



# BØRNS SUNDHED

Samarbejde mellem  
sundhedsplejersker og  
Statens Institut for  
Folkesundhed

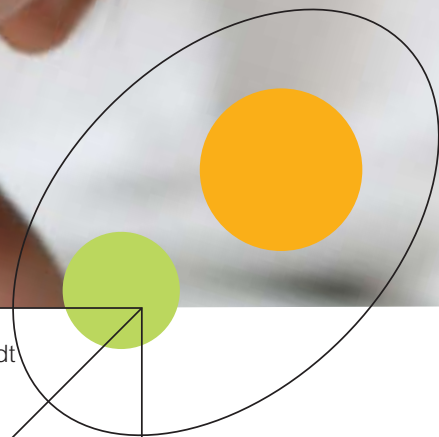
# Sundhedsprofil

for børn født i 2016 fra  
Databasen  
Børns  
Sundhed



*Sofie Weber Pant og  
Trine Pagh Pedersen*

Børn født  
i 2016





# Sundhedsprofil for børn født i 2016 fra Databasen Børns Sundhed

© Statens Institut for Folkesundhed, 2018.

Statens Institut for Folkesundhed

Studiestræde 6

1455 København K

[www.sdu.dk/sif](http://www.sdu.dk/sif)

Udarbejdet for bestyrelsen for Databasen  
Børns Sundhed af: Sofie Weber Pant & Trine  
Pagh Pedersen

Publikationen refereres således:

Databasen Børns Sundhed, Pant SW &  
Pedersen TP. Sundhedsprofil for børn født i 2016  
fra Databasen Børns Sundhed. København.  
Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for  
Folkesundhed, SDU, 2018.

Publikationen kan frit refereres med tydelig  
kildeangivelse.

Publikationen kan downloades fra internet-  
adressen [www.sdu.dk/sif](http://www.sdu.dk/sif)

Fotoleverandør: Modelbilleder fra Colourbox

Bestyrelsen:

Anne Mette Skovgaard, forskningsleder,  
adjungeret professor, overlæge, dr.med.,  
KU & SDU

Annette Poulsen, sundhedsplejerske, MSP,  
IBCLC, Sundhedsstyrelsen

Bjørn E. Holstein, professor emeritus,  
Statens Institut for Folkesundhed  
Helle Erstling Rasmussen,  
ledende sundhedsplejerske, MPG,  
Roskilde Kommune

Karen Marie Olesen, systemansvarlig og  
sundhedsplejerske, MPH, Aarhus Kommune

Lars Bender, overlæge, Aalborg

Universitetshospital

Lene Møller, ledende sundhedsplejerske, MSP,  
Rødovre Kommune

Lene Schack-Nielsen, specialkonsulent,  
Region Hovedstaden

Lotte Finseth, sundhedsplejerske,

Gladsaxe Kommune

Pernille Buhelt, ledende sundhedsplejerske,  
Brønderslev Kommune

Pernille Due, forskningsleder, professor, dr.med.,  
Statens Institut for Folkesundhed

Pernille Fabricius, leder af Sundhedstjenesten,  
Lyngby-Taarbæk Kommune

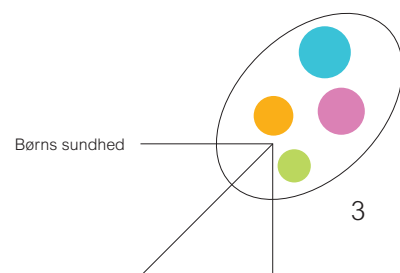
Pia Rønnenkamp, fagchef i sundhedsplejen,  
MPG, Brøndby Kommune

Tine Juhl, centerchef for Center for Familie og  
Forebyggelse, Glostrup Kommune

Tove Kepp, praktiserende læge

Ulla Dupont, ledende sundhedsplejerske,  
Vejle Kommune

Ulla Nordtorp, ledende sundhedsplejerske,  
Aalborg Kommune



# Indholdsfortegnelse

<b>Forord</b>	5
<b>1. Introduktion</b>	6
1.1 Sundhedsplejerskernes virke	6
1.2 Databasen Børns Sundhed	6
1.3 Datasikkerhed	7
1.4 Formål og opbygning af sundhedsprofilen	7
1.5 Datagrundlag	8
<b>2. Resultater</b>	9
2.1 Graviditetsbesøg	10
2.2 Første besøg af sundhedsplejersken	12
2.3 Indlæggelseslængde	14
2.4 Gestationsalder	15
2.5 Apgarscore	17
2.6 Fødselsvægt	19
2.7 Medfødte misdannelser	21
2.8 Udsættelse for tobaksrøg i hjemmet	23
2.9 Mors psykiske sundhed	28
2.10 Forældre-barn relationen	33
2.11 Fuld amning i mindst fire måneder	37
2.12 Motorik	41
2.13 Søvn	46
2.14 Uro/gråd	50
2.15 Vækst	50
<b>3. Opsamling</b>	55
<b>Referencer</b>	56



# Forord

Denne sundhedsprofil præsenterer data for børn født i 2016 for de 34 kommuner, som er en del af samarbejdet Databasen Børns Sundhed. I Sundhedsprofilen kan den enkelte kommune sammenligne sig med hele populationen og de andre kommuner. Databasen Børns Sundhed har udvalgt en række indikatorer til måling af børnenes sundhed og udvikling samt til måling af kvaliteten af ydelser, indsatser og resultater inden for sundhedsplejen. Disse kvalitetsindikatorer anvendes i sundhedsprofilen til at beskrive udvalgte områder af børnenes sundhed og udvikling i hele populationen og i den enkelte kommune.

Formålet med Databasen Børns Sundhed er at få mere viden om børns sundhed og sundhedsplejerskernes arbejde samt at bidrage til det sundhedsfremmende arbejde målrettet børn og unge. Databasen producerer rapporter med grundlæggende informationer om børns sundhed. Desuden udarbejdes en mindre kommunedel til hver kommune om kommunens egne børn.

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

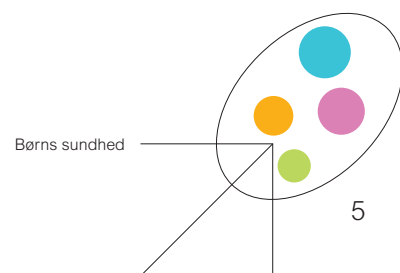
Rapporten er udarbejdet af videnskabelig assistent Sofie Weber Pant og projektleder Trine Pagh Pedersen. Data er oparbejdet af seniorforsker Bjarne Laursen. Konsulent og sundhedsplejerske Lisbeth Wilms har bistået med

sundhedsfaglig gennemlæsning, rådgivning, layout og opsætning af rapporten.

Vi ønsker at rette en varm tak til alle sundhedsplejerskerne og de ledende sundhedsplejersker i de deltagende kommuner for det positive og engagerede samarbejde – det er helt afgørende for kvaliteten og den fortsatte udvikling af databasen. Det er en stor glæde, at så mange kommuner nu er tilsluttet Databasen Børns Sundhed, og vi vil gerne invitere flere kommuner til at tilslutte sig databasen.

Lene Møller  
Ledende sundhedsplejerske, MSP  
Formand for Databasen Børns Sundhed

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



# 1. Introduktion

## 1.1 Sundhedsplejerskernes virke

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

## 1.2 Databasen Børns Sundhed

Databasen Børns Sundhed er tilrettelagt således, at den kan beskrive børns sundhed med udgangspunkt i sundhedsplejerskens virksomhed.

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

Data i Databasen Børns Sundhed er indhentet ved brug af to kvalitetsudviklede sundhedsplejerskejournaler, en udarbejdet til TM Sund-journalsystemet og en udviklet til NOVAX-journalsystemet. I begge journalsystemer følger sundhedsplejerskerne en ensartet praksis og noterer systematisk sammenlignelige data om barnet, familien og sundhedsplejens ydelser. Brugen af journalerne er beskrevet i detaljerede vejledninger, der løbende justeres og opdateres (Databasen Børns Sundhed 2018a, NOVAX 2018).

Data indsamles ved fire sundhedsplejerskebesøg, som er placeret på centrale tidspunkter for spædbarnets udvikling og tilknytning: A-besøget (første hjemmebesøg efter barselsbesøget eller første hjemmebesøg efter barnets fødsel), B-besøget (første hjemmebesøg efter barnet er fyldt to måneder, men inden det fylder tre måneder), C-besøget (første hjemmebesøg efter barnet er fyldt fire måneder, men inden det fylder seks måneder) og D-besøget (første hjemmebesøg efter barnet er fyldt otte måneder, men inden det fylder ti måneder).

Det er frivilligt, om familier ønsker at benytte sig af sundhedsplejetilbud. Hvis familierne anvender



tilbuddene, er der lovpligtig journalføring af sundhedsplejerskerne. Det medfører, at familier i databasekommunerne automatisk indgår i Databasen Børns Sundhed.

### 1.3 Datasikkerhed

De indsamlede journaldata indsendes til Statens Institut for Folkesundhed i henhold til databeskyttelseslovens § 10. Opbevaringen af data på Statens Institut for Folkesundhed er anmeldt til Syddansk Universitets fortegnelse. Data behandles fortroligt og anvendes udelukkende til forskning. Det er således udelukkende udvalgte forskere på Statens Institut for Folkesundhed, som har adgang til data, og formidlingen af resultaterne sker således, at det ikke er muligt at identificere enkeltpersoner. Forskerne har i deres arbejde med data ikke adgang til personidentifikation (CPR-nummer). Dette sikres af en dataadministrator, som er særligt autoriseret til dette. Det datasæt, som benyttes til analyserne, rummer ikke oplysninger om navne eller CPR-numre, hverken om børnene, forældrene eller sundhedsplejerskerne.

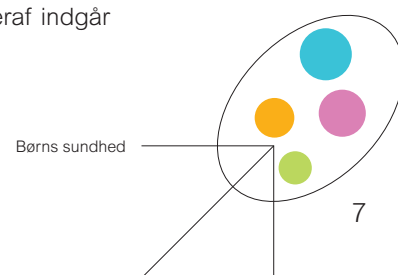
### 1.4 Formål og opbygning af sundhedsprofilen

Formålet med denne rapport er at tegne en sundhedsprofil for børn født i 2016 i de 34 kommuner, der har indsendt data til Databasen Børns Sundhed om børn født i 2016. Databasen har udvalgt en række indikatorer til måling af børnenes sundhed og udvikling samt til måling af kvaliteten af ydelser, indsatser og resultater inden for sundhedsplejen. Disse kvalitetsindikatorer anvendes i sundhedsprofilen til at beskrive udvalgte områder af børnenes sundhed og udvikling.

