figur 16. Andelen af børn, der ammes mindre end fire måneder, opdelt efter herkomst (N=63.678). Forskelle i ammelængde er statistisk signifikant.



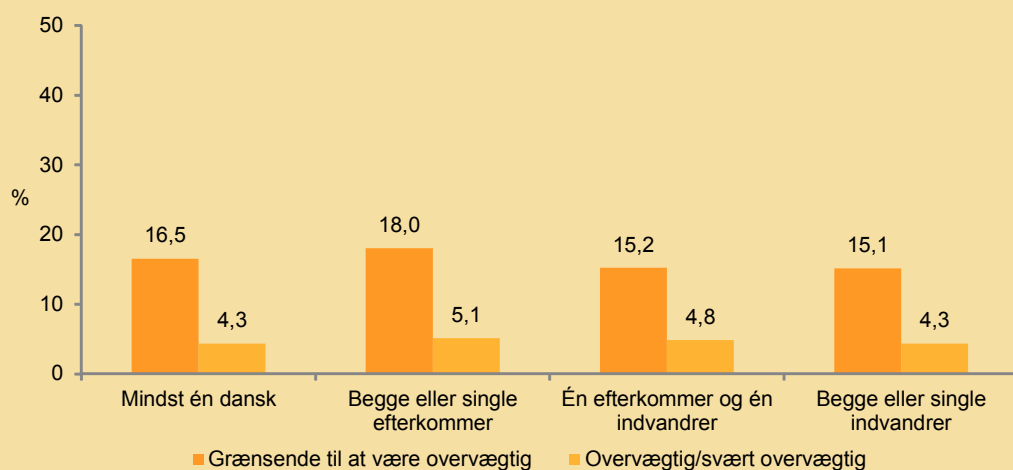


Passiv rygning i hjemmet

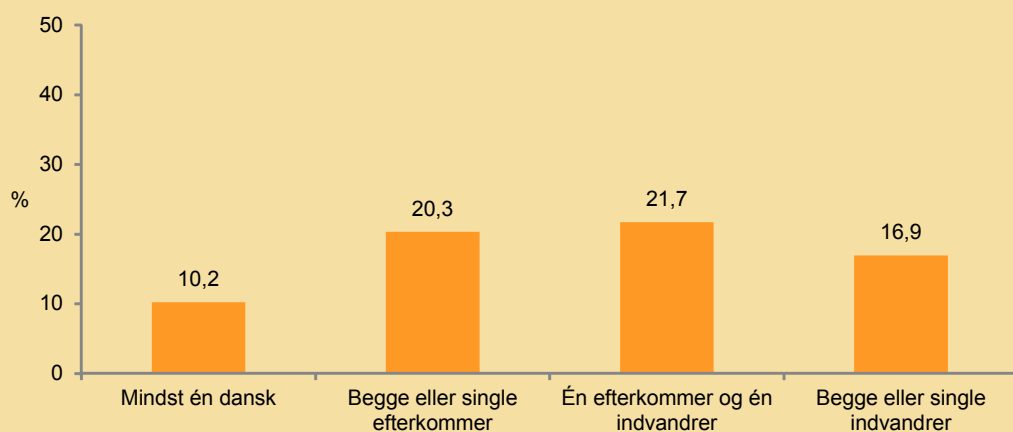
Sundhedsplejersken registrerer ved et af de første besøg, om der mindst én gang om ugen ryges i den bolig, hvor barnet bor. Andelen af børn, der udsættes for passiv rygning, er 11,7 %. Andelen af børn, der udsættes for passiv rygning, er næsten dobbelt så høj i gruppen af

indvandrere og efterkommere (19,6 %) sammenlignet med gruppen af dansk herkomst (10,2 %) (figur 18). Der er signifikant flere børn af forældre med ikke-vestlig baggrund, som er udsat for passiv rygning i hjemmet, set i forhold til børn af forældre med vestlig baggrund.

Figur 17. Andelen af børn, der er grænsende til at være overvægtige eller overvægtige ved otte- til timånedersalderen, opdelt efter herkomst (N=76.330).



Figur 18. Andelen af børn, der udsættes for passiv rygning i hjemmet, opdelt efter herkomst (N=71.764). Forskelle i andelen af børn udsat for passiv rygning er statistisk signifikant.





Opsamling

Afsnittet om faktorer i barnets første levemåneder viser, at andelen af børn, der ammes fuldt i mindre end fire måneder, og andelen af børn, der udsættes for passiv rygning, er højere blandt børn af efterkommere og indvandrere end i gruppen af dansk herkomst. Derimod ses ingen signifikante forskelle i forekomsten af tidlig overvægt.

Bemærkninger til barnets sundhed, udvikling og trivsel i første leveår

Dette afsnit om forældrenes herkomst og forskellige indikatorer i barnets første leveår er baseret på data om de 95.397 børn, der er besøgt af en sundhedsplejerske mindst én gang i første leveår, og som har oplysninger om mindst én forælders herkomst.

Tabel 5 viser andelen af børn, der har én eller flere bemærkninger til udvalgte indikatorer på barnets sundhed, udvikling og trivsel i første leveår, opdelt på herkomst. For de fleste indikatorer er der ingen markante forskelle i forekomsten af bemærkninger opdelt efter herkomst. Dog ses det, at bemærkninger til spisning er hyppigere blandt børn af efterkommere og indvandrere end blandt børn af dansk herkomst (19,1 %), og bemærkninger til motorik hyppigere blandt børn i gruppen af efterkommere/indvandrere.

Tabel 5. Andelen af børn med mindst én bemærkning til forskellige indikatorer i første leveår efter herkomst.

Indikator	Mindst én dansk	Begge eller single efterkommer	Én efterkommer og én indvandrer	Begge eller single indvandrer
Spisning	19,1 %	30,6 %	29,7 %	24,9 %
Søvn	11,0 %	11,3 %	12,0 %	10,9 %
Uro/gråd	6,8 %	7,9 %	7,7 %	7,7 %
Motorik	34,4 %	34,7 %	41,3 %	36,1 %
Øje-hånd koordination	19,3 %	20,1 %	21,7 %	19,8 %
Kommunikation	5,2 %	5,5 %	7,4 %	7,2 %
Barnets signaler og reaktioner	27,6 %	25,9 %	29,4 %	28,4 %
Forældre-barn kontakt og samspil	13,2 %	15,2 %	19,5 %	19,8 %
Mors psykiske tilstand	32,9 %	36,7 %	37,4 %	37,0 %



Tabel 6. Ujusterede og justerede OR for at have lav fødselsvægt, komplikationer i forbindelse med fødslen og være født med misdannelser – Reference er mindst én forælder af dansk herkomst.

	OR (95 % CI), ujusteret		OR (95 % CI), justeret	
	Dansk herkomst (reference)	Efterkommere/Indvandrere	Dansk herkomst (reference)	Efterkommere/indvandrere
Fødselsvægt <2500 gram	1	1,11 (1,02-1,20)	1	1,01 (0,89-1,13) ^a
Fødselskomplikationer	1	0,94 (0,86-1,03)	1	1,02 (0,87-1,19) ^a
Medfødte misdannelser	1	0,81 (0,75-0,87)	1	0,92 (0,83-1,03) ^a

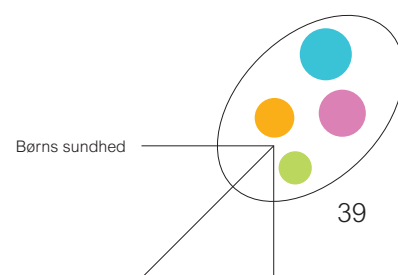
^a Analyser er justeret for: mors alder ved fødslen, mors uddannelse, om barnet er udsat for passiv rygning og familietype.

Fed skrift markerer statistisk signifikant estimat.



Logistiske regressionsanalyser

Tabel 6 viser, at den øgede risiko for at have en lav fødselsvægt blandt børn af efterkommere/indvandrere forsvinder, når der tages højde for mors alder ved fødslen, mors uddannelse, passiv rygning og familietype. Derudover viser tabel 6, at den lavere risiko for at have medfødte misdannelser blandt børn af efterkommere/indvandrere ligeledes forsvinder, når der justeres for mors alder ved fødslen, mors uddannelse, passiv rygning og familietype. Der ses til gengæld en tydelig sammenhæng mellem herkomst og følgende trivsels og udviklingsfaktorer: Amning ved fire måneder, bemærkninger til spisning, uro/gråd, motorik, sprog, forældre-barn kontakt og samspil, mors psykiske tilstand, at bo sammen med en ryger og om forældrene oplever at have et netværk, selv når der tages højde for relevante forstyrrende faktorer (se tabel 7).





Tabel 7. Ujusterede og justerede OR for at blive ammet i mindre end fire måneder og at have bemærkninger til sundhed og trivsel i første leveår – Reference er mindst én forælder af dansk herkomst.

	OR (95 % CI), ujusteret		OR (95 % CI), justeret	
	Dansk herkomst	Efterkommere/Indvandrere	Dansk herkomst	Efterkommere/Indvandrere
Amning < fire måneder	1	1,43 (1,38-1,49)	1	1,08 (1,02-1,15)^a
Bemærkning til spisning	1	1,51 (1,45-1,58)	1	1,42 (1,34-1,50)^b
Bemærkning til søvn	1	1,02 (0,96-1,08)	1	1,08 (1,01-1,16)^c
Bemærkning til uro/gråd	1	1,14 (1,06-1,23)	1	1,14 (1,04-1,24)^c
Bemærkning til motorik	1	1,12 (1,09-1,16)	1	1,19 (1,13-1,25)^b
Bemærkning til øje/hånd koordination	1	1,06 (1,00-1,12)	1	1,09 (1,02-1,16)^c
Bemærkning til kommunikation	1	1,39 (1,30-1,49)	1	1,14 (1,04-1,25)^d
Bemærkning til barnets signaler	1	1,04 (1,00-1,09)	1	1,09 (1,03-1,14)^c
Bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil	1	1,58 (1,51-1,65)	1	1,53 (1,45-1,63)^c
Bemærkning til mors psykiske tilstand	1	1,20 (1,16-1,25)	1	1,26 (1,20-1,32)^c

^a De justerede analyser (højre søjle) er justeret for: Fødselsvægt, mors alder ved fødslen, mors uddannelse, er udsat for passiv rygning, familietype og mors psykiske tilstand.

^b De justerede analyser (højre søjle) er justeret for: Fødselsvægt, mors alder ved fødslen, mors uddannelse og familietype.

^c De justerede analyser (højre søjle) er justeret for: Mors alder ved fødslen, mors uddannelse og familietype.

^d De justerede analyser (højre søjle) er justeret for: Mors alder ved fødslen, mors uddannelse, familietype, mors psykiske tilstand og samspil.

Fed skrift markerer statistisk signifikant estimat.

Tabel 7 viser, at der er 43,0 % øget risiko for at blive ammet mindre end fire måneder, OR=1,43 (1,38-1,49), hvis barnets forældre er efterkommere eller indvandrere, sammenlignet med børn af dansk herkomst. Hvis barnets forældre er efterkommere eller indvandrere, er der ligeledes en øget risiko for at have bemærkninger til spisning

(OR=1,15 (1,45-1,58)). Det samme ses for kommunikation (OR=1,39 (1,3-1,49)) og forældre-barn kontakt og samspil (OR=1,58 (1,51-1,65)). De fleste af disse sammenhænge reduceres, men forbliver signifikante efter kontrol for mulige forstyrrende faktorer.



Tabel 8. Ujusterede og justerede OR for at være udsat for passiv rygning i hjemmet eller at forældre mangler socialt netværk – Reference er mindst én forælder af dansk herkomst.

	OR (95 % CI), ujusteret		OR (95 % CI), justeret	
	Dansk herkomst	Efterkommere/Indvandrere	Dansk herkomst	Efterkommere/indvandrere
Udsat for passiv rygning	1	1,96 (1,86-2,06)	1	1,54 (1,45-1,64)^a
Socialt netværk	1	7,55 (6,56-8,70)	1	5,79 (4,77-7,02)^a

^a De justerede analyser (højre søjle) er justeret for: Mors alder ved fødslen, mors uddannelse og familietype.

Fed skrift markerer statistisk signifikant estimat.

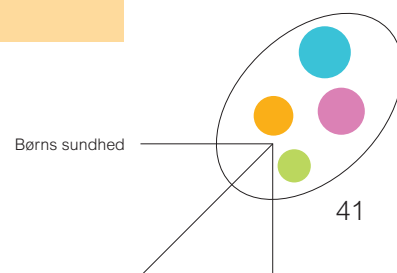
Tabel 8 viser, at der er en signifikant øget risiko for at være udsat for passiv rygning i første leveår, OR=1,96 (1,86-2,06), hvis barnet er efterkommer eller indvandrer, sammenlignet med børn af dansk herkomst. En relativt set lille gruppe af forældre angiver, at de ikke har et støttende socialt netværk, og der er over syv gange så høj

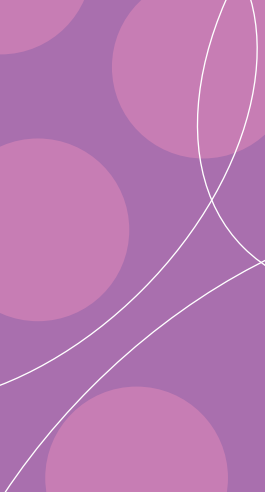
risiko for ikke at have et støttende socialt netværk OR=7,55 (6,56-8,70), hvis barnet er efterkommer eller indvandrer, heraf er risikoen for gruppen af indvandrere højest (OR=10,43 (9,04-12,03)). Den øgede risiko er stadig signifikant, når der justeres for mors alder, mors uddannelse og familietype.

Opsamling

Afsnittet om barnets sundhed, udvikling og trivsel i første leveår viser, at andelen af børn af efterkommere og indvandrere med bemærkninger til barnets spising, kommunikation, forældre-barn kontakt og samspil samt mors psykiske tilstand er højere end blandt børn af dansk herkomst.

Der ses ingen markante forskelle i andelen af bemærkninger til barnets søvn, uroliggråd, motorik, øje-hånd koordination, signaler og reaktioner. Den øgede risiko for at blive ammet mindre end fire måneder og at få bemærkninger til spising, søvn, kommunikation, forældre-barn kontakt og samspil samt mors psykiske tilstand blandt børn af indvandrere og efterkommere forbliver statistisk sikker, når der tages højde for barnets fødselsvægt, mors alder ved fødslen, mors uddannelse, om barnet er udsat for passiv rygning, familietype og mors psykiske tilstand. Det samme gælder for risikoen for at være udsat for passiv rygning og ikke at kunne hente støtte og hjælp i familiens sociale netværk, når der tages højde for mors alder ved fødslen, mors uddannelse og familietype.





3.2 Fem- til otteårige børn Sundhed og trivsel ved indskoling

Dette afsnit omhandler 37.772 børn, der er indskolingsundersøgt i skoleåret 2007/2008 og frem til skoleåret 2015/2016. Kapitlet inddrager kun børn, der har oplysninger om mindst én forælders herkomst.

Tabel 9, 10 og figur 19 viser fordeling af børn efter mors, fars og forældrenes herkomst. Sammenlignet med gruppen af børn, der indgår med spædbørnsdata, er andelen af indvandrere og efterkommere lavere i gruppen af børn, der indgår med indskolingsdata.

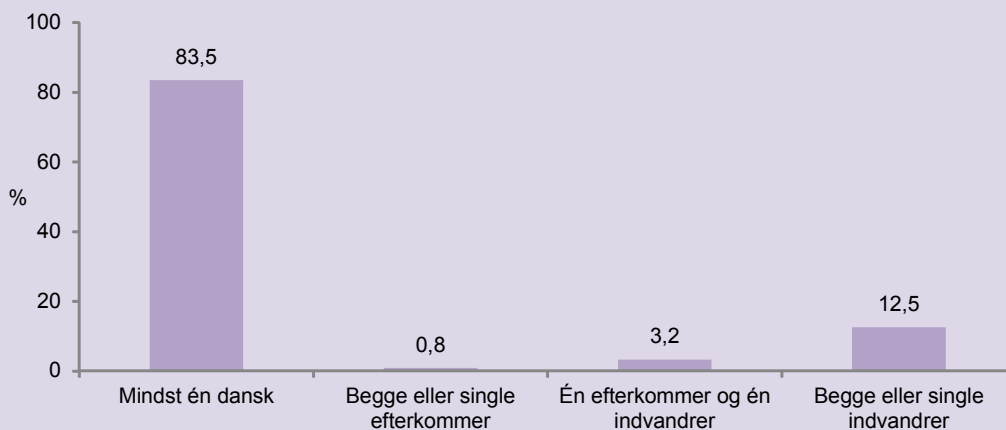
Tabel 9. Fordeling af børn efter mors herkomst (N=37.712).

	Antal	Andel
Mor dansk herkomst	29.563	78,4 %
Mor indvandrer	6.954	18,4 %
Mor efterkommer	1.195	3,2 %

Tabel 10. Fordeling af børn efter fars herkomst (N=37.154).

	Antal	Andel
Far dansk herkomst	29.364	79,0 %
Far indvandrer	6.741	18,1 %
Far efterkommer	1.049	2,8 %

Figur 19. Fordelingen af børn efter herkomst (N=37.772).





Figur 20 viser, at andelen af børn i indskolingen, der har forældre, der er efterkommere eller indvandrere, har været stabil over årene.

Kommune

Andelen af børn af efterkommere eller indvandrere, varierer mellem kommunerne. Dragør

Kommune har den laveste andel af indskolingsbørn af efterkommere eller indvandrere (4,0 %), mens Brøndby Kommune har den højeste andel af børn af efterkommere eller indvandrere (35,2 %) (figur 21).

Figur 20. Andelen af børn af efterkommere eller indvandrere over tid (N=33.772).



Figur 21. Andelen af børn, hvor forældrene er efterkommere eller indvandrere, opdelt efter kommune (N=37.772).





Sociodemografiske faktorer

I kapitel 3.1 ses det, at forældrenes herkomst har betydning for fordelingen af sociodemografiske faktorer, såsom forældrenes alder ved fødslen, forældrenes højeste gennemførte uddannelse, forældrenes tilknytning til arbejdsmarkedet, familietype, rygning i hjemmet og netværk. I dette afsnit præsenteres de samme faktorer for indskolingsbørnene. Der er indhentet oplysninger fra sundhedsplejerskens journaler ved indskolingen og via registre.

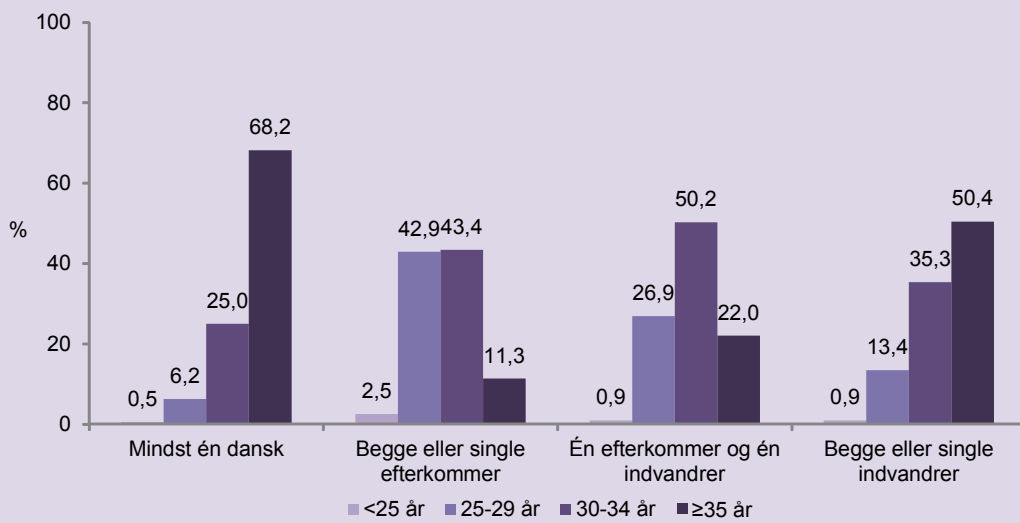
Forældrenes alder ved indskolingen

Langt de fleste forældre til børn i indskolingen er 30 år eller mere (94,1 %). Figur 22 og 23 viser fordelingen af mors og fars alder ved indskolingen opdelt efter herkomst.

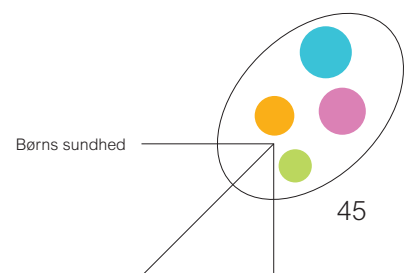
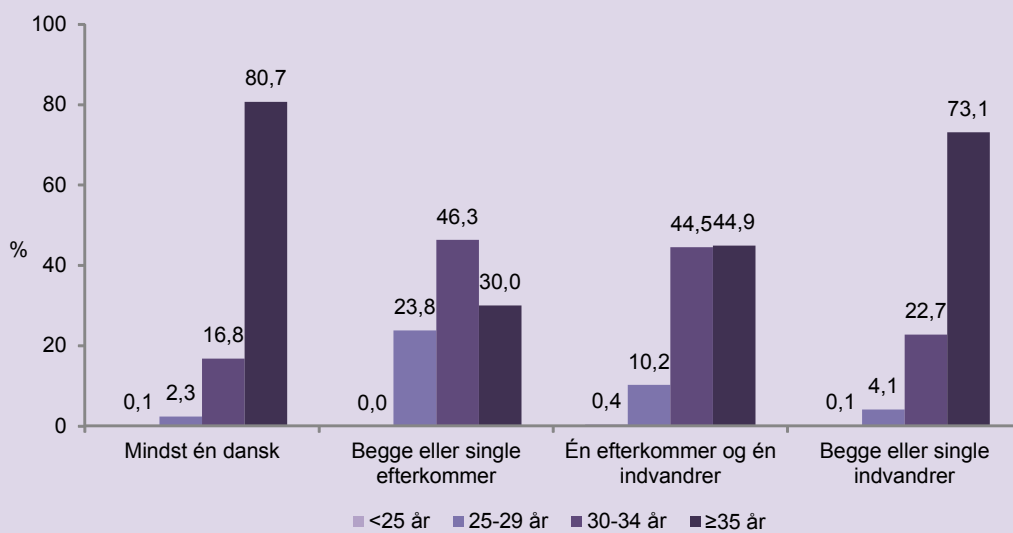
Ligesom i barnets første leveår viser figuren, at der er en højere andel af yngre mødre i gruppen af efterkommere og indvandrere sammenlignet med gruppen af dansk herkomst. Derudover viser figur 23, at der for fædrene ses samme tendens i gruppen af efterkommere, hvorimod gruppen af indvandrere har samme aldersfordeling ved barnets indskoling som i gruppen med dansk herkomst.



Figur 22. Fordelingen af mors alder ved barnets indskoling, opdelt efter herkomst (N=28.101).



Figur 23. Fordelingen af fars alder ved barnets indskoling opdelt efter herkomst (N=23.744).