Sundhedsplejerskerne registrerer i forbindelse med hjemmebesøgene, hvorvidt der er bemærkning til en indikator (fx forældre-barn relationen). En bemærkning betyder, at sundhedsplejersken ved mindst ét af hjemmebesøgene i barnets første leveår har registreret forhold, som kræver opmærksomhed, opfølgning eller henvisning til et relevant kommunalt tilbud eller til yderligere udredning i almen praksis (Sundhedsstyrelsen 2011).

Resultaterne i Sundhedsprofilen angives i tabeller og diagrammer, som både indeholder resultater for det samlede antal spædbørn i rapporten og for de enkelte kommuner. For en række hovedvariable er tabellerne opdelt i NOVAX-kommuner og TM Sund-kommuner, da der ses en forskel i datagrundlaget i de to journalsystemer. Derudover vises udviklingen for en række hovedvariable. For TM Sund-kommunerne vises udviklingen for de TM Sund-kommuner, der har indgået i Databasen i de sidste fire år. For NOVAX-kommunerne vises udviklingen for de NOVAX-kommuner, der har indgået i Databasen og har oplysninger fra mindst tre år. For de enkelte kommuner vises udviklingen for de år, kommunen har indsendt data til Databasen Børns Sundhed.

Procenterne i figurerne er beregnet for de spædbørn, hvor data findes, altså med en forudgående frasortering af børn, der ikke har haft kontakt med sundhedsplejen ved A-, B-, C- eller D-besøget i første leveår. Temarapporten om forældre-barn relationen for børn født i 2016, der er en separat rapport, inddrager kun børn, hvor der er noteret oplysninger om forældre-barn relationen. Derudover indgår de børn, der er flyttet mellem to kommuner, og som følge deraf indgår





i begge journalsystemer, ikke i temarapporten. Det betyder, at der indgår færre børn i temarapporten end i sundhedsprofilen, og at procenttallene i de to rapporter derfor kan være forskellige (Databasen Børns Sundhed, 2018b).

For enkelte variable er der en høj forekomst af manglende registreringer, hvilket kan medføre usikkerhed i resultaterne. I de fleste tilfælde dækker manglende registreringer sandsynligvis over, at der ikke er noget at bemærke -at familie og barn trives. I de tilfælde, hvor andelen af manglende registreringer er så høj, at det medfører for stor usikkerhed (missing over 40 %), er kommunen taget ud af analyserne og den samlede population, hvilket er markeret med en stjerne (\*).

### 1.5 Datagrundlag

Sundhedsprofilen er baseret på sundhedsplejerskers journaldata om 23.480 børn, der er født i 2016, hvilket svarer til 38,1 % af alle levende-fødte børn i Danmark i 2016 (Statistikbanken.dk). Børnene i sundhedsprofilen stammer fra: Aalborg, Aarhus, Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholm, Brøndby, Brønderslev, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Herlev, Hillerød, Hvidovre, Høje-Taastrup, Ishøj, Kalundborg, Køge, Lyngby-Taarbæk, Roskilde, Rudersdal, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk og Vejle. Tabel 1a viser antallet af børn, der indgår i sundhedsprofilen fra de enkelte kommuner.

Tabel 1a. Antal børn, der indgår i sundhedsprofilen, opdelt på kommune

Kommune	Antal børn, der indgår i sundhedsprofilen
Aalborg	2.474
Aarhus	4.813
Albertslund	298
Allerød	214
Ballerup	511
Bornholm	263
Brøndby	456
Brønderslev	375
Dragør	134
Egedal	432
Fredensborg	384
Frederiksberg	1.668
Frederikssund	369
Furesø	422
Gentofte	696
Gladsaxe	882
Glostrup	275
Gribskov	296
Halsnæs	261
Helsingør	543
Herlev	346
Hillerød	514
Hvidovre	645
Høje-Taastrup	578
Ishøj	330
Kalundborg	458
Køge	549
Lyngby-Taarbæk	547
Roskilde	796
Rudersdal	496
Rødovre	480
Tårnby	482
Vallensbæk	197
Vejle	1.296
<b>Hele populationen</b>	<b>23.480</b>



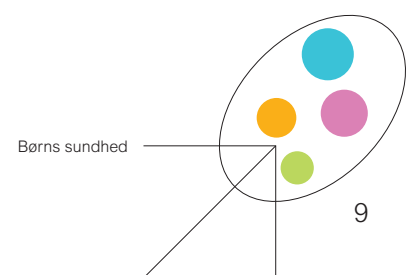
## 2. Resultater

Tabel 2a. Andelen af børn, hvor A-D-besøget er registreret, opdelt på kommune (N=23.480)

	Andelen af børn, hvor det respektive besøg er registreret			
	A-besøg (0-2 mdr.)	B-besøg (2-3 mdr.)	C-besøg (4-6 mdr.)	D-besøg (8-10 mdr.)
Aalborg	96,6	92,4	77,0	58,7
Aarhus	94,1	90,7	17,8	87,2
Albertslund	92,0	86,9	87,9	89,3
Allerød	86,5	79,0	83,6	89,7
Ballerup	94,3	90,4	91,0	89,4
Bornholm	92,8	90,1	95,1	94,3
Brøndby	91,0	78,5	83,1	81,8
Brønderslev	96,8	89,9	95,2	70,9
Dragør	90,3	92,5	91,8	96,3
Egedal	94,0	94,9	94,2	94,0
Fredensborg	92,5	92,2	92,5	90,4
Frederiksberg	95,2	92,3	90,4	86,5
Frederikssund	94,3	87,0	86,7	81,3
Furesø	93,6	92,4	94,8	96,0
Gentofte	89,2	85,3	87,5	78,0
Gladsaxe	89,9	88,6	90,7	85,5
Glostrup	93,1	89,1	85,5	86,2
Gribskov	96,3	86,5	94,3	87,5
Halsnæs	94,6	95,0	95,0	94,6
Helsingør	95,0	89,0	91,5	86,6
Herlev	90,2	87,3	89,3	89,3
Hillerød	95,3	89,3	89,3	88,1
Hvidovre	91,0	83,6	85,7	79,8
Høje-Taastrup	86,7	84,4	83,2	73,9
Ishøj	95,8	93,3	93,9	91,2
Kalundborg	96,3	93,2	93,9	14,0
Køge	29,5	46,1	66,7	92,2
Lyngby-Taarbæk	92,3	91,2	92,9	93,1
Roskilde	84,2	74,8	76,5	79,5
Rudersdal	92,3	90,1	94,0	90,9
Rødovre	92,3	88,5	90,0	87,5
Tårnby	84,2	82,8	85,9	82,8
Vallensbæk	93,9	91,9	94,4	85,3
Vejle	88,6	83,7	55,9	83,0
<b>Hele populationen</b>	<b>91,3</b>	<b>87,8</b>	<b>71,0</b>	<b>81,9</b>

I tabel 2a ses forekomsten af registrerede A-, B-, C- og D-besøg for de enkelte kommuner og for den samlede population. Af tabellen fremgår det, at der for 91,3 % af børnene i populationen er registreret et A-besøg, for 87,8 % et B-besøg, for 71,0 % et C-besøg og for 81,9 % et D-besøg. Grunden til, at alle besøg ikke er registreret for alle børn, skyldes mange forskellige forhold, fx familier, der er flyttet og ikke længere bor i én af databasekommunerne. For børn født i 2016 i

Aarhus Kommune har C-besøget eksempelvis ikke været et tilbud til alle børn, men i 2017 indførte kommunen en forsøgsordning med tilbud om C-besøg til førstegangsfødende. I Vejle Kommune tilbydes C-besøget kun til førstegangsfødende, mens D-besøget i Aalborg Kommune har været erstattet af en konsultation på grund af perioder med ubesatte stillinger eller langtidssygdom.





## 2.1 Graviditetsbesøg

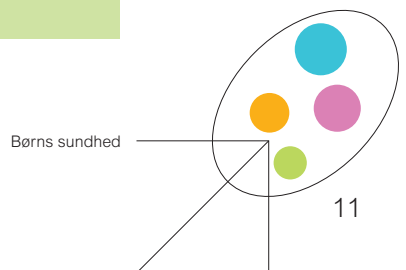
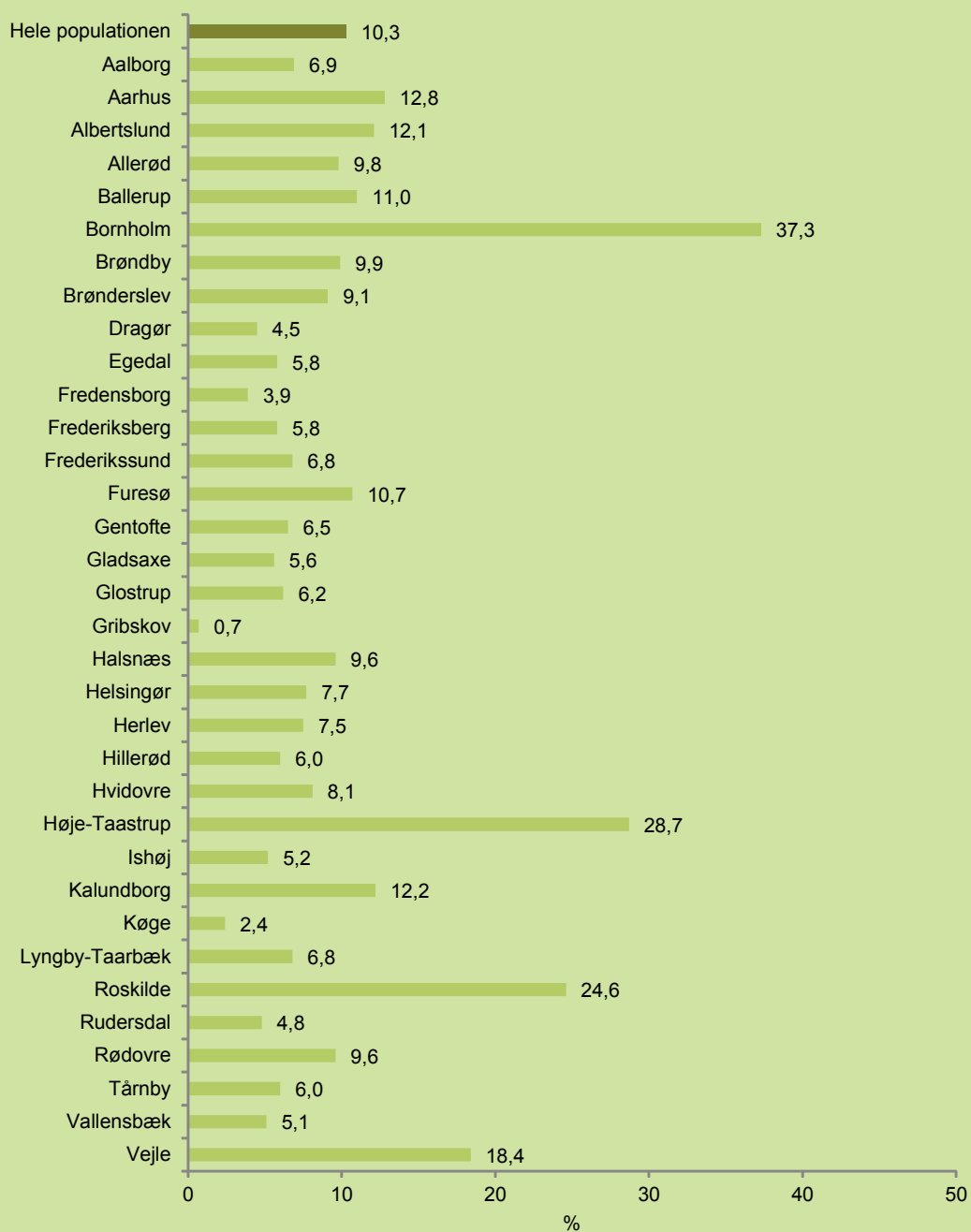
I nogle kommuner tilbydes besøg af sundhedsplejersken under graviditeten til alle som en del af det kommunale servicetilbud, i andre kommuner tilbydes graviditetsbesøg kun til førstegangsfødende eller gravide med særlige behov. Figur 1a viser andelen af børn, for hvem der er registeret graviditetsbesøg i journalen. Blandt