Forældrenes uddannelse

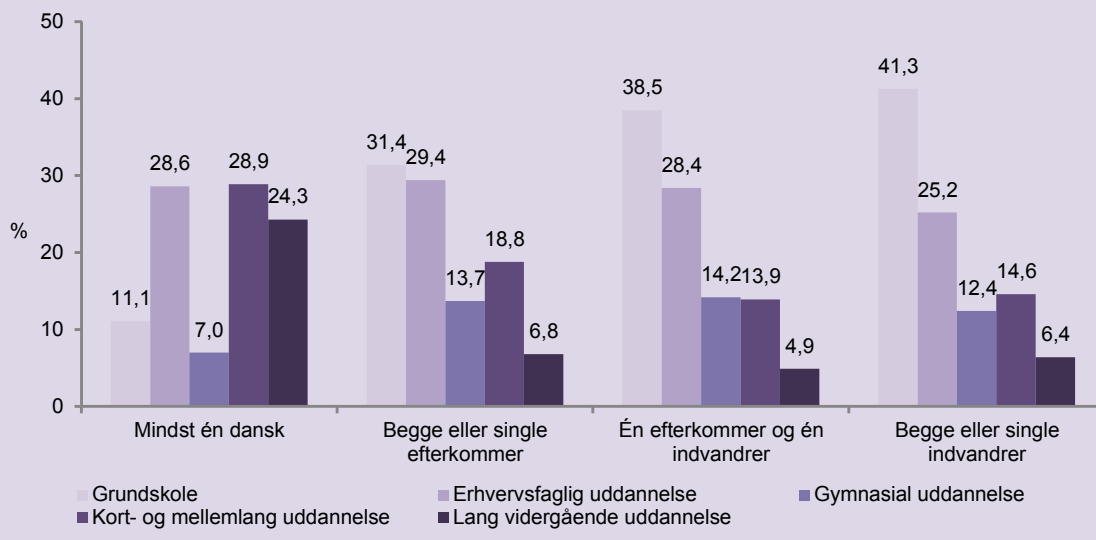
I rapporten har 15,2 % af mødrene grundskolen som højest gennemførte uddannelse ved barnets indskoling og 16,8 % af fædrene. Gruppen af forældre med en erhvervsfaglig uddannelse er størst blandt både mødre (28,9 %) og fædre (32,9 %).

I figur 24 og 25 vises fordelingen af mors og fars højest gennemførte uddannelse opdelt efter herkomst. Sammenlignet med fordelingen af mors højest gennemførte uddannelse i første leveår ses en næsten identisk fordeling ved indskoling, dog har flere mødre i gruppen af efterkommere ved barnets indskoling gennemført en erhvervsfaglig uddannelse. Samme tendens ses for fædrene i gruppen af efterkommer/indvandrere (23,9 %) og indvandrere (25,1 %).

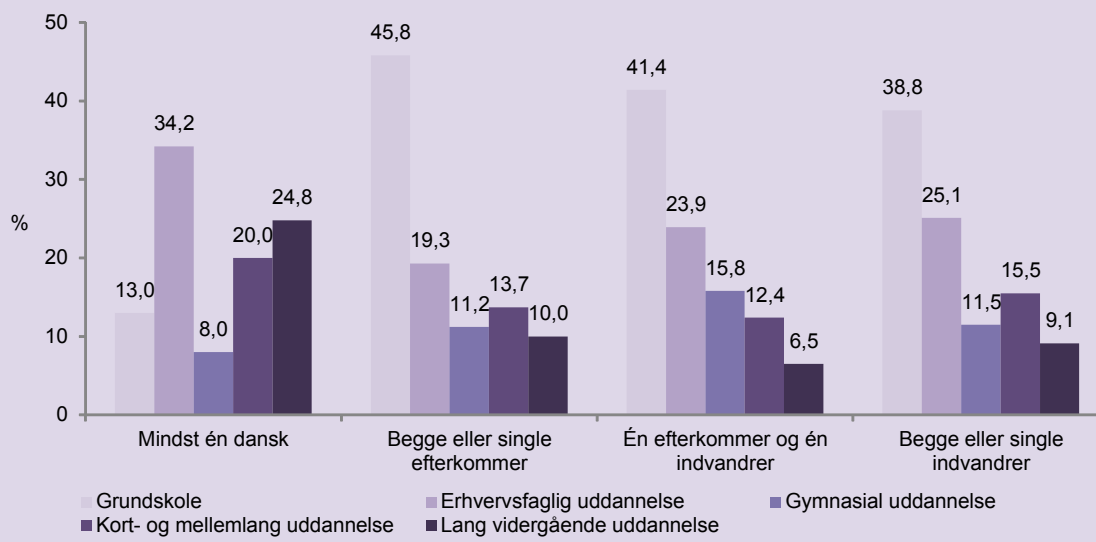


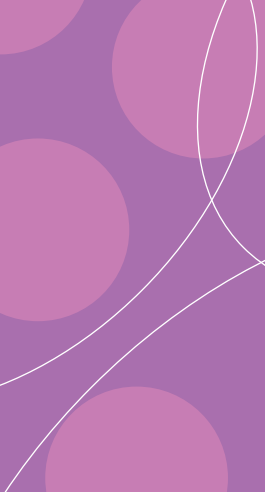


Figur 24. Mors højest gennemførte uddannelse opdelt efter herkomst (N=35.142).

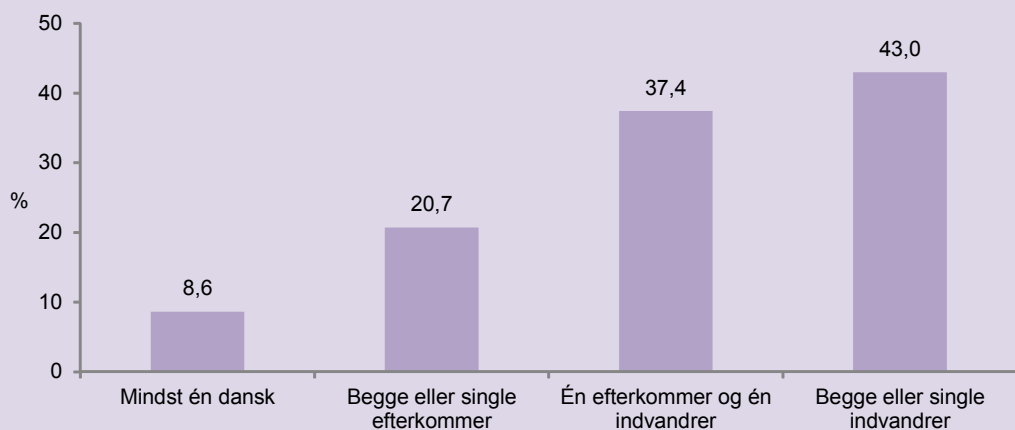


Figur 25. Fars højest gennemførte uddannelse opdelt efter herkomst (N=34.539).

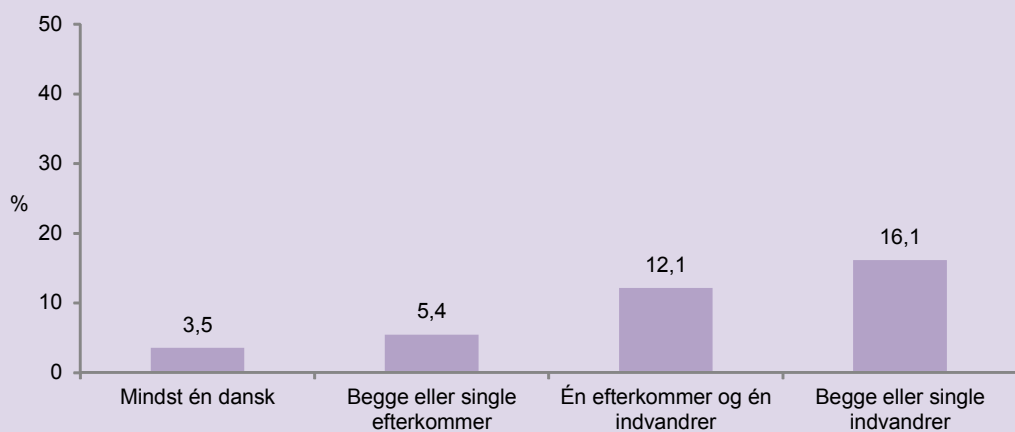




Figur 26. Andelen af mødre, som ikke har tilknytning til arbejdsmarkedet, opdelt efter herkomst (N=18.683).



Figur 27. Andelen af fædre, som ikke har tilknytning til arbejdsmarkedet, opdelt efter herkomst (N=17.418).



Forældrenes tilknytning til arbejdsmarkedet

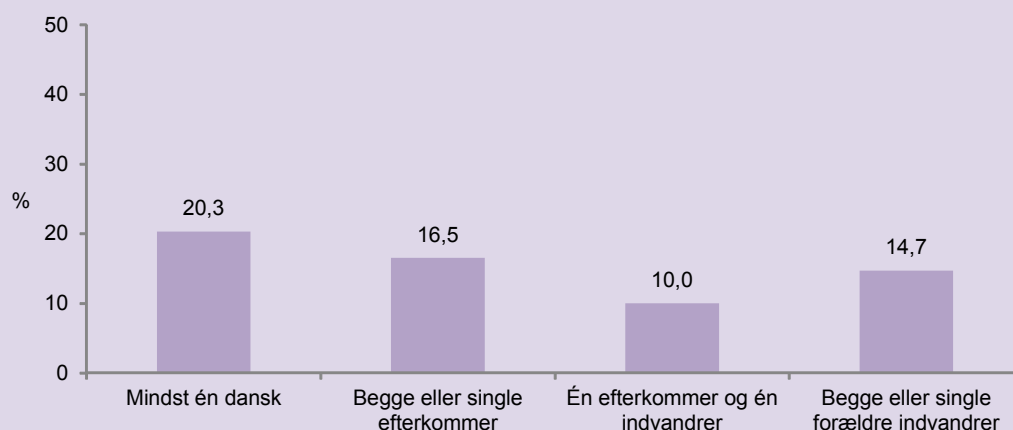
Blandt de fem- til otteårige børn er 86,3 % af mødrene i erhverv ved tidspunktet for barnets indskolingsundersøgelse, mens 13,7 % ikke har tilknytning til arbejdsmarkedet. Blandt fædrene er 94,8 % i erhverv, mens 5,3 % ikke er i erhverv.

Oplysninger om mors og fars erhvervstilknytning er indhentet via register.

Figur 26 og 27 viser andelen af mødre og fædre uden erhvervstilknytning ved barnets indskoling opdelt efter forældrenes herkomst. Begge figurer



Figur 28. Andelen af børn i fem- til otteårsalderen, der ikke bor sammen med begge forældre, opdelt efter familiens herkomst (N=33.237).



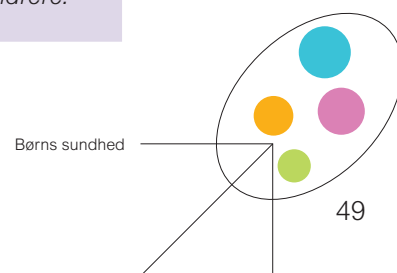
viser, at mere end tre gange så mange mødre og fædre i gruppen af indvandrere er uden erhvervstilknytning ved indskolingsundersøgelsen sammenlignet med gruppen af dansk herkomst. Sammenlignet med fordelingen i barnets første leveår ses en generel stigning i erhvervstilknytning for fædre i alle grupper. Blandt mødrene ses en tilsvarende stigning udelukkende i gruppen af efterkommere.

Familietype

Blandt børnene i rapporten bor langt de fleste stadig med begge deres forældre ved indskolingen, nemlig 80,7 %. I gruppen af børn, der ikke bor med begge deres forældre (19,3 %), angiver 10,3 %, at barnet bor på skift hos forældrene. I gruppen af efterkommere er andelen af børn, der ikke bor sammen med begge deres forældre, 16,5 %, og kun 3,1 % bor på skift hos forældrene. Andelen, der ikke bor sammen med begge deres forældre, er lavere for gruppen af efterkommer/indvandrere og indvandrere sammenlignet med gruppen af dansk herkomst.

Opsamling

Afsnittet vedrørende de sociodemografiske faktorer ved indskoling viser, at 16,8 % af børnene har forældre, hvor begge eller single forælder er efterkommer eller indvandrer, og at andelen varierer mellem kommuner, men har været stabil over tid. Ved barnets indskoling er andelen af forældre med grundskole som højest gennemførte uddannelse og ingen tilknytning til arbejdsmarkedet højere blandt efterkommere og indvandrere. Langt de fleste børn bor med begge deres forældre. I gruppen af børn, der ikke bor med begge deres forældre, er andelen af børn, der bor på skift hos mor og far, højere for børn af dansk herkomst end for efterkommere og indvandrere.





Sundheds-, udviklings- og trivselsrelaterede faktorer ved indskolingen

Oplysninger om sundhed, udvikling og trivsel ved indskolingen er baseret på sundhedsplejerskernes observationer og forældrenes oplysninger. Se bilag 2 for uddybende beskrivelse af de enkelte indikatorer, som sundhedsplejersken vurderer ved indskolingen.

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 vurdere 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 forhold til jævnaldrende (Peer Problems Scale) (Obel et al. 2003).

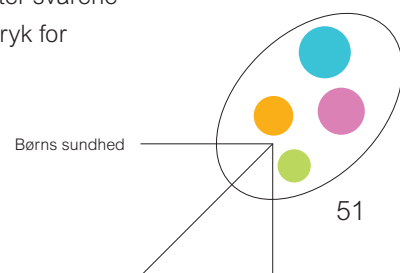
Tabel 11. Fordelingen af børnenes forhold til jævnaldrende i fem- til otteårsalderen rapporteret af forældrene opdelt efter herkomst.

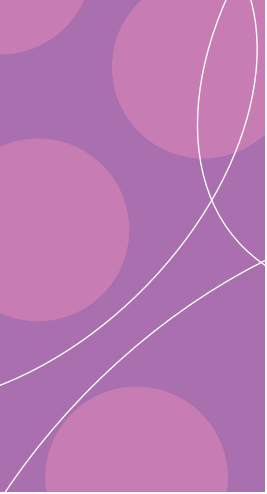
	Mindst én dansk	Begge eller single efterkommer	Én efterkommer og én indvandrer	Begge eller single indvandrer
Er lidt af en enspænder, leger mest alene				
Passer godt	0,9 %	1,4 %	2,2 %	2,7 %
Passer delvis	11,4 %	11,0 %	13,4 %	13,4 %
Passer ikke	87,7 %	87,6 %	84,4 %	83,9 %
Har mindst én god ven				
Passer godt	93,3 %	87,2 %	81,6 %	83,4 %
Passer delvis	4,2 %	8,0 %	10,5 %	9,1 %
Passer ikke	2,5 %	4,8 %	8,0 %	7,5 %
Er generelt vellidt af andre børn				
Passer godt	94,1 %	87,1 %	83,2 %	80,7 %
Passer delvis	5,5 %	11,5 %	13,8 %	14,8 %
Passer ikke	0,4 %	1,4 %	3,0 %	4,5 %
Bliver mobbet eller drillet af andre				
Passer godt	0,9 %	3,1 %	2,5 %	2,2 %
Passer delvis	9,8 %	16,7 %	18,4 %	18,0 %
Passer ikke	89,3 %	80,2 %	79,1 %	79,7 %
Kommer bedre ud af det med voksne end med andre børn				
Passer godt	1,8 %	2,8 %	6,0 %	7,7 %
Passer delvis	8,0 %	20,9 %	22,9 %	20,3 %
Passer ikke	90,3 %	76,3 %	71,2 %	72,0 %

Langt de fleste forældre vurderer deres barn positivt på disse fem dimensioner, men der er en større andel af efterkommere og indvandrere, som giver udtryk for problemer i barnets forhold til jævnaldrende. Et eksempel er, at kun 2,5 % af forældre til børn med dansk herkomst svarer "passer ikke" til spørgsmålet om, hvorvidt barnet har mindst én god ven. Blandt børn af efterkommere er det 4,8 %, og blandt børn af indvandrere er det 7,5 %.

Selv vurderet trivsel

Barnets selv vurderede trivsel stammer fra sundhedsplejerskens samtale med barnet, hvor barnet bliver bedt om at vurdere sin trivsel ved at pege på ansigter med forskellige sindsstemninger (meget glad, glad, midt imellem, samt 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). Vi betragter svarene "midt imellem" og "ikke glad" som udtryk for manglende trivsel.

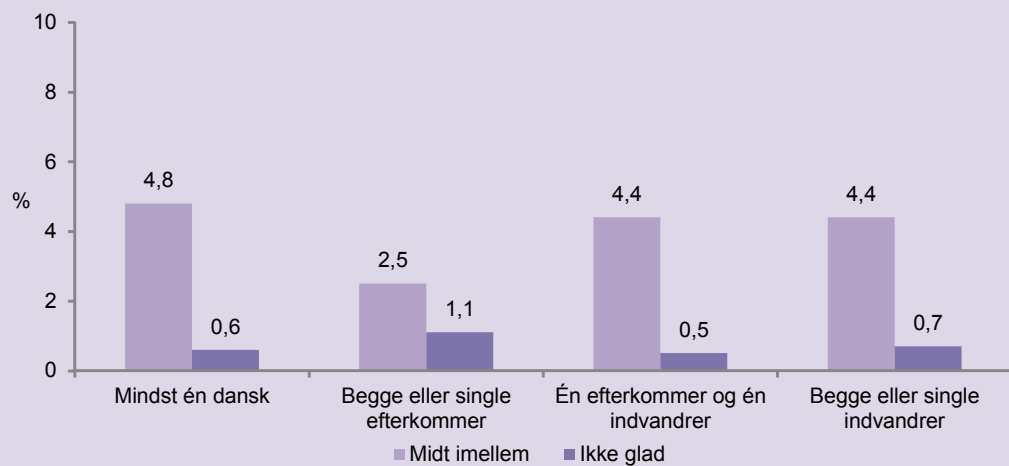




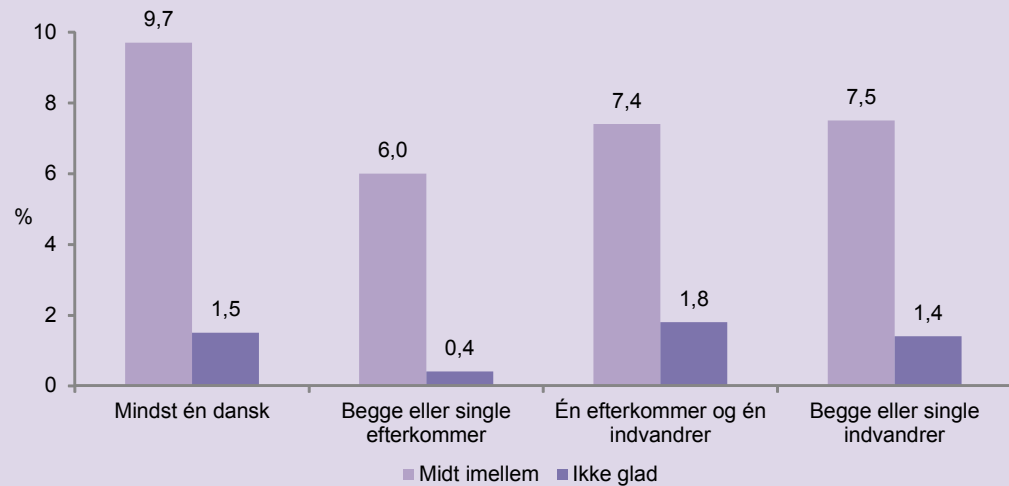
Generel trivsel
Langt de fleste børn har en god selv vurderet generel trivsel, idet 62,8 % af børnene angiver at være meget glade, 31,8 % er glade, mens

4,8 % og 0,5 % er henholdsvis midt imellem og ikke glade. Figur 29 viser, at der er forskel i andelen af børn, der svarer, at de er midt imellem eller ikke er glade, opdelt efter herkomst.

Figur 29. Andelen med lav grad af generel trivsel i fem- til otteårsalderen, opdelt efter herkomst (N=35.118). Forskelle i andelen af børn med lav generel trivsel er statistisk signifikant.



Figur 30. Andelen af lav grad af skoletrivsel i fem- til otteårsalderen, opdelt efter forældrenes herkomst (N=34.818). Forskelle i andelen af børn med lav skoletrivsel er statistisk signifikant.





Skoletrivsel

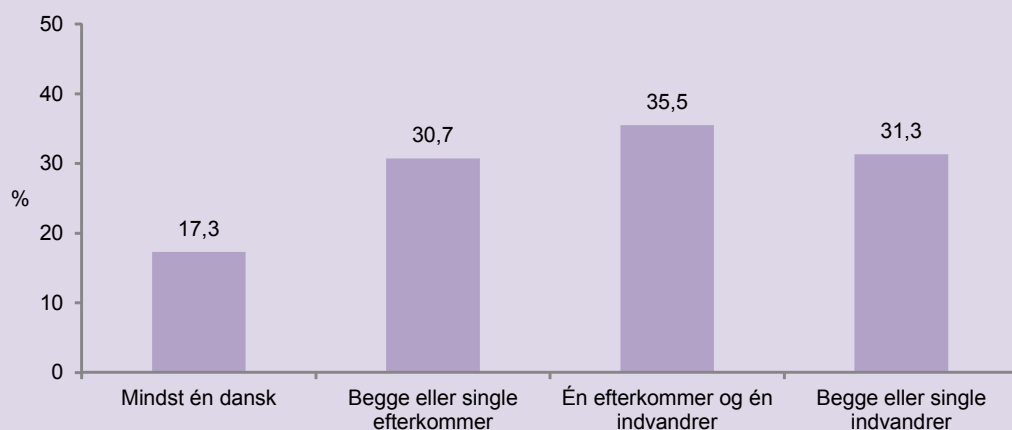
Ligesom for den generelle trivsel har de fleste børn en god selv vurderet skoletrivsel. Der er 54,4 % af børnene, der angiver at være meget glade, 34,8 % er glade, mens 9,4 % og 1,5 % er henholdsvis midt imellem og ikke glade. Figur 30 viser, at den samlede andel, som svarer "midt imellem" og "ikke glad", er højest for børn med dansk herkomst.

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. Der er 18,5 % af børnene, der har mindst én bemærkning til mad og måltider.

Figur 31 viser, at en markant højere andel af efterkommere og indvandrere har bemærkninger til mad og måltidsvaner. Der er i gennemsnit 32,3 % af børnene af efterkommere eller indvandrere, der har mindst én bemærkning til mad og måltidsvaner. Denne andel er høj sammenlignet med børn af dansk herkomst, hvor kun 15,7 % har mindst én bemærkning til mad og måltidsvaner.

Figur 31. Andelen af børn med mindst én bemærkning til mad og måltidsvaner, opdelt efter herkomst (N=33.048). Forskellen i mad og måltidsvaner er statistisk signifikant.





Fysisk aktivitet

Ved indskolingsundersøgelsen har sundhedsplejersken noteret bemærkninger til fysisk aktivitet hos 4,2 % af børnene, hvilket omfatter, at barnet er fysisk aktiv mindre end én time dagligt. Figur 32 viser andelen af børn, der er fysisk aktiv mindre end én time dagligt, opdelt efter herkomst.

Figur 32 viser en klar sammenhæng mellem herkomst og sundhedsplejerskens bemærkninger til fysisk aktivitetsniveau. Blandt børn af dansk herkomst har sundhedsplejersken bemærkninger til 3,1 %. Denne andel er 7,0 % blandt børn af efterkommere, 10,0 % blandt børn af efterkommere/indvandrere og 11,8 % blandt børn af indvandrere.

Motoriske vanskeligheder

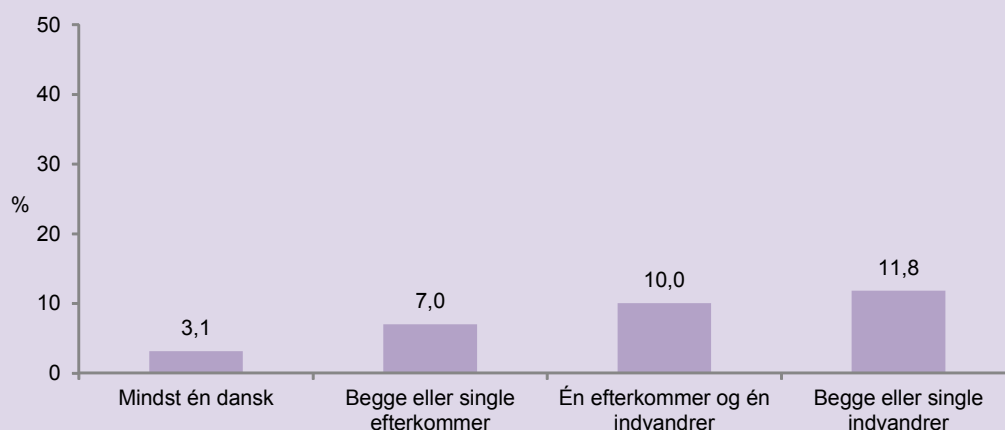
I den motoriske test vurderer sundhedsplejersken, hvorvidt barnet har en alderssvarende udvikling i forhold til følgende motoriske funktioner: gang, hoppe, balance, gadedrengeløb, stå på højre og venstre ben, kaste bold med

højre og venstre hånd, gribe bold, valgt hånd og håndgreb. 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 9,9 % motoriske vanskeligheder. Den højeste andel af børn med mindst tre bemærkninger til deres motorik ses blandt børn af indvandrere (12,6 %) og laveste andel blandt børn af efterkommere (7,7 %) (Figur 33)..