børn født i 2016 modtog 10,3 % ét eller flere graviditetsbesøg. Der er stor variation kommunerne imellem. Ud over servicetilbuddet i den enkelte kommune afhænger antallet af graviditetsbesøg også af samarbejdet mellem kommune og fødested (fx om der er jordemoderkonsultation i kommunen).



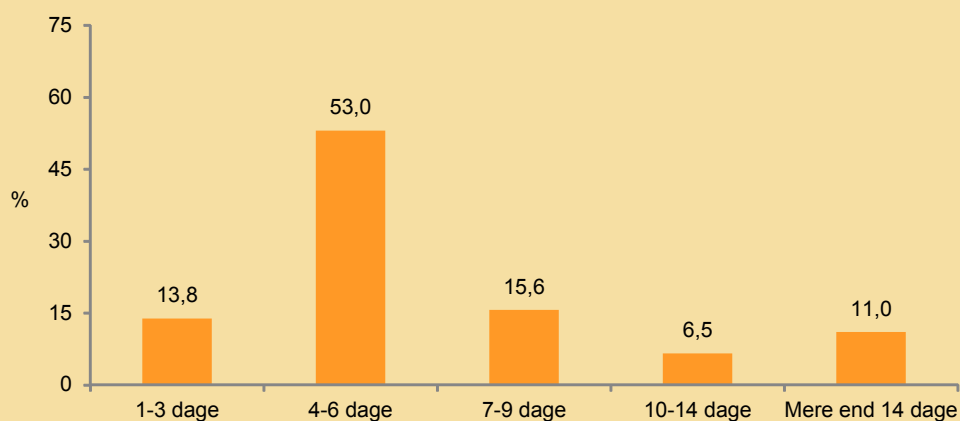


Figur 1a. Andelen af børn, hvor der er registeret graviditetsbesøg, opdelt på kommune (N=23.480)





Figur 2a. Barnets alder ved første besøg af sundhedsplejersken (N=23.467)



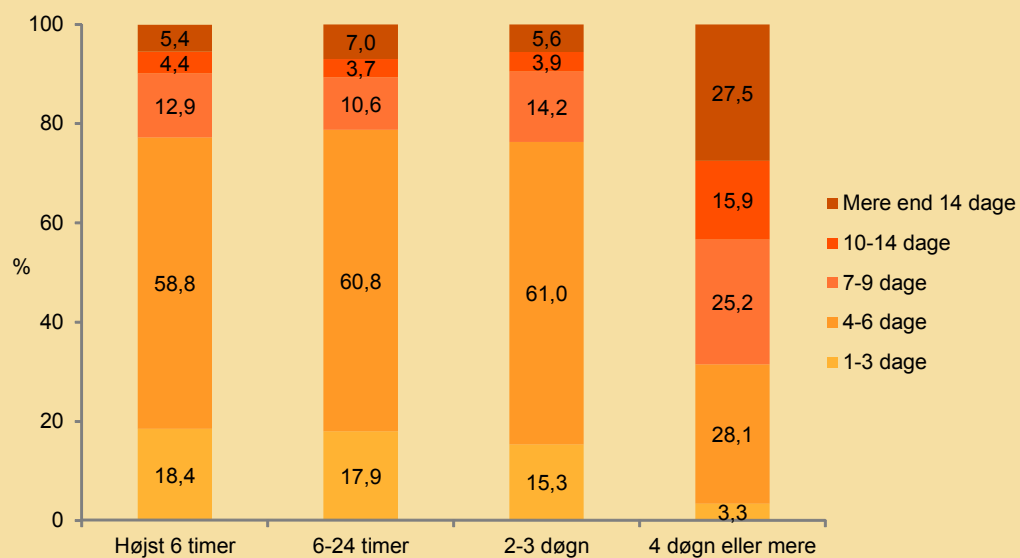
## 2.2 Første besøg af sundhedsplejersken

Såfremt familien er udskrevet inden for 72 timer efter fødslen og efter hjemmefødsler, tilbyder sundhedsplejersken at aflægge et tidligt hjemmebesøg på 4.-5. dagen efter fødslen. Hvis der derimod er særlige forhold, som kræver kortere observation eller intervention på fødestedet, for eksempel et stort vægttab hos barnet, gulsot, dårligt sutteteknik m.m., kan det tidlige hjemmebesøg erstattes af en konsultation på fødestedet hos en jordemoder eller en sygeplejerske. Hvis der ikke har været et hjemmebesøg af sundhedsplejersken på 4.-5. dagen, aflægges etableringsbesøget senest syv dage efter udskrivelsen i henhold til Sundhedsstyrelsens vejledning om forebyggende undersøgelser til børn og unge. Hvis familien derimod har fået et hjemmebesøg på 4.-5. dagen, fastsættes tidspunktet for etableringsbesøget ud fra en faglig vurdering og familiens ønsker og behov, dog senest når barnet er 14 dage gammelt (Sundhedsstyrelsen 2011, Sundhedsstyrelsen 2013).

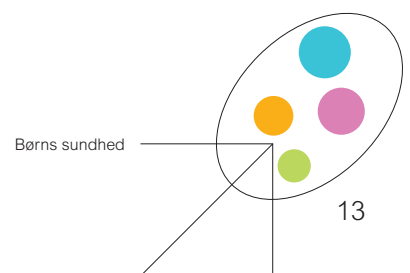
Af figur 2a ses, at 66,8 % af børnene havde det første besøg af sundhedsplejersken, inden de var en uge gamle. Denne andel var 36,4 % for børn født i 2010. Derudover viser figuren, at 11,0 % af børnene modtog deres første besøg, da de var mere end 14 dage gamle. Denne gruppe indeholder blandt andet tilflyttere samt børn, der har været indlagt længe efter fødslen.



Figur 3a. Den procentvise fordeling af børn efter alder ved første besøg af sundhedsplejen opdelt efter indlæggelseslængden (N=22.919)



Figur 3a viser fordelingen af børn efter deres alder ved første besøg af sundhedsplejen opdelt på indlæggelseslængden. Af figuren ses, at andelen af børn, der får deres første besøg af sundhedsplejersken efter 14 dage, er højest blandt børn, der har været indlagt i fire døgn eller mere.





Tabel 3a. Den procentvise fordeling efter alder ved første besøg af sundhedsplejersken opdelt på kommune (N=23.467)

	1-3 dage	4-6 dage	7-9 dage	10-14 dage	Over 14 dage
Aalborg	2,3	32,1	43,2	12,1	10,2
Aarhus	17,7	63,0	7,8	4,9	6,6
Albertslund	15,8	32,9	16,8	14,4	20,2
Allerød	5,6	74,3	7,5	3,3	9,4
Ballerup	23,9	54,6	9,2	5,1	7,2
Bornholm	11,4	52,5	19,8	6,8	9,5
Brøndby	17,8	54,5	9,7	6,4	11,7
Brønderslev	12,8	58,9	15,5	3,7	9,1
Dragør	12,7	64,9	11,9	3,0	7,5
Egedal	16,4	56,3	13,4	4,6	9,3
Fredensborg	8,6	66,4	9,4	5,2	10,4
Frederiksberg	11,9	58,3	15,1	5,3	9,4
Frederikssund	3,8	59,6	18,7	7,1	10,8
Furesø	20,6	56,4	7,1	4,3	11,6
Gentofte	18,3	55,8	9,1	6,5	10,4
Gladsaxe	9,8	50,6	18,8	6,7	14,2
Glostrup	14,6	57,1	16,4	4,4	7,6
Gribskov	10,8	57,1	15,5	5,1	11,5
Halsnæs	11,9	58,2	17,6	3,1	9,2
Helsingør	8,7	64,3	12,9	4,6	9,6
Herlev	22,5	53,2	9,5	5,2	9,5
Hillerød	9,9	65,6	11,3	4,3	9,0
Hvidovre	19,1	51,6	12,9	6,1	10,4
Høje-Taastrup	25,5	41,4	16,3	7,8	9,0
Ishøj	13,9	52,1	17,0	9,4	7,6
Kalundborg	7,4	53,5	20,5	9,2	9,4
Køge	0,4	6,9	12,4	5,8	74,5
Lyngby-Taarbæk	13,5	57,8	7,9	7,3	13,5
Roskilde	23,6	39,8	16,3	8,2	12,1
Rudersdal	22,6	53,4	8,3	3,8	11,9
Rødovre	18,2	61,0	10,2	4,0	6,7
Tårnby	19,5	50,2	12,2	7,3	10,8
Vallensbæk	17,8	49,2	19,8	3,1	10,2
Vejle	10,1	56,2	16,2	8,0	9,5
<b>Hele populationen</b>	<b>13,8</b>	<b>53,0</b>	<b>15,6</b>	<b>6,5</b>	<b>11,0</b>

Tabel 3a viser barnets alder ved første besøg opdelt på kommune. Det fremgår af tabellen, at der er stor variation i, hvornår første besøg ligger, kommunerne imellem. Som vist i figur 3a kan nogle af forskellene skyldes variationer i indlæggelseslængden. Vi har erfaret, at nogle kommuner registrerer deres tidlige hjemmebesøg forskelligt. Det betyder, at ikke alle data bliver indrapporteret til

Databasen Børns Sundhed. Selvom kommunerne er blevet opmærksomme på dette, kan efterslæbet efter denne registrering godt være årsag til de store kommunale forskelle, og den sene placering af det første besøg.