Sprog

Sundhedsplejersken registrerer, om der er bemærkninger til barnets sprog. Der kan være tale om bemærkninger til én eller flere af følgende faktorer: udtale, stammen, ordforråd, og om barnet stiller spørgsmål. En bemærkning gives eksempelvis, hvis barnet har vanskeligt ved at udtale ord eller mangler ord til at udtrykke sig. Blandt de indskolingsundersøgte børn i denne rapport har 8,5 % mindst én bemærkning til sproget.

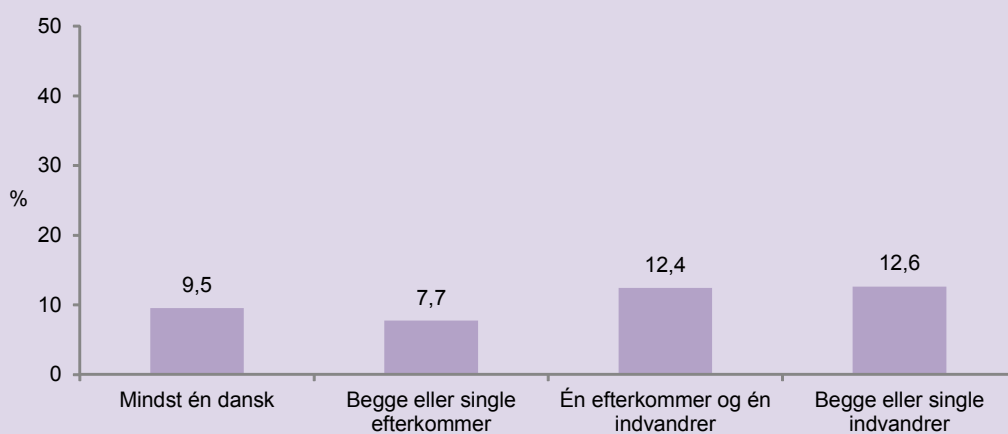
Figur 32. Andelen af børn, der dyrker mindre end én times daglig fysisk aktivitet, opdelt efter herkomst (N=32.856). Forskellen i fysisk aktivitet er statistisk signifikant.



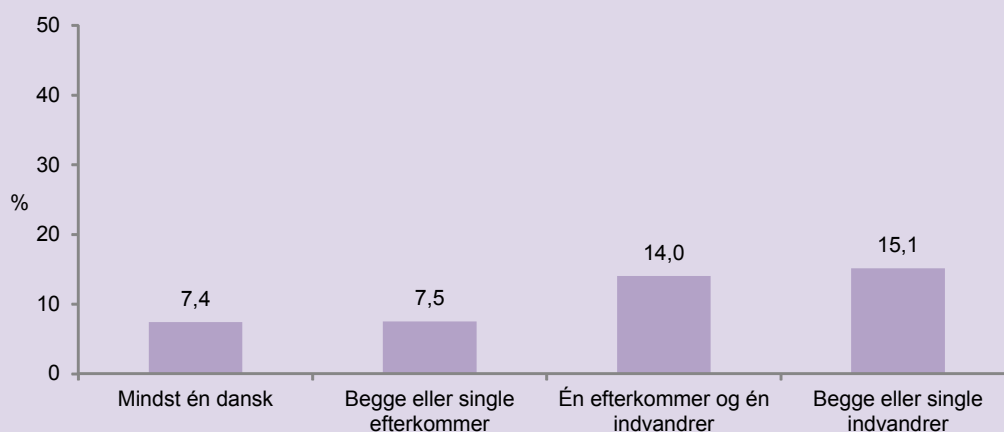


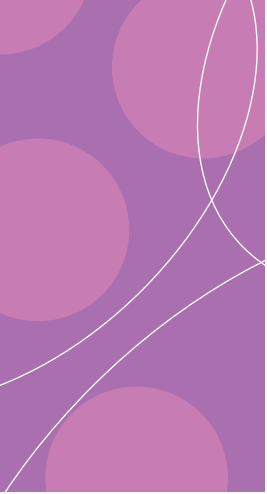
Figur 34 viser, at sundhedsplejersken har bemærkninger til barnets sprog for 7,4 % af børnene af dansk herkomst. Blandt børn af efterkommere er andelen ligeledes 7,5 %, hvorimod den er 14,0 % blandt børn af indvandrer/efterkommer og 15,1 % blandt børn af indvandrere.

Figur 33. Andelen af børn med tre eller flere motoriske vanskeligheder, opdelt efter herkomst (N=31.761). Forskellen i andelen af børn med motoriske vanskeligheder er statistisk signifikant.

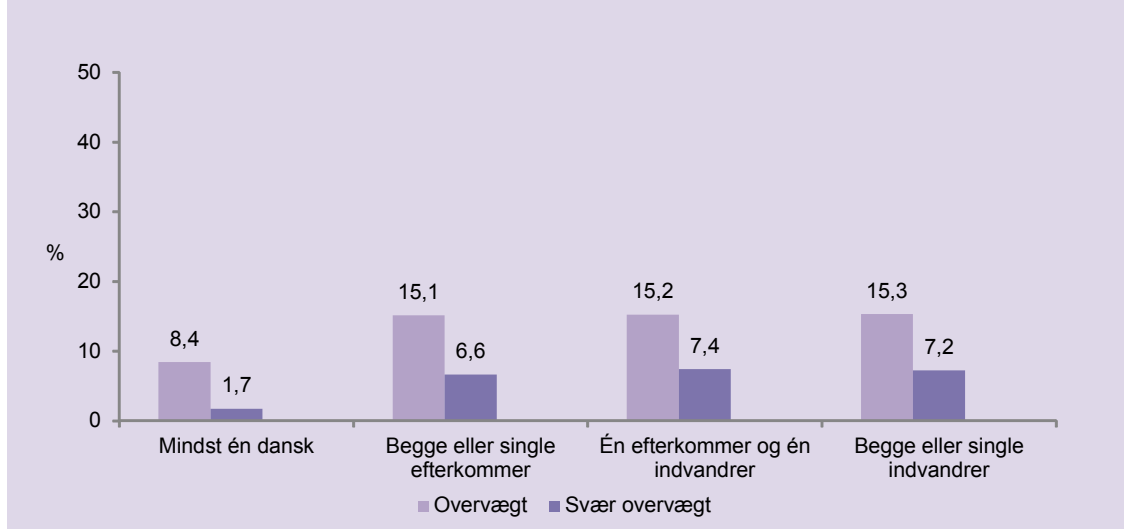


Figur 34. Forekomsten af børn med mindst én bemærkning til sprog, opdelt efter herkomst (N=32.251). Forskellen i andelen af børn med sproglige vanskeligheder er statistisk signifikant.





Figur 35. Forekomsten af børn med overvægt og svær overvægt, opdelt efter herkomst (N=36.235).



Vægtstatus ved indskolingen

Sundhedsplejersken registrerer barnets højde og vægt. Højde og vægt er anvendt sammen med barnets alder for målingerne til at definere vægtstatus. 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. Blandt de indskolingsundersøgte børn er 9,5 % overvægtige og 2,6 % svært overvægtige.

Figur 35 viser, at 10,1 % af børnene med dansk herkomst er overvægtige eller svært overvægtige. Blandt børn af efterkommere er andelen 21,7 % og blandt indvandrere 22,5 %.

Logistiske regressionsanalyser

Tabel 12 viser, at den øgede risiko for at være lidt af en enspænder forsvinder, når der tages højde for forældres uddannelse, forældres tilknytning til arbejdsmarkedet og familietype. Der ses til gengæld en tydelig sammenhæng mellem herkomst og ikke at have mindst én god ven, ikke at være vellidt af andre, blive mobbet eller drillet og at komme bedre ud af det med voksne end med andre børn, selv når der tages højde for relevante faktorer.

Tabel 12. Ujusterede og justerede OR for at være lidt af en enspænder, at have mindst én god ven, være vellidt af andre børn, at blive mobbet eller drillet af andre børn, at komme bedre ud af det med voksne end med andre børn i fem- til otteårsalderen – Reference er mindst én forælder af dansk herkomst.

	OR (95 % CI), ujusteret		OR (95 % CI), justeret	
	Dansk herkomst (reference)	Efterkommer/indvandrere	Dansk herkomst (reference)	Efterkommer/indvandrere
Er lidt af en enspænder	1	1,34 (1,24-1,46)	1	1,20 (1,00-1,44) ^a
Ikke har mindst én god ven	1	2,80 (2,57-3,04)	1	2,65 (2,19-3,22)^a
Ikke er vellidt af andre børn	1	3,63 (3,33-3,95)	1	3,10 (2,56-3,76)^a
Bliver mobbet eller drillet af andre børn	1	2,12 (1,97-2,29)	1	1,63 (1,37-1,93)^a
Kommer bedre ud af det med voksne end med andre børn	1	3,60 (3,35-3,86)	1	3,15 (2,68-3,70)^a

^a De justerede analyser er justeret for: forældres uddannelse, forældres tilknytning til arbejdsmarkedet og familietype.

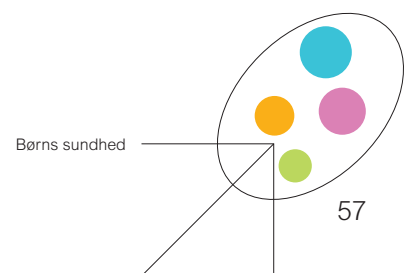
Fed skrift markerer statistisk signifikant estimat.

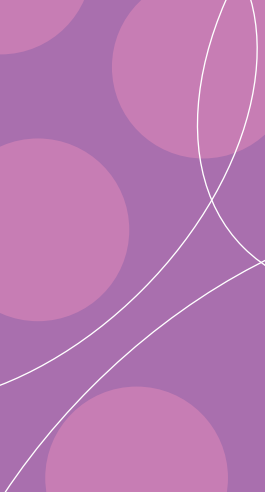
Tabel 13. Ujusterede og justerede OR for at have lav trivsel generelt og i skolen i fem- til otteårsalderen – Reference er mindst én forælder af dansk herkomst.

	OR (95 % CI), ujusteret		OR (95 % CI), justeret	
	Dansk herkomst (reference)	Efterkommer/Indvandrere	Dansk herkomst (reference)	Efterkommer/indvandrere
Lav generel trivsel	1	0,91 (0,80-1,04)	1	1,11 (0,83-1,48) ^a
Lav skoletrivsel	1	0,76 (0,69-0,84)	1	0,84 (0,67-1,09) ^a

^a De justerede analyser er justeret for: forældres uddannelse, forældres tilknytning til arbejdsmarkedet og familietype. Fed skrift markerer statistisk signifikant estimat.

Tabel 13 viser ingen sammenhæng mellem herkomst og om, hvorvidt barnet trives generelt. Der ses en signifikant lavere risiko for ikke at trives i skolen blandt efterkommere og indvandrere, som forsvinder, når der tages højde for forældres uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og familietype.





Tabel 14 viser, at der er mere end tre gange øget risiko for at være fysisk aktiv mindre end én time dagligt, (OR=3,70 (3,30-4,14)), hvis barnets forældre er efterkommere eller indvandrere, sammenlignet med børn af dansk herkomst. Hvis barnets forældre er efterkommere eller indvandrere, er der mere end dobbelt så høj risiko for, at sundhedsplejersken har bemærkninger til mad og måltidsvaner (OR=2,26 (2,12-2,41)) og

barnets sprog (OR=2,13 (1,94-2,33)) sammenlignet med børn af dansk herkomst. Det ses også, at der er 34 % øget risiko for at have motoriske vanskeligheder hvis barnet er efterkommer eller indvandrer. Afsluttende ses, at der er mere end dobbelt så stor risiko for at være overvægtig (OR=2,58 (2,40-2,77)), hvis barnets forældre er efterkommere eller indvandrere. Alle sammenhænge forbliver signifikante efter kontrol for mulige forstyrrende faktorer.

Tabel 14. Ujusterede og justerede OR for at have bemærkninger til mad og måltider, fysisk aktivitet, motorik, sprog og overvægt i fem- til otteårsalderen – Reference er mindst én forælder af dansk herkomst.

	OR (95 % CI), ujusteret		OR (95 % CI), justeret	
	Dansk herkomst (reference)	Efterkommer/ Indvandrer	Dansk herkomst (reference)	Efterkommer/ indvandrer
Mad og måltider	1	2,26 (2,12-2,41)	1	2,26 (1,95-2,61)^a
Fysisk aktivitet mindre end én time dagligt	1	3,70 (3,30-4,14)	1	2,97 (2,31-3,82)^a
Motoriske vanskeligheder	1	1,34 (1,22-1,47)	1	1,26 (1,02-1,55)^a
Sproglige vanskeligheder	1	2,13 (1,94-2,33)	1	1,92 (1,57-2,35)^a
Overvægt	1	2,58 (2,40-2,77)	1	1,92 (1,66-2,30)^a

^a De justerede analyser er justeret for: forældres uddannelse, forældres tilknytning til arbejdsmarkedet, familietype. Fed skrift markerer statistisk signifikant estimat.

Opsamling

Afsnittet vedrørende barnets sundhed, udvikling og trivsel ved indskolingen viser, at en større andel blandt efterkommere og indvandrere end blandt børn af dansk herkomst har haft problemer med jævnaldrende inden for de seneste seks måneder, har bemærkninger til mad- og måltidsvaner, fysisk aktivitetsniveau, motoriske vanskeligheder og sprog. Den øgede risiko for at være lidt af en enspænder, ikke at have mindst én god ven, være vellidt af andre, at blive mobbet eller drillet og at komme bedre ud af det med voksne end med andre børn, samt at få bemærkninger til mad og måltidsvaner, fysisk aktivitet, motoriske færdigheder, sprog og at være overvægtig, forbliver statistisk sikker, når der tages højde for forældrenes uddannelse, om forældrene har erhvervstilknytning, og familietype.

4. Diskussion

4.1 De vigtigste resultater

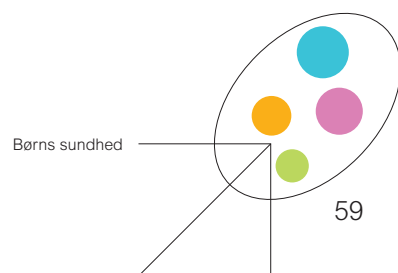
Det første formål med rapporten har været at producere et samlet billede af herkomst blandt familier med nul- til otteårige børn i Region Hovedstaden. Undersøgelsen bygger på data fra 29 af regionens kommuner om 95.397 nul til ti måneder gamle børn og 33.772 fem- til otteårige, der er undersøgt af sundhedsplejersken, og hvor der er oplysninger om herkomst for mindst én af barnets forældre. I alt har 20,1 % af børnene i første leveår forældre, hvor begge eller single forældre er efterkommer eller indvandrer. Denne andel har været stigende i de senere år, dog med et lille fald siden 2013. Der er stor variation kommunerne imellem fra 6,7 % til 56,0 %. Ved indskolingen har i alt 16,5 % af børnene forældre, hvor begge eller single forældre er efterkommer eller indvandrer. Andelen af børn af efterkommere eller indvandrere ved indskolingen har været stabil over årene, men variationen kommunerne imellem er stor fra, 4,0 % til 35,2 %.

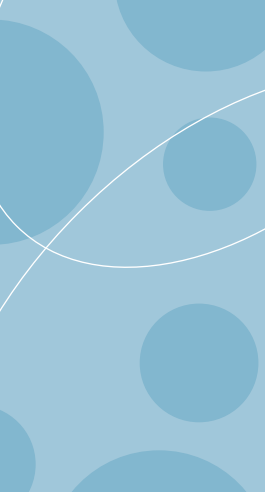
Rapportens andet formål har været at undersøge ligheder og forskelle i risikofaktorer, sundhed og trivsel i barnets første leveår. På mange områder er der ikke de store forskelle i risikofaktorer blandt børn med forskellig herkomst, men for nogle facetter er der betydelige forskelle. Blandt børn med indvandrer- og efterkommerstatus er der en betydelig andel, som har meget unge forældre, forældre som ikke bor sammen, forældre med en kort uddannelse og manglende tilknytning til arbejdsmarkedet. Derudover er der en betydelig andel, som ikke ammes i det anbefalede omfang, som udsættes for passiv rygning hjemme, og som i sundhedsplejerskernes journaler har bemærkninger til spisning, gråd og uro, søvn, motorik, øje-hånd koordination, kommunikation, barnets signaler, forældre-barn kontakt og

samspil, mors psykiske tilstand og forældrenes sociale netværk. Der ses alene marginale forskelle i andelen af børn, som er født med en lav fødselsvægt, med fødselskomplikationer, og med medfødte misdannelser.

Rapportens tredje formål har været at give en samlet fremstilling af børnenes sundhedsstatus ved indskolingen. Igen er der mange områder, hvor barnets sundhedsstatus er uafhængig af herkomsten, men blandt indskolingsbørnene med indvandrer- og efterkommerstatus er der en forhøjet forekomst af problemer i forholdet til jævnaldrende, bemærkninger til mad og måltider, bemærkninger om for lidt fysisk aktivitet, bemærkninger om sproglige vanskeligheder og at være overvægtig.

Nogle af disse fund svarer til resultaterne fra andre undersøgelser, mens andre er nye og anderledes end det, som tidligere er beskrevet. Det er vigtige fund, dels fordi det er første gang, der præsenteres en så omfattende oversigt over risiko, sundhed og trivsel i en stor normalpopulation af spædbørn og indskolingsbørn, og dels fordi det er oplysninger, som kan benyttes i regionen og kommunerne til at prioritere og dimensionere den forebyggende indsats.





4.2 Fortolkning af fund

Også tidligere undersøgelser viser, at der er flere ligheder end forskelle mellem indvandrere, efterkommere og børn af dansk herkomst (Nielsen 2007, Jensen & Holstein 2010, Holmberg et al. 2009, Petersen et al. 2000). Disse undersøgelser viser også, at der på enkelte områder er markante forskelle, og at forskellene varierer alt efter hvilke parametre, der undersøges (Jensen & Holstein 2010, Holmberg et al. 2009). Resultaterne i denne rapport viser, at der er en tydelig overrepræsentation af risikofaktorer blandt familier med efterkommer- og indvandrerstatus både i forhold til forældrenes alder, uddannelsesniveau, erhvervsstatus, om der ryges i hjemmet, og om familien har et netværk, der kan hjælpe og støtte ved behov.

På den anden side viser resultaterne også, at der for parametre forbundet med graviditet og fødsel i dette studie ikke ses de samme markante forskelle blandt børn med efterkommer- og indvandrerstatus. En mulig forklaring på disse ligheder er, at den danske svangreomsorg kan medvirke til at forebygge graviditets og fødselsrelaterede komplikationer.

Vores fund af en højere forekomst af sundhedsplejerskens bemærkninger til barnets udvikling og sundhed blandt børn med efterkommer- og indvandrerstatus, og indbyrdes blandt efterkommere og indvandrere, er i tråd med tidligere studier (Johansen et al. 2014, Rayce et al. 2013, Databasen Børns Sundhed 2017). Vi ser i dette studie for eksempel en højere forekomst af børn med efterkommer- og indvandrerstatus, der bliver fuldt ammet mindre end fire måneder, også når der kontrolleres for potentielle forstyrrende faktorer. Tidligere studier har fundet, at grupper

med forskellig etnisk baggrund ammer kortere end den etniske majoritet (Mathews et al. 2014, Databasen Børns Sundhed 2016). Et tidligere dansk studie baseret på Databasen Børns Sundhed viser, at efterkommere og indvandrere ammer kortere end danske mødre, men at forskellene i kontrollerede analyser bliver minimale. Det vil sige, at det er andre faktorer end indvandrerstatus, som har betydning for de viste forskelle (Busck-Rasmussen et al. 2014).

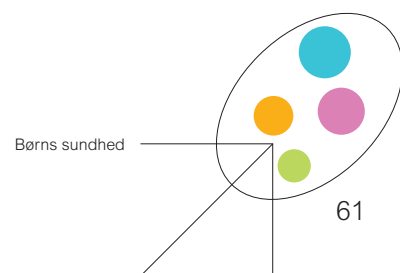
Blandt børnene i fem- til otteårsalderen er ikke-dansk herkomst forbundet med øget risiko for usunde kost- og aktivitetsvaner, dårligere sprog og dårligere trivsel. Disse fund er i overensstemmelse med tidligere undersøgelser, der viser, at børn med efterkommer- og indvandrerstatus oftere føler sig isolerede og udenfor (Jensen & Holstein 2010). Undersøgelsens data om trivsel ved indskoling peger tilsyneladende – men også kun tilsyneladende – i lidt forskellige retning. Der er ingen forskelle i almen trivsel og skoletrivsel efter herkomst, men der er forskelle i vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende. Forældrenes oplysninger om vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende er imidlertid et trivselsmål, som er meget forskelligt fra børnenes egen vurdering af deres trivsel.

Det er positivt, at der er så mange ligheder i sundheden mellem børn af danske forældre, efterkommere og indvandrere. En mulig forklaring er, at de alle har adgang til de samme sundhedsydelser, herunder sundhedsplejen, som tilpasser sin indsats i familierne efter barnets og familiens behov.



Det er vanskeligt at forklare de få forskelle i sundheden. I introduktionen omtalte vi tre hovedhypoteser om disse forskelle, 1) at de skyldes forskelle i opfattelse af sundhed og sygdom, 2) at de skyldes kommunikationsvanskeligheder mellem indvandrere og sundhedspersonale, og 3) at de kan forklares med sociale forskelle.

Denne rapport viser nogle få eksempler på, at forskellene i sundhed mellem danske, efterkommere og indvandrere kan tilskrives forskelle i sociale forhold, men ellers giver rapporten ikke afgørende indikationer for disse tre hovedhypoteser.





Dressler et al. (2005) nævner fem mulige forklaringer på forskelle i sundheden. Den første er biologisk (racemæssig) og baseret på en forestilling om, at forskellene er genetiske. Vi finder ikke væsentlige forskelle i biologiske forhold såsom fødselsvægt, gestationsalder, komplikationer ved fødsel, medfødte misdannelser eller apgar-score. Der er altså ikke megen støtte for en sådan biologisk forklaring i undersøgelsen.

Den anden forklaring handler om livsstil. Tanken er, at forskellene i sundheden mellem børn af danske forældre og indvandrerforældre kan

forklares med disse befolkningsgruppers forskellige sundhedsadfærd. De fundne forskelle i amning, tobaksrygning i hjemmet, barnets spising, barnets søvnvaner og forældre-barn samspillet kan meget vel være udtryk for forskelle i familiernes livsstil.

Den tredje forklaring er socioøkonomisk, det vil sige, at sammenhængen mellem herkomst og sundhed afspejler ringere livsvilkår blandt efterkommere og indvandrere. Undersøgelsen giver en tydelig fornemmelse af, at dette kan være en del af forklaringen på forskellene i børnenes





sundhed, idet der er en stor andel af efterkommer- og indvandrerforældre med kort uddannelse, svag tilknytning til arbejdsmarkedet og svagt socialt netværk. Men de multivariate analyser, hvor vi har justeret for socioøkonomiske forhold, viser i store træk de samme forskelle mellem herkomstgrupperne som de ujusterede analyser. Det betyder, at de fundne forskelle næppe i større udstrækning kan være forklaringen på de præsenterede forskelle mellem danskere, efterkommere og indvandrere.