### 2.3 Indlæggelseslængde

Tabel 4a viser den procentvise fordeling af børn efter indlæggelseslængde i forbindelse med fødslen. Af tabellen ses, at over en fjerdedel af



Tabel 4a. Den procentvise fordeling af børn efter indlæggelseslængde i forbindelse med fødslen opdelt på kommune (N=22.930)

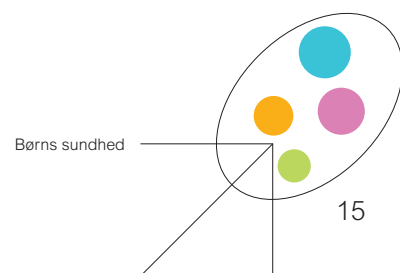
	Højest 6 timer	6-24 timer	2-3 døgn	4-6 døgn	>6 døgn
Aalborg	27,1	5,6	40,7	16,2	10,5
Aarhus	27,5	7,8	46,2	11,0	7,5
Albertslund	28,4	7,0	46,0	10,5	8,1
Allerød	32,1	11,3	44,8	7,6	4,3
Ballerup	22,2	14,2	44,1	13,2	6,4
Bornholm	12,4	16,7	41,5	17,4	12,0
Brøndby	24,9	8,0	50,3	11,1	5,6
Brønderslev	51,9	5,4	23,0	11,1	8,7
Dragør	31,5	8,7	43,3	12,6	3,9
Egedal	29,3	10,7	44,1	9,5	6,4
Fredensborg	28,0	17,1	36,5	12,3	6,1
Frederiksberg	24,1	10,0	46,4	13,3	6,2
Frederikssund	31,9	11,8	39,8	8,2	8,2
Furesø	32,7	10,1	39,9	10,1	7,2
Gentofte	25,9	13,4	43,5	11,9	5,4
Gladsaxe	22,6	12,7	44,9	11,8	8,1
Glostrup	21,0	10,7	52,4	11,4	4,4
Gribskov	27,9	13,1	37,9	13,8	7,2
Halsnæs	26,2	13,9	48,0	7,5	4,4
Helsingør	22,6	11,3	49,6	11,3	5,3
Herlev	22,8	14,2	43,2	12,1	7,7
Hillerød	27,5	13,5	43,5	10,0	5,5
Hvidovre	26,0	8,9	46,0	13,9	5,2
Høje-Taastrup	25,7	10,0	43,9	13,9	6,6
Ishøj	19,0	11,4	50,3	12,0	7,4
Kalundborg	24,4	19,2	34,5	15,3	6,6
Køge	21,4	16,7	40,9	12,7	8,3
Lyngby-Taarbæk	24,6	11,2	44,7	11,6	8,0
Roskilde	23,3	16,4	39,4	10,8	10,0
Rudersdal	32,3	8,9	42,2	9,5	7,2
Rødovre	23,4	12,1	44,3	13,8	6,4
Tårnby	28,1	11,2	44,2	9,7	6,8
Vallensbæk	21,4	9,4	53,1	12,0	4,2
Vejle	24,6	11,0	33,4	20,2	10,8
<b>Hele populationen</b>	<b>26,3</b>	<b>10,4</b>	<b>43,2</b>	<b>12,6</b>	<b>7,6</b>

børnene bliver udskrevet inden for seks timer efter fødslen (26,3 %). Derudover viser figuren, at den højeste andel af børnene bliver udskrevet to til tre døgn efter fødslen (43,2 %).

## 2.4 Gestationsalder

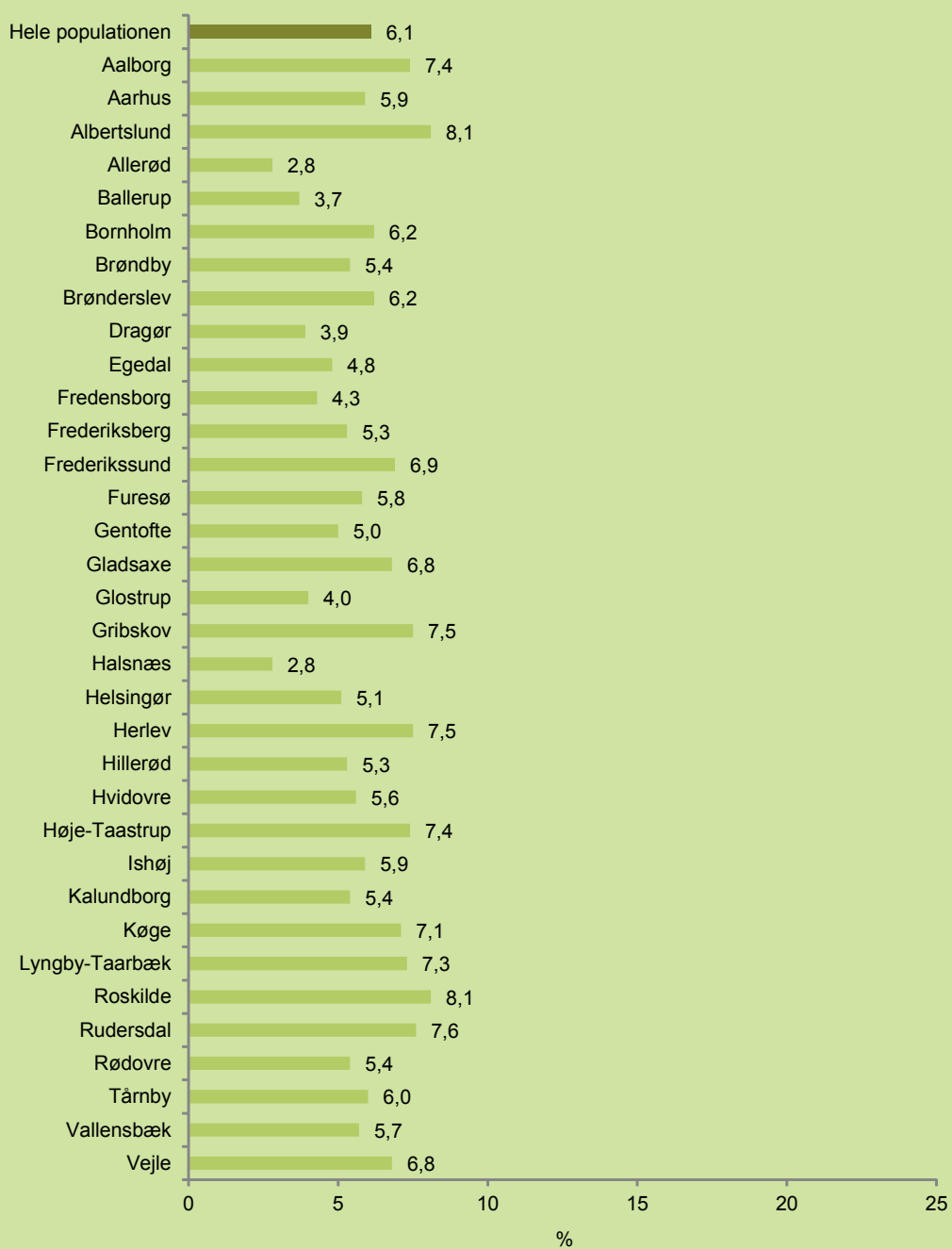
Langt hovedparten af børnene (93,9 %) er født til tiden, her defineret som 37.- 44. graviditetsuge. Gestationsalderen for de resterende børn fordeler sig således, at 4,9 % er født i uge 33-36 (tidligt født), mens 1,2 % er født i uge 20-32

(ekstremt tidligt eller meget tidligt født). Figur 4a viser andelen af tidligt fødte børn (før uge 37) i hele populationen og for den enkelte kommune. I hele populationen er 6,1 % af børnene født før uge 37. Andelen af tidligt fødte børn varierer fra 2,8 % til 8,1 %.





Figur 4a. Andelen af tidligt fødte børn (før uge 37) efter kommune (N=22.847)



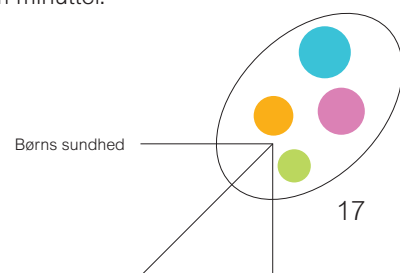




## 2.5 Apgarscore

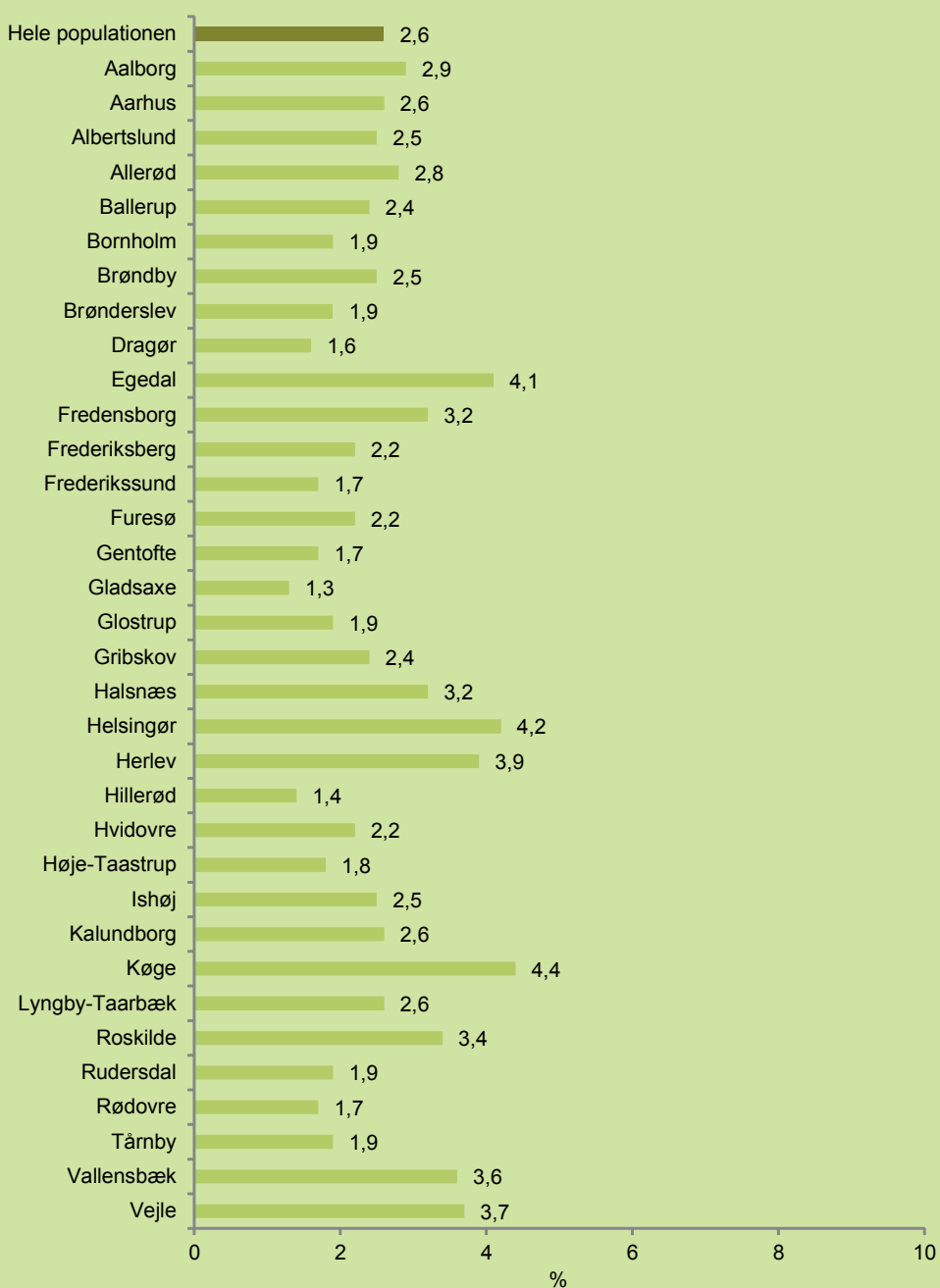
En apgarscore er et mål for barnets tilstand lige efter fødslen. Barnets tilstand vurderes ét, fem og ti minutter efter fødslen af en jordemoder eller børnelæge, som tildeler barnet fra nul til to point på fem områder (vejrtrækning, hudfarve, hjertereslag, reflekser og muskelspændinger). Barnet kan således score fra nul til ti point. En

lav apgarscore er her defineret som mindre end ni point fem minutter efter fødslen. Figur 5a viser andelen af børn med en apgarscore på under ni point fem minutter efter fødslen blandt hele populationen og opdelt på kommune. I den samlede population har 2,6 % af børnene en apgarscore på under ni point efter fem minutter.



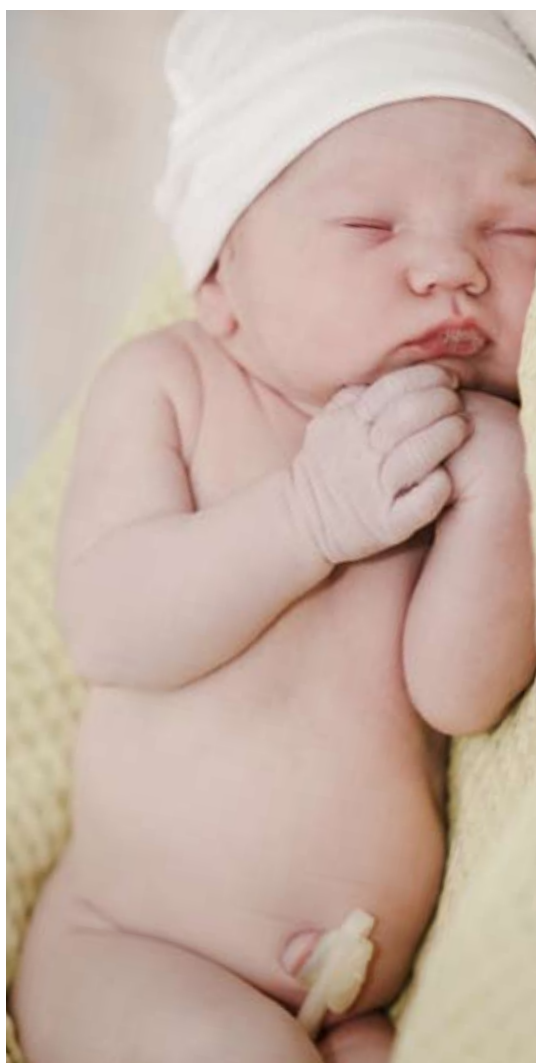
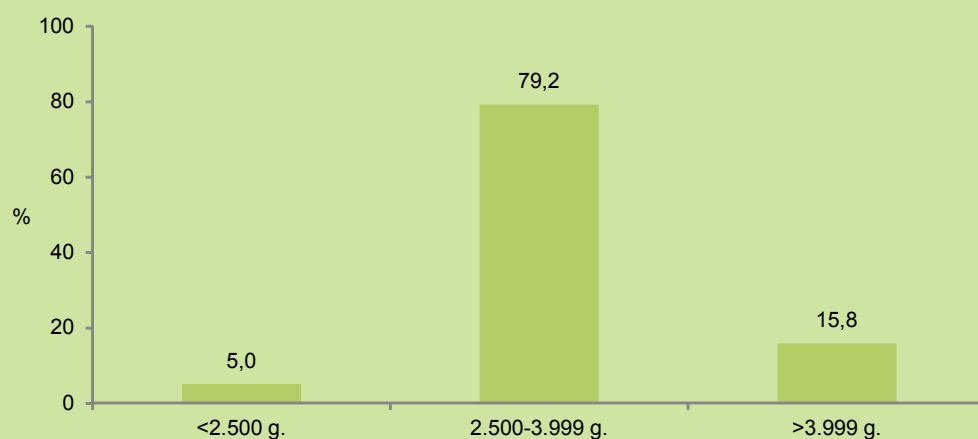


Figur 5a. Andelen af børn med en apgarscore på under ni point fem minutter efter fødslen efter kommune (N=22.650)



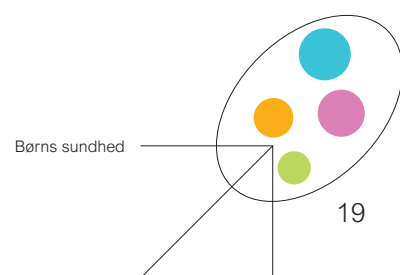


Figur 6a. Den procentvise fordeling af børn efter fødselsvægt (N=22.792)



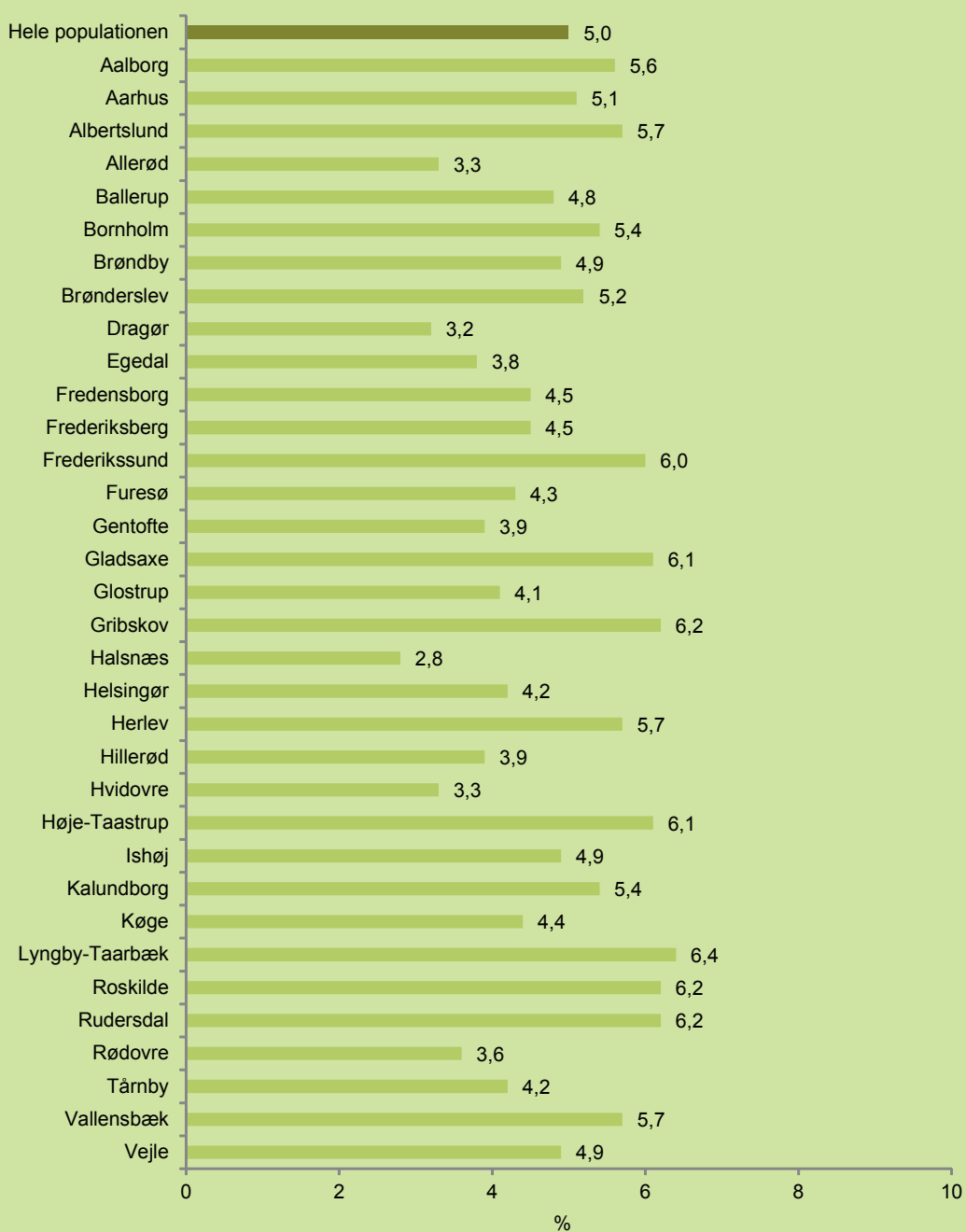
## 2.6 Fødselsvægt

Oplysningerne om fødselsvægt er hentet via Det Medicinske Fødselsregister. Af figur 6a fremgår det, at 5,0 % af børnene i hele populationen er født med en fødselsvægt på mindre end 2.500 gram, at 79,2 % er født med en fødselsvægt på mellem 2.500 gram og 3.999 gram, og at 15,8 % er født med en fødselsvægt på 4.000 gram eller mere. Figur 7a viser andelen af børn med en fødselsvægt på under 2.500 gram opdelt på kommune og for den samlede population. Af figuren fremgår det, at andelen af børn med en lav fødselsvægt varierer meget kommunerne imellem – fra 2,8 % til 6,4 %.