Den fjerde forklaring i Dressler et al.'s model er psykosocial, det vil sige, at forskellene i sundhed afspejler forskelle i stressbelastning mellem danskere, efterkommere og indvandrere. Den forhøjede forekomst af psykiske vanskeligheder blandt mødre, som er efterkommere og indvandrere, er i tråd med denne psykosociale model.

Det femte og sidste forklaring kalder Dressler et al. (2005) en strukturel-konstruktivist model. Antagelsen er, at forskellene i sundheden mellem danskere, efterkommere og indvandrere er socialt konstruerede, altså bygger på den måde, vi tænker på og taler om etnisk baggrund. Vores undersøgelse giver ikke mulighed for at belyse denne mulige forklaring. De nævnte teoretiske tilgange til at forklare forskelle i sundhed mellem danskere, efterkommere og indvandrere giver således ikke nogen endelig forklaring på årsagerne til de observerede forskelle.

4.3 Stærke og svage sider ved undersøgelsen Herkomst

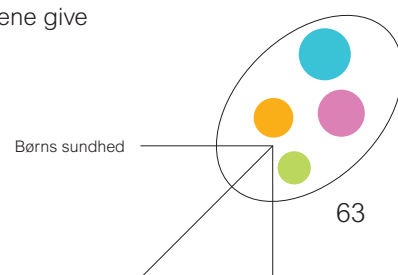
Det er både en styrke og en begrænsning, at undersøgelsen benytter en objektiv inddeling af studiebefolkningen i danskere, efterkommere og indvandrere. Det er en styrke, fordi det er den

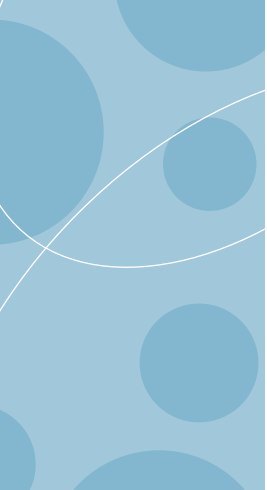
inddeling, der anbefales og anvendes af Danmarks Statistik, og som giver en klar adskillelse efter migrationsstatus. Det er en begrænsning, fordi en så grov inddeling ikke giver indsigt i de særlige forhold, der gælder for specifikke etniske grupper. I det hele taget handler rapporten ikke om etniske forskelle, men om forskelle efter migrationsstatus, det vi her kalder herkomst.

Repræsentativitet

Det er en styrke, at undersøgelsen bygger på en stor undersøgelsespopulation, som dækker næsten hele Region Hovedstaden. Det er også en styrke, at undersøgelsen bygger på sundhedsplejerskernes journaler, fordi sundhedsplejerskerne ser næsten alle børn, det vil sige, at der ikke er store problemer med bortfald. Især er det vigtigt, at undersøgelsen omfatter næsten alle børn med efterkommer- og indvandrerstatus, fordi disse befolkningsgrupper ofte er underrepræsenteret i spørgeskema-baserede sundhedsprofiler.

Det er også en styrke, at undersøgelsen baseres på objektive registerdata og observationer af fagpersoner med særlig indsigt i børns sundhed og udvikling. Data om barnets udvikling og trivsel er særlige for Databasen Børns Sundhed, hvor det er sundhedsplejersken, der registrerer sine observationer på baggrund af dialog med forældrene. Sådanne oplysninger findes ikke i centrale registre, og i sundhedsprofilundersøgelser vil man være afhængig af svar, der er rapporteret af eksempelvis forældrene i spørgeskemaer. At oplysningerne er indsamlet af sundhedsplejersken betyder også, at undersøgelsen dækker befolkningsgrupper, som ofte ikke besvarer spørgeskemaer. Samtidig kan sundhedsplejersken med sin professionelle tilgang til børnene give





en mere præcis vurdering af barnets udvikling, end forældrene kan. Det er et af de træk, der gør Databasen Børns Sundhed særlig værdifuld. Som i andre kliniske databaser skal man være opmærksom på intersubjektive variationer, det vil sige, at forskellige fagpersoner vurderer en given situation forskelligt, det vil sige, at forskellige sundhedsplejersker kan vurdere et givent barn forskelligt. Det er dog vores overbevisning, at dette pålidelighedsproblem er væsentligt mindre her end i spørgeskemabaserede sundhedsprofiler, hvor borgere uden særlig indsigt i sundhed foretager et skøn over sundhedsproblemer.

Endelig er det en styrke, at undersøgelsen rummer righoldige data om sociale og demografiske forhold, således at sammenligningen mellem børn med dansk, efterkommer- og indvandrerstatus bygger på analyser, der er kontrolleret for sådanne sociale og demografiske forhold.

4.4 Implikationer

Undersøgelsen kan benyttes til at identificere temaer, som trænger til nærmere undersøgelser. Det vil for eksempel være vigtigt at supplere med undersøgelser af specifikke etniske grupper eller nationaliteter.

Det er vigtigt at studere, hvad sundhedsplejerskerne og kommunerne gør for at afhjælpe de problemer, de observerer i familierne, herunder om deres indsats og tilbud passer lige godt til danskere, efterkommere og indvandrere, og om indsatsen over for de forskellige problemer er tilstrækkelig. Det vil øge forståelsen for nogle af de påviste forskelle, hvis man kan gennemføre kvalitative undersøgelser med langt mere indsigtsfulde data om børnene og familien, end man kan få i en sådan statistisk opgørelse som denne.

De store kommunale forskelle i andelen af børn med efterkommer- og indvandrerstatus kan pege i retning af behov for differentierede forebyggende indsatser i kommunerne. Undersøgelsen kan på den måde inspirere til en ændret prioritering, planlægning og praksis. Det er vigtigt for kommunerne at kende til grupper med en særlig ophobning af risikofaktorer og sundhedsproblemer. Især sundhedsplejen kan med sine behovsbesøg tage initiativ til at hjælpe med den ophobning af problemer, som nogle gange ses i efterkommer- og indvandrerfamilier.

En række kommuner har særlige tilbud til familier med indvandrerstatus. For eksempel er der i 15 kommuner med støtte fra Nordea-fonden i 2017 taget initiativ til et nyt integrationsprojekt. Projektet 'Sundhedsplejersker styrker integration' har til formål at fremme integration, sundhed og trivsel hos flygtningefamilier. Projektet bruger netop sundhedsplejen til at nå familierne. Sundhedspleje er for alle og derved ikke stigmatiserende, ligesom sundhedsplejen typisk er den faggruppe, der kommer tættest på alle familier i barnets første leveår og derfor kan yde en tidlig indsats.



Ud over at sætte flygtninge grundigt ind i danske forhold og barnets sundhed, udvikling og trivsel i et nyt land, forventes resultaterne fra projektet at kunne benyttes i indsatsen til for eksempel efterkommere og andre grupper af indvandrere.

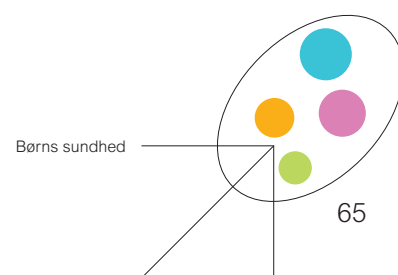
Rapporten påviser ganske mange sundhedsproblemer blandt spædbørn og indskolingsbørn, og man kan frygte, at der også er mange sundhedsproblemer i det lange interval fra første leveår til indskoling. I dette interval kan familierne få hjælp på anden vis, men det ville være en betydelig styrke at udvide sundhedsplejeordningen med systematiske undersøgelser, for eksempel i 1½-årsalderen og 3½-årsalderen. Det vil give kommunerne mulighed for at vurdere, om der er behov for yderligere indsats, og for at hjælpe de børn og familier, som har brug for en yderligere indsats.

Sammenlignet med børn af dansk herkomst er langt flere børn af efterkommere og indvandrere ved indskolingen overvægtige, er mindre fysisk aktive og har bemærkninger til mad og måltidsvaner. En lang række kommuner har tilbud til overvægtige børn og deres familier. Resultaterne fra denne rapport viser, at forebyggelse og målrettede tilbud fortsat bør være i fokus. Rapporten peger også på, at der bør gøres en målrettet indsats for at mindske børns eksponering for tobaksrøg i efterkommer- og indvandrerfamilier. Her kan et samarbejde med alment praktiserende læger være vigtigt. Lægerne har mulighed for at adressere dette problem, når de møder børn fra rygerfamilier ved de forebyggende børneundersøgelser eller i andre konsultationer med førskolebørn.

Der er ganske høj andel af børn i efterkommer- og indvandrerfamilier, som ikke bliver ammet så længe som Sundhedsstyrelsen anbefaler. Også her er der brug for en særlig indsats for, at dette tema får ekstra prioritet i den rådgivning, der ydes til efterkommer- og indvandrerfamilier.

Rapporten er også et argument for et udbygget samarbejde mellem sundhedsplejen, dagtilbud og skolen. Barn og familie kan drage nytte af et styrket samarbejde mellem sundhedsplejen og dagtilbud, idet dagtilbud efter etårsalderen har den daglige kontakt med barnets forældre, men ikke har den sundhedsfaglige ekspertise til at vurdere barnets sundhed og trivsel, og vejlede i forhold til sundhedsrelaterede problemstillinger. Det er også vigtigt at indtænke, hvilken rolle de alment praktiserende læger kan have i den sundhedsfremmende indsats for børn i efterkommer- og indvandrerfamilier. En meget stor del af disse børn kommer til forebyggende børneundersøgelser i almen praksis, som er en oplagt setting for rådgivning af familierne.

Rapporten er en dokumentation af, at der er brug for en særlig indsats for børn med efterkommer- og indvandrerstatus i det danske sundhedssystem generelt. Rapporten kan inspirere praktiserende læger og fagprofessionelle i sygehusregi, der møder minoritetsfamilier, til fortsat at være bevidst om forskelle og ligheder og behovet for differentierede indsatser til familier med efterkommer- og indvandrerstatus. Endelig kan rapporten bidrage til at målrette regionens rådgivningsforpligtelse over for kommunerne.



5. Referencer

- Andersen AMN, Gundlund A & Villadsen SF (2016): Stillbirth and congenital anomalies in migrants in Europe. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 32:50-9.
- Bhopal RS (2014): Migration, ethnicity, race, and health in multicultural societies. New York, Oxford University Press, 2. udgave.
- Bhopal R (2004): Glossary of terms relation to ethnicity and race: for reflection and debate. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 58:441-45.
- Brixval CS, Johansen A, Rasmussen M, Due P (2017): Overvægt blandt børn i Region Hovedstaden i perioden 2002-2014. København, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Busck-Rasmussen M, Villadsen SF, Norsker FN, Mortensen L & Andersen AMN (2014): Breast-feeding Practices in Relation to Country of Origin Among Women Living in Denmark: A Population-Based Study. *Maternal Child Health Journal*, 18:2474-88.
- Christensen E (2004): 7-årige børn med anden etnisk baggrund. Forældrenes ressourcer, børnenes udvikling, skolestart og kontakt med socialforvaltningen. København, Socialforskningsinstituttet, 04:28.
- Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH (2000): Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 320 (7244):1240-3.
- Cole TJ, Lobstein T (2012): Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatric Obesity*, 7(4):284-94.
- Danmarks Statistik (2016): Indvandrere i Danmark 2016. København, Danmarks Statistik.
- Databasen Børns Sundhed. Pant SW, Johansen A & Holstein BE (2015): Sundhedsplejerskens indsatser for 0-årige børn. Temarapport og årsrapport. Børn født i 2013. København, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Databasen Børns Sundhed. Johansen A, Krogh C, Pant SW & Holstein BE (2016): Amning: Temarapport og årsrapport. Børn født i 2014. København, Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Databasen Børns Sundhed. Johansen A & Holstein BE (2017): Sundhedsplejerskers bemærkninger til mad og måltider: Temarapport og årsrapport om børn, som starter i skolen i 2015-2016. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- de Onis M, Onyango A, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Blossner M, Lutter C (2012): Worldwide implementation of the Who Child Growth Standards. *Public Health Nutrition*, 15(9):1603-10.
- Dressler WW, Oths KS, Gravlee CC (2005): Race and Ethnicity in Public Health Research: Models to Explain Health Disparities. *Annual Review of Anthropology*, 34,231-252.