Figur 7a. Andelen af børn med en fødselsvægt på under 2.500 gram i hele populationen og opdelt på kommune (N=22.792)

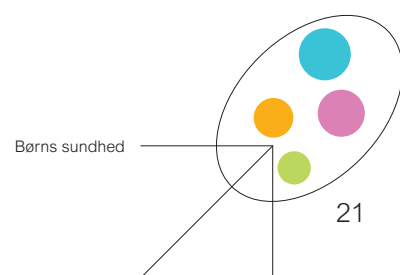




## 2.7 Medfødte misdannelser

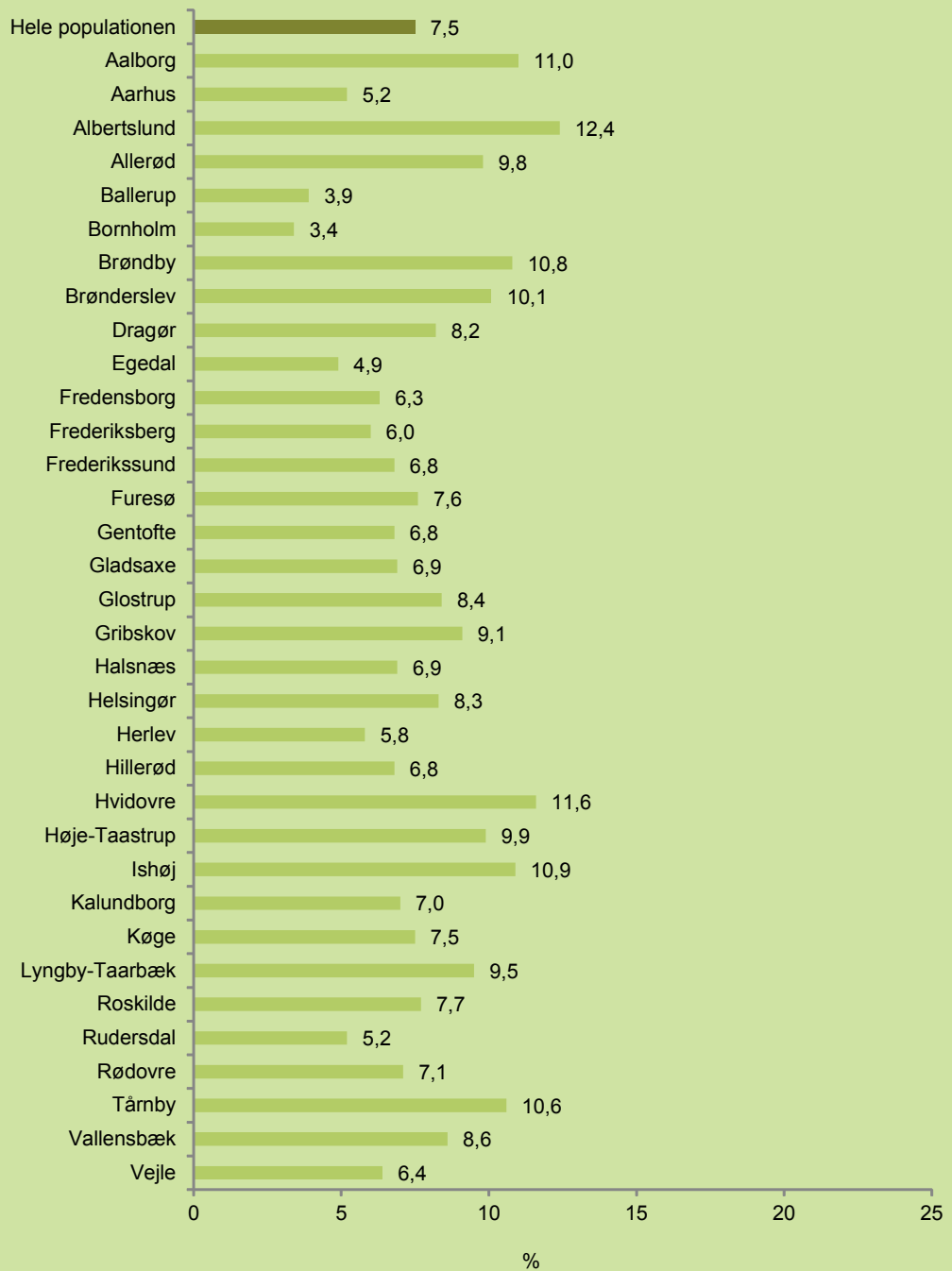
Misdannelser ved fødslen er indhentet via Det Medicinske Fødselsregister og indbefatter alle Q-diagnoserne fra WHO's sygdomsklassifikation (ICD-10). Ifølge registeret havde 7,5 % af børnene i hele populationen én eller flere misdannelser ved fødslen. De tre hyppigste medfødte misdannelser i 2016 er kort tungebånd (Q381),

asymmetrisk hovedform (Q673) og medfødte misdannelser i hoften (Q658). Figur 8a viser andelen af børn med en medfødt misdannelse opdelt på kommune og for den samlede population. Af figuren fremgår det, at andelen af børn med en medfødt misdannelse varierer kommunerne imellem – fra 3,4 % til 12,4 %.





Figur 8a. Andelen af børn med en medfødt misdannelse efter kommune (N=23.480)

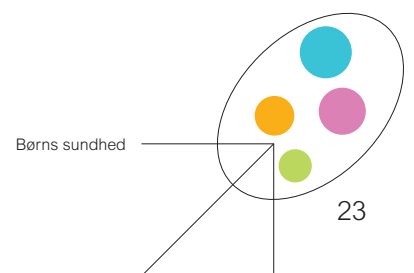




## 2.8 Udsættelse for tobaksrøg i hjemmet

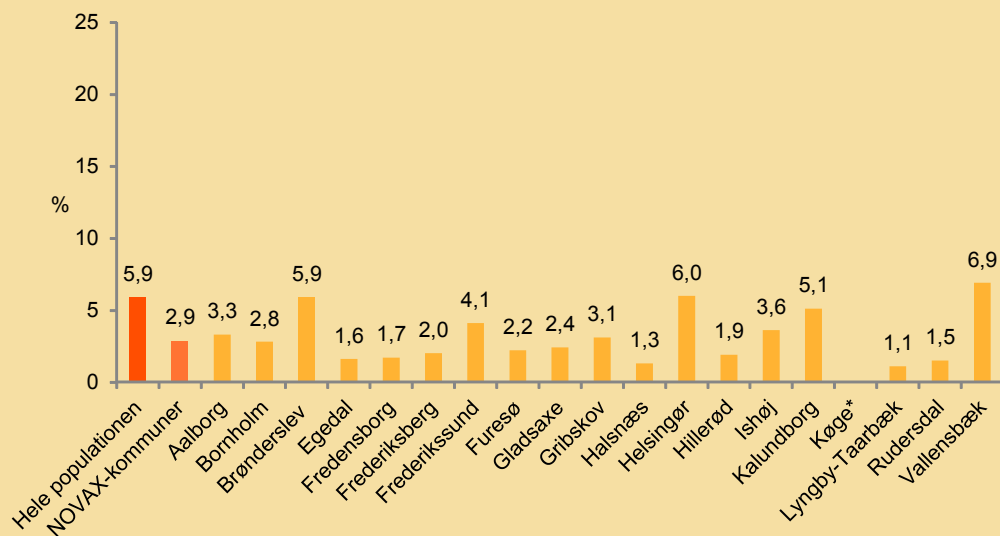
Børn er særligt sårbare over for tobaksrøg, fordi deres lunger ikke er færdigudviklet, og fordi de har en højere respirationsrate. Det betyder, at børn optager flere gange en dosis af røgens stoffer end voksne, der befinder sig i de samme tobaksforurenede omgivelser. Derudover tilbringer børn det meste af deres første leveår inden døre og undersøger ting ved at putte dem i munden. Dermed indånder/indtager de røgens stoffer, der sidder på gulve, møbler og legetøj. Børn er endvidere i tæt fysisk kontakt med rygende voksnes tøj, hår og hænder. Børn, der er udsat for tobaksrøg, bliver oftere syge og rammes hårdere af en lang række sygdomme end andre børn (U.S. Department of Health and Human Services 2010, Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen 2013).

Sundhedsplejersken registrerer i journalen, hvorvidt barnet er udsat for tobaksrøg i hjemmet. Ved udsættelse for tobaksrøg i hjemmet menes, at mindst én person, som barnet bor sammen med, ryger inde i boligen mindst én gang ugentligt, også selvom barnet ikke er til stede i rummet (jf. Sundhedsstyrelsens vejledning). Figur 9a og 10a viser forekomsten af børn, der er udsat for tobaksrøg i hjemmet, i henholdsvis NOVAX- og TM Sund-kommunerne. Kommunerne med stjerne indgår ikke, da antallet af børn med oplysninger om tobaksrøg i hjemmet er meget lille. I hele populationen er 5,9 % af børnene udsat for tobaksrøg i hjemmet. I NOVAX-populationen er det 2,9 % og i TM Sund-populationen er det 8,7 %. Den store variation kommunerne og journalsystemerne imellem er også set i de tidligere rapporter (figur 11a og 12a) på trods af, at vejledningerne til journalerne definerer udsættelsen for tobaksrøg ens.

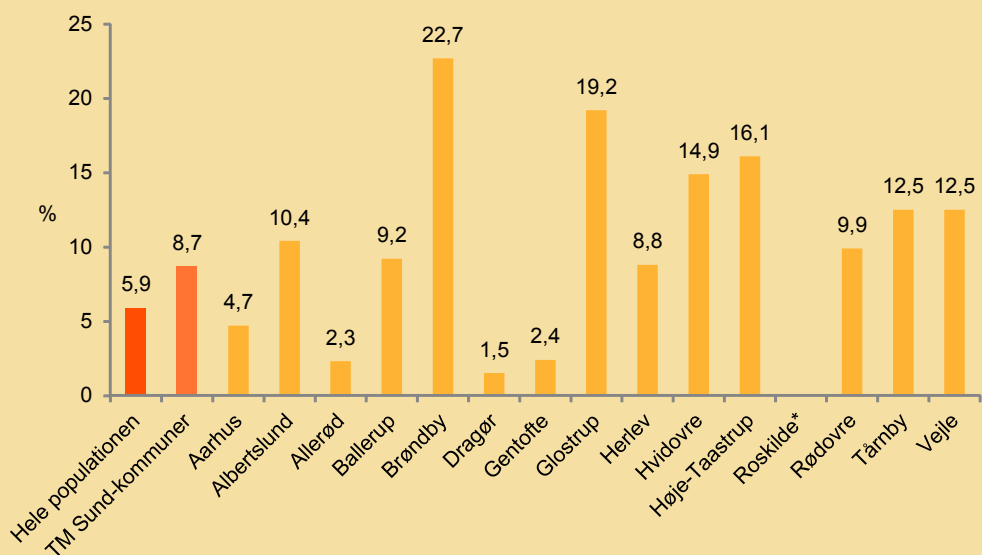




Figur 9a. Andelen af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet, i NOVAX-kommunerne (N=8.966)



Figur 10a. Andelen af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet, i TM Sund-kommuner (N=9.352)



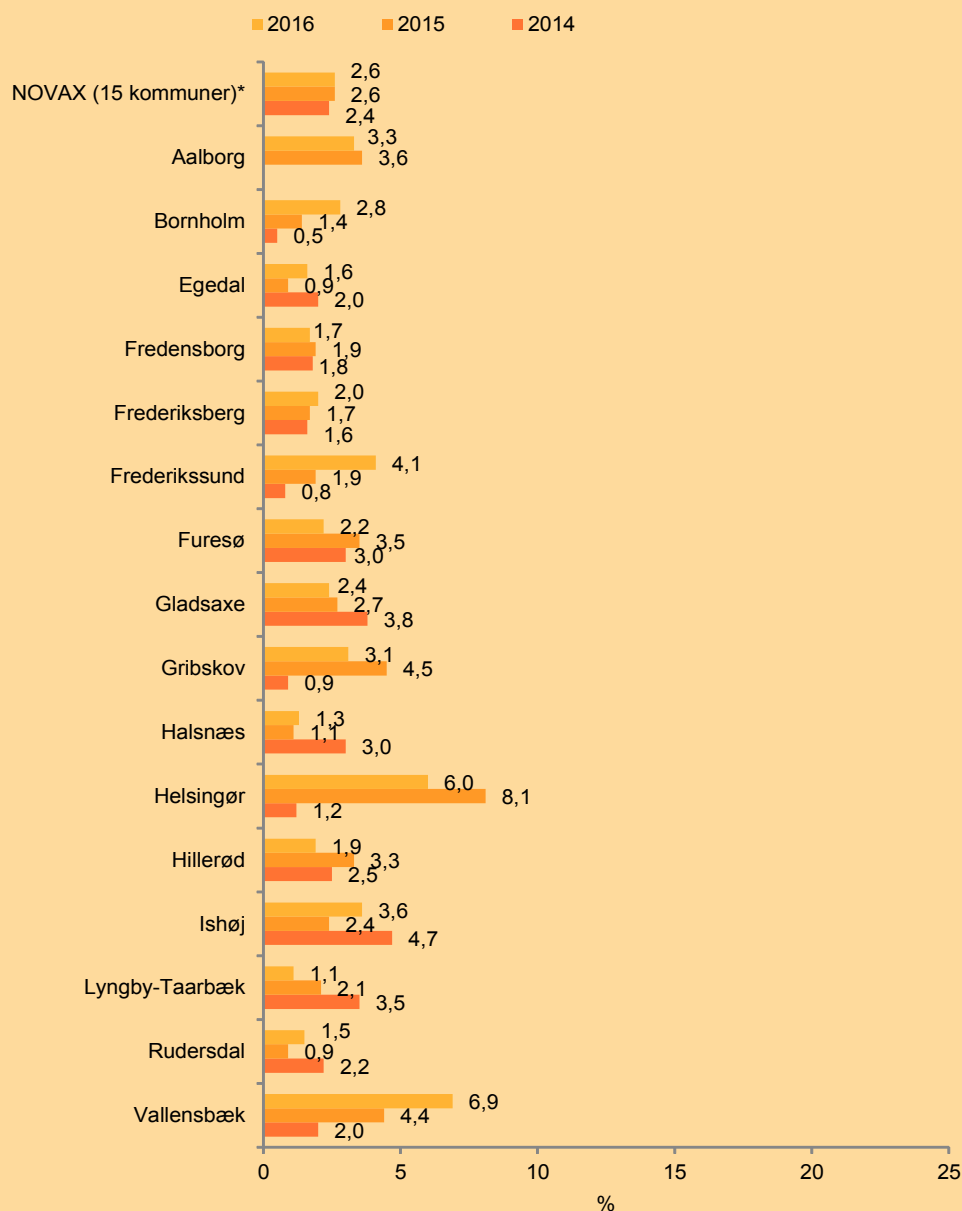
Figur 11a viser udviklingen fra 2014 til 2016 i andelen af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet, samlet i de 15 NOVAX-kommuner, der har oplysninger fra de sidste tre år, og for hver

NOVAX-kommune, hvor der er oplysninger om tobaksrøg i hjemmet fra mindst to år. Af figuren ses, at andelen, der udsættes for tobaksrøg, er steget fra 2,4 % i 2014 til 2,6 % i 2015 og i 2016.

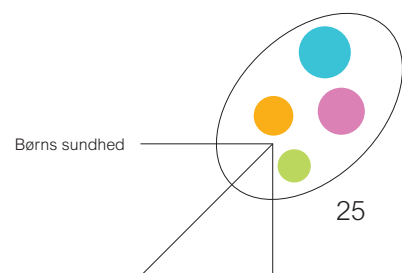




Figur 11a. Udviklingen i andelen af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet, i NOVAX-kommunerne



\*NOVAX (15 kommuner) indbefatter de 15 NOVAX-kommuner, der har oplysninger fra de sidste tre år. Det vil sige Bornholm, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gladsaxe, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Hillerød, Ishøj, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal og Vallensbæk.



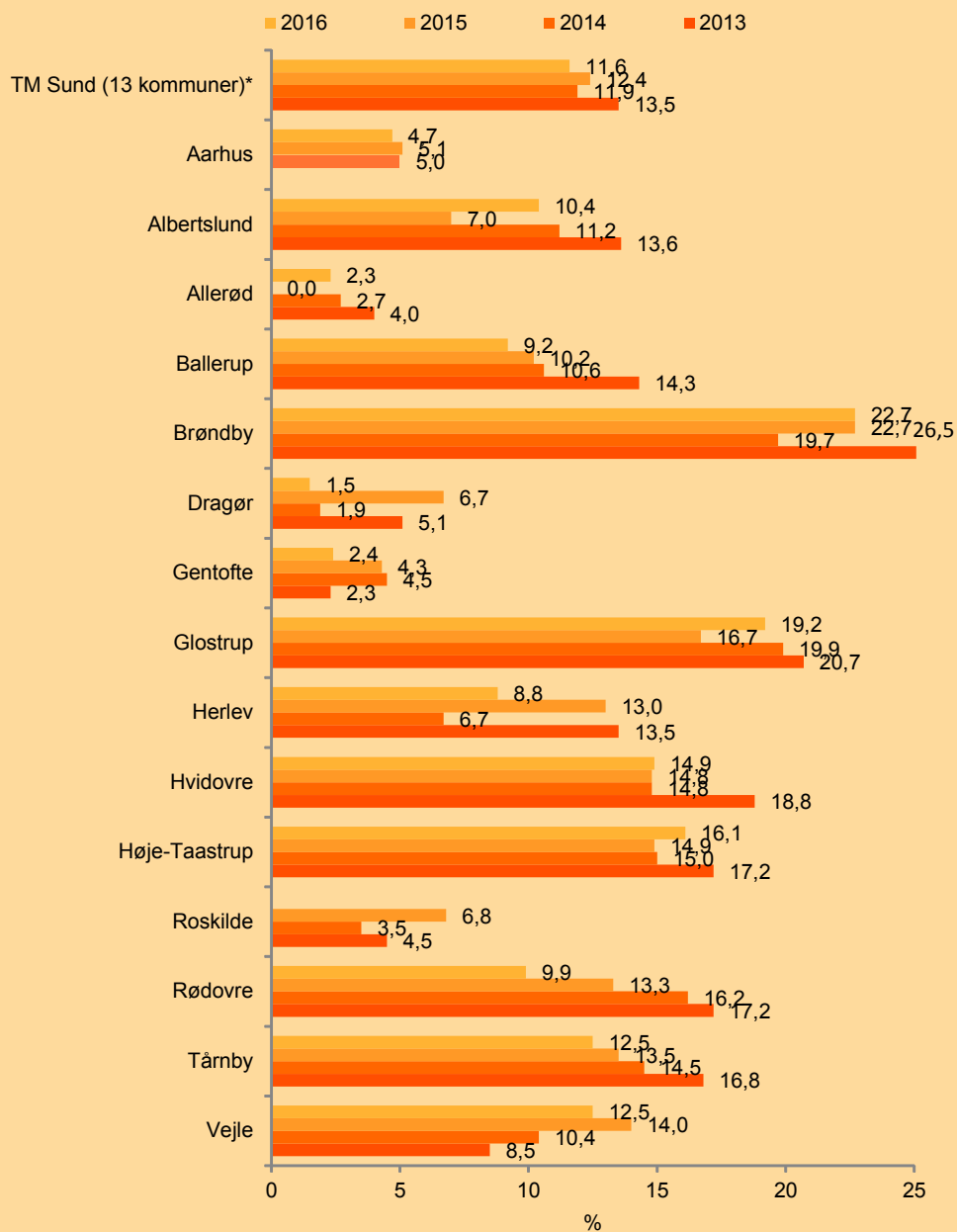


Figur 12a viser udviklingen i forekomsten af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet, i de 13 TM Sund-kommuner, der har oplysninger om tobaksrøg i hjemmet fra de sidste fire år, og i de TM Sund-kommuner, hvor der er oplysninger om tobaksrøg i hjemmet fra mindst to år. Af figuren ses, at andelen af børn, der udsættes for

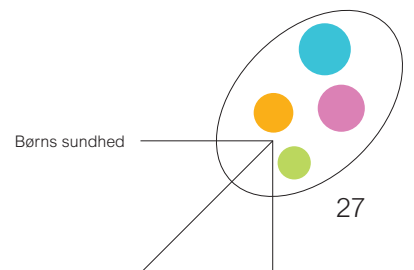
tobaksrøg i hjemmet, har svinget mellem 13,5 % i 2013 til 11,6 % i 2016. Det kan dog være lidt problematisk at sammenligne tallene fra 2013 med de senere år, da sundhedsplejersken tidligere ikke skulle notere tobaksrøg i hjemmet, men hvorvidt barnet boede sammen med mindst én ryger.