Folman NB & Jørgensen T (2006): Etniske minoriteter – sygdom og brug af sundhedsvæsenet. Et registerstudie. København, Sundhedsstyrelsen.

Goedhart G, Eijdsden MV, Wal MFVD & Bonsel GJ (2008): Ethnic differences in term birthweight: the role of constitutional and environmental factors. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 22,360–8.

Hansen AR & Kjølner M (2006): Sundhed blandt etniske minoriteter. Resultater fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005. København, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Holmberg T, Ahlmark N & Curtis T (2009): "State of the art report". Etniske minoriteters sundhed i Danmark. København, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Jensen HN & Holstein BE (2010): Sundhed og trivsel blandt indvandrere, efterkommere og etniske danskere i 5., 7. og 9. klasse. København, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Johansen A & Holstein BE (2014): Gråd, uro og spiseproblemer blandt spædbørn rapporteret af sundhedsplejersker. København, Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Johansen A, Holstein BE & Andersen AMN (2007): Social ulighed i sundhed blandt børn og unge. København, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Jørgensen SE, Rayce SB, Brixval CS, Denbæk AM, Svendsen M & Holstein B (2013): Sundhed blandt børn i Region Hovedstaden, data fra sundhedsplejen om graviditet, spædbørn og indskolingsbørn. Hillerød, Region Hovedstaden.

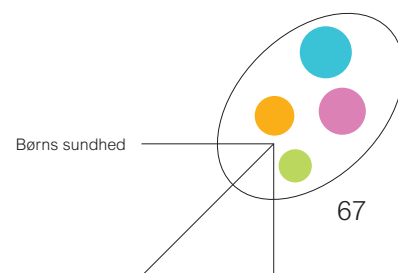
Lobstein T, Baur L & Uauy R (2004): Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity Reviews*, 5(Suppl. 1),4-85.

Madsen KR (2016): Loneliness in Adolescence. Qualitative and Epidemiological Studies of the Role of Ethnicity and Immigration Background (PhD thesis). København, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Mathews ME, Leerkes EM, Lovelady C, Labban JD (2014): Psychosocial Predictors of Primi-parous Breastfeeding Initiation and Duration. *Journal of Human Lactation*, 30,480-7.

Mygind A, Kristiansen M, Krasnik A & Nørredam M (2006): Etniske minoriteters opfattelse af sygdomsrisici – betydningen af etnicitet og migration. Afdeling for Sundhedstjenesteforskning, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet.

Mylin KL (2013): Behovssundhedspleje: Epidemiologisk studie af forekomst og prædiktorer blandt 15.418 spædbørnsfamilier. Kandidatspeciale ved den sundhedsfaglige Kandidatuddannelse. Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet.





Nielsen A (2007): Forskelle og ligheder i sundhedsforhold mellem danske børn og etniske minoritetsbørn. I Johansen A, Holstein BE & Nybo Andersen AM: Social ulighed i sundhed blandt børn og unge. København, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Nordea Fonden (2017): Sundhedsplejersker i nyt integrationsprojekt. <https://nordefonden.dk/nyheder/sundhedsplejersker-i-nyt-integrationsprojekt> den 08.02.2017

Obel C, Dalsgaard S, Stax HP, Bilenberg N (2003): Sprøgeskema om barnets styrker og vanskeligheder. Ugeskrift for Læger, 165 (5):462-5.

Olesen BR & Samuelson H (2008): Forebyggelse og sundhedsfremme blandt etniske minoriteter – inspiration til kommunen. København, Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen.

Ottosen MH, Andersen D, Nielsen LP, Lausten M & Stage S (2010): Børn og unge i Danmark. Velfærd og trivsel 2010. København, SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Petersen T, Nielsen A, Paludan M, Rasmussen S & Madsen M (2000): Børns sundhed ved slutningen af skolealderen. En undersøgelse blandt elever i 8. og 9. klasse i 1996/97. København, Statens Institut for Folkesundhed.

Rasmussen M, Pedersen TP & Due P (2014): Skolebørnsundersøgelsen 2014. København, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.



Rayce SB, Ellegaard Jørgensen S & Holstein BE (2013): Søvnproblemer blandt spædbørn rapporteret af sundhedsplejersker. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Region Hovedstaden (2017): Børns brug af regionale sundhedsydelse. En registeranalyse i Region Hovedstaden. Center for Sundhed, Enhed for Tværsektoriel Udvikling.

Singhammer J (2008): Etniske minoriteters sundhed. Center for Folkesundhed, Region Midtjylland & Partnerskabet for undersøgelse af etniske minoriteters sundhed.

Sjöberg CB, Johansen A, Rasmussen M & Due P (2017): Overvægt blandt børn i Region Hovedstaden i perioden 2002-2014. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Spallek J, Zeeb H & Razum O (2010): Prevention among immigrants: the example of Germany. BMC Public Health, 10:92.

Stronks K, Kulu-Glasgow I & Agyemang C (2009): The utility of 'country of birth' for the classification of ethnic groups in health research: the Dutch experience. Ethnicity & Health, 14:255-69.

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

Sundhedsstyrelsen (2018): Amning – En håndbog for sundhedspersonale. København, Sundhedsstyrelsen.

Søndergaard G, Biering-Sørensen S, Michelsen SI, Schnor O & Andersen AMN (2008): Non-participation in preventive child health examinations at the general practitioner in Denmark: A register-based study. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 26:5-11.

Troe EJWM, Raat H, Jaddoe VWV, Hofman A, Looman CWN, Moll HA, Steegers EAP, Verhulst FC, Witteman JCM & Mackenbach JP (2007): Explaining differences in birthweight between ethnic populations. The Generation R Study. BJOG: an international journal of obstetrics and gynecology, 114(12):1557-1565.

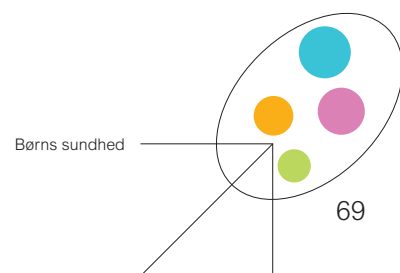
Udlændingestyrelsen (2017): Tal og fakta på udlængeområdet 2016. København, Udlændingestyrelsen.

Urquia ML & Gagnon AJ (2011): Glossary: migration and health. Journal of Epidemiology & Community Health, 65:467-72.

Villadsen SF, Mortensen LH & Andersen AMN (2010): Etnisk ulighed i dødfødsel og spædbarnsdød i Danmark – sekundærpublikation. Ugeskrift for læger 172/1:30-33.

Villadsen SF, Mortensen LH & Andersen AMN (2009): Ethnic disparity in stillbirth and infant mortality in Denmark 1981–2003. Journal Epidemiology & Community Health, 63:106-12.

Vinter-Jensen K & Primdahl R (2010): Etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen – en antologi. København, Sundhedsstyrelsen.



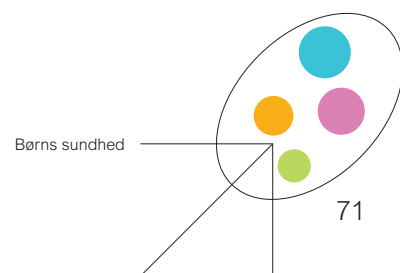
Bilag

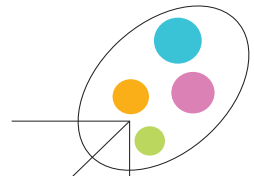
Bilag 1. Beskrivelse af, hvilke faktorer der giver anledning til bemærkning til indikatoren ved de enkelte besøg i første leveår

Indikator	Beskrivelse 0-2 måneder	2-3 måneder	4-6 måneder	8-10 måneder
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 eller modermælkserstatning; problemer med spisning; drikker ikke af kóp; spiser ikke med ske; andet
Søvn	Døgnrytme; søvn	Døgnrytme; søvn	Døgnrytme; søvn	Døgnrytme; søvn
Uro/gråd	Uro; gråd	Uro; gråd	Uro; gråd	Uro; gråd
Motorik	Muskeltonus	Holder hoved i midtlinje; løfter hoved og skuldre i maveleje	Holder hoved i midtstilling og har hovedkontrol i siddende stilling; kan lide at ligge på maven; støtter på strakte arme i maveleje; triller fra mave til ryg; hjælper med at trække sig op i armene	Triller fra ryg til mave; sidder sikkert selv; kryber eller kravler; trækker sig op i armene; rejser sig ved støtte
Øje-hånd koordination	Ingen undersøgelse	Putter hænder i munden; ser sin hånd	Rækker armene frem for at få fat i legetøj; holder fast	Flytter ting mellem hænder; putter i munden; følger legetøj i synsfeltet; begyndende pincetgreb
Kommunikation	Inviterer til kommunikation	Kontaktsmil; pludrer med flere lyde	Eksperimenterer med lyde; pludrer varieret; lytter til stemmer; griner; hviner	Pludrer i to stavelser; varieret styrke og længde
Barnets signaler og reaktioner	Døgnrytme; søvn; uro/gråd; pirrelig; trist; andet	Døgnrytme; søvn; uro/gråd; pirrelig; trist; andet	Døgnrytme; søvn; uro/gråd; pirrelig; trist; begyndende differentiering mellem forældre og andre personer; andet	Døgnrytme; søvn; uro/gråd; pirrelig; trist; begyndende differentiering mellem forældre og andre personer; andet
Forældre-barn kontakt og samspil	Barnets pasning og pleje; afpasning af aktiviteter efter barnets behov; forståelse og handling efter 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 efter 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 efter 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 efter 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 mor negligerer åbenlyse problemer); andet	Ked af det/trist; angst; søvnproblemer; problemløs (det vil sige, at mor negligerer åbenlyse problemer); andet	Ked af det/trist; angst; søvnproblemer; problemløs (det vil sige, at mor negligerer åbenlyse problemer); andet	Ked af det/trist; angst; søvnproblemer; problemløs (det vil sige, at mor negligerer åbenlyse problemer); andet

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

Indikator	Beskrivelse
Trivsel Generel trivsel Skoletrivsel	<ul style="list-style-type: none">• Sådan har barnet det for tiden (barnets egen besvarelse)• Sådan har barnet det i skolen (barnets egen besvarelse)
Forhold til jævnaldrende	<ul style="list-style-type: none">• Lidt af en enspænder, leger mest alene• Har mindst én god ven• Er generelt vellidt af andre børn• Bliver mobbet og drillet af andre børn• Kommer bedre ud af det med voksne end med andre børn
Mad og måltider Ingen bemærkninger, hvis	<ul style="list-style-type: none">• Barnet spiser morgenmad og frokost• Mellemmåltider ikke skønnes at tage appetitten fra de øvrige måltider• Barnets indtag af sukker/slik og sukkerholdige væsker ikke skønnes overdrevet• Barnet spiser frugt/grønt svarende til anbefalingerne• Barnet indtager ½ liter fedtfattige mælkeprodukter dagligt• Barnet ikke er kræsen• Der er ikke andre bemærkninger
Fysisk aktivitet Ingen bemærkninger, hvis	<ul style="list-style-type: none">• Barnet bevæger sig 1 time eller mere end 1 time dagligt
Motorik Ingen bemærkninger, hvis	<ul style="list-style-type: none">• Barnets gang er fin• Barnet hopper fint• Barnets balance er fin• Barnet kan lave gadedrengeløb• Barnet kan stå på højre og venstre ben• Barnet kan kaste og gribe en bold
Sprog Ingen bemærkninger, hvis	<ul style="list-style-type: none">• Barnets udtale er korrekt• Barnets ordforråd er aldersvarende• Barnet stiller spørgsmål





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