Figur 12a. Udviklingen i andelen af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet, i TM Sund-kommunerne

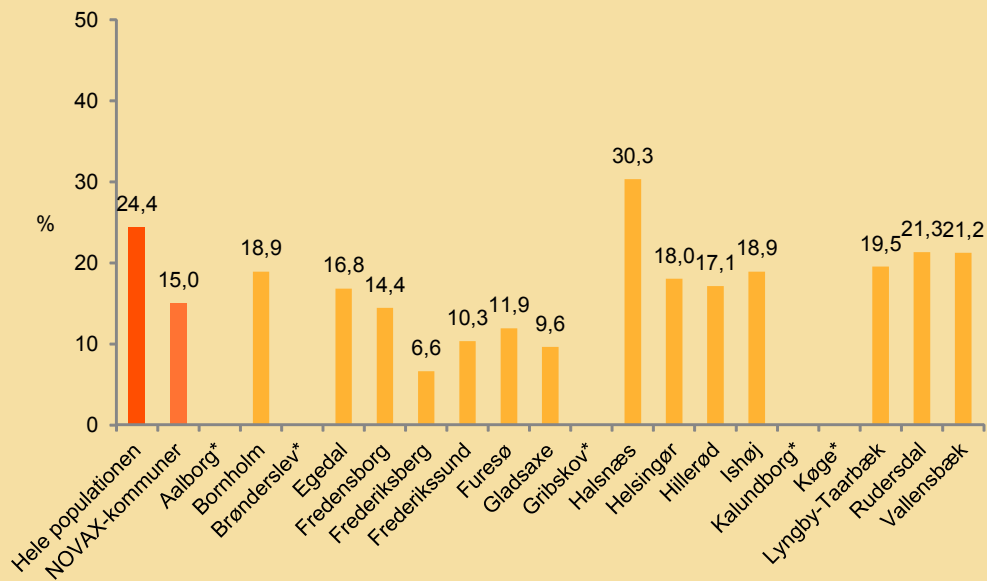


\*TM Sund (13 kommuner) indbefatter de 13 TM Sund-kommuner, der har oplysninger fra de sidste fire år. Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Rødovre, Tårnby og Vejle.





Figur 13a. Andelen af børn, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg, i NOVAX-kommunerne (N=5.970)



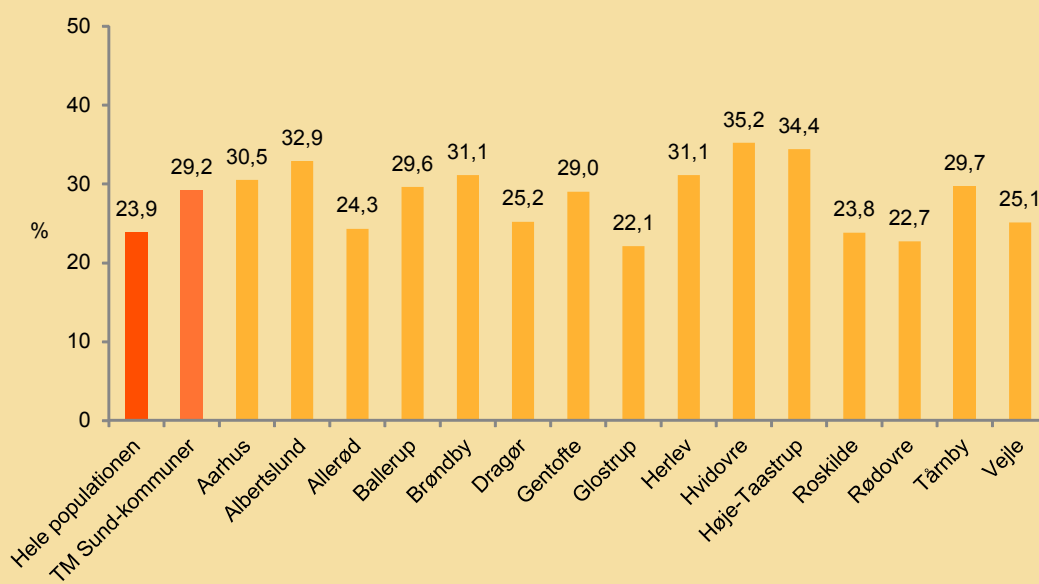
## 2.9 Mors psykiske tilstand

Sundhedsplejersken vurderer mors psykiske tilstand ved fire besøg i løbet af barnets første leveår. Figur 13a viser andelen af børn, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg i barnets første leveår, i NOVAX-kommunerne. Af figuren fremgår det, at 15,0 % af børnene i NOVAX-kommunerne har bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg. Andelen varierer mellem 6,6 % til 30,3 % kommunerne imellem. I den samlede population med både TM Sund-kommunerne og NOVAX-kommunerne er andelen 24,4 %. Kommunerne med stjerne indgår ikke, da antallet af børn med oplysninger om mors psykiske tilstand er meget lille.





Figur 14a. Andelen af børn, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg, i TM Sund-kommunerne (N=11.874)

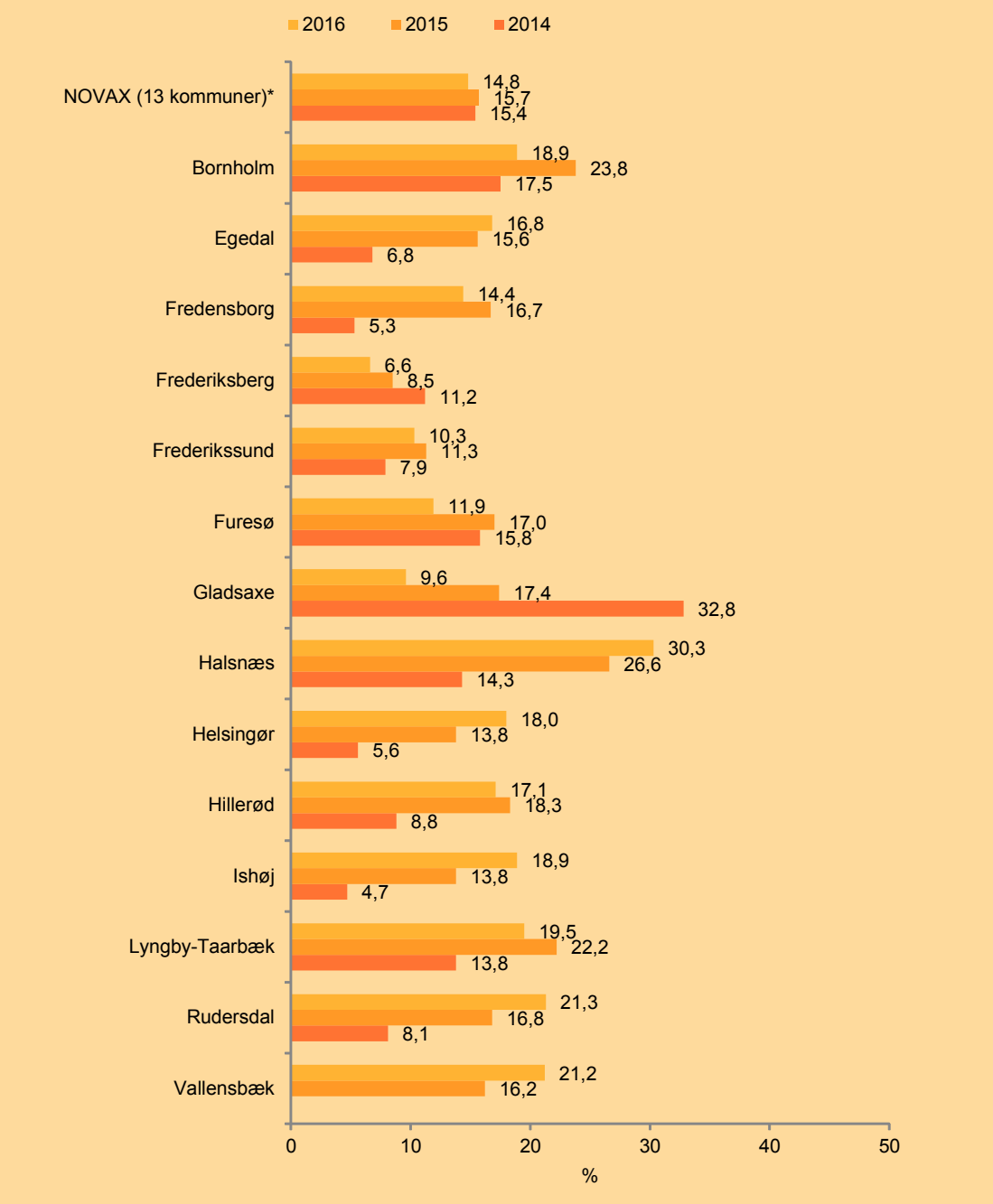


Figur 14a viser andelen af børn, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg i barnets første leveår, i TM Sund-kommunerne. Af figuren ses, at der i næsten en tredjedel af TM Sund-journalerne (29,2 %) er rapporteret bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg i barnets første leveår. Forekomsten varierer mellem 22,1 % og 35,2 % kommunerne imellem.

Figur 15a viser udviklingen fra 2014 til 2016 i andelen af børn med bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg i de 13 NOVAX-kommuner, der har oplysninger fra alle tre år, samlet og for hver NOVAX-kommune, hvor der er oplysninger om mors psykiske tilstand fra mindst to år. Af figuren ses, at andelen med bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg i NOVAX-kommunerne er faldet fra 15,7 % i 2015 til 14,8 % i 2016.



Figur 15a. Udviklingen i andelen af børn med bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg, i NOVAX-kommunerne

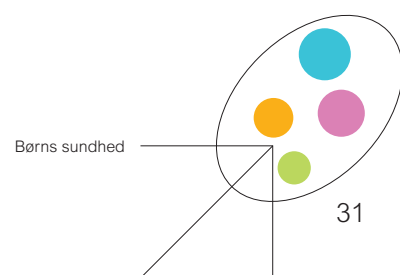


\*NOVAX (13 kommuner) indbefatter de 13 NOVAX-kommuner, der har oplysninger fra de sidste tre år. Det vil sige Bornholm, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gladsaxe, Halsnæs, Helsingør, Hillerød, Ishøj, Lyngby-Taarbæk og Rudersdal.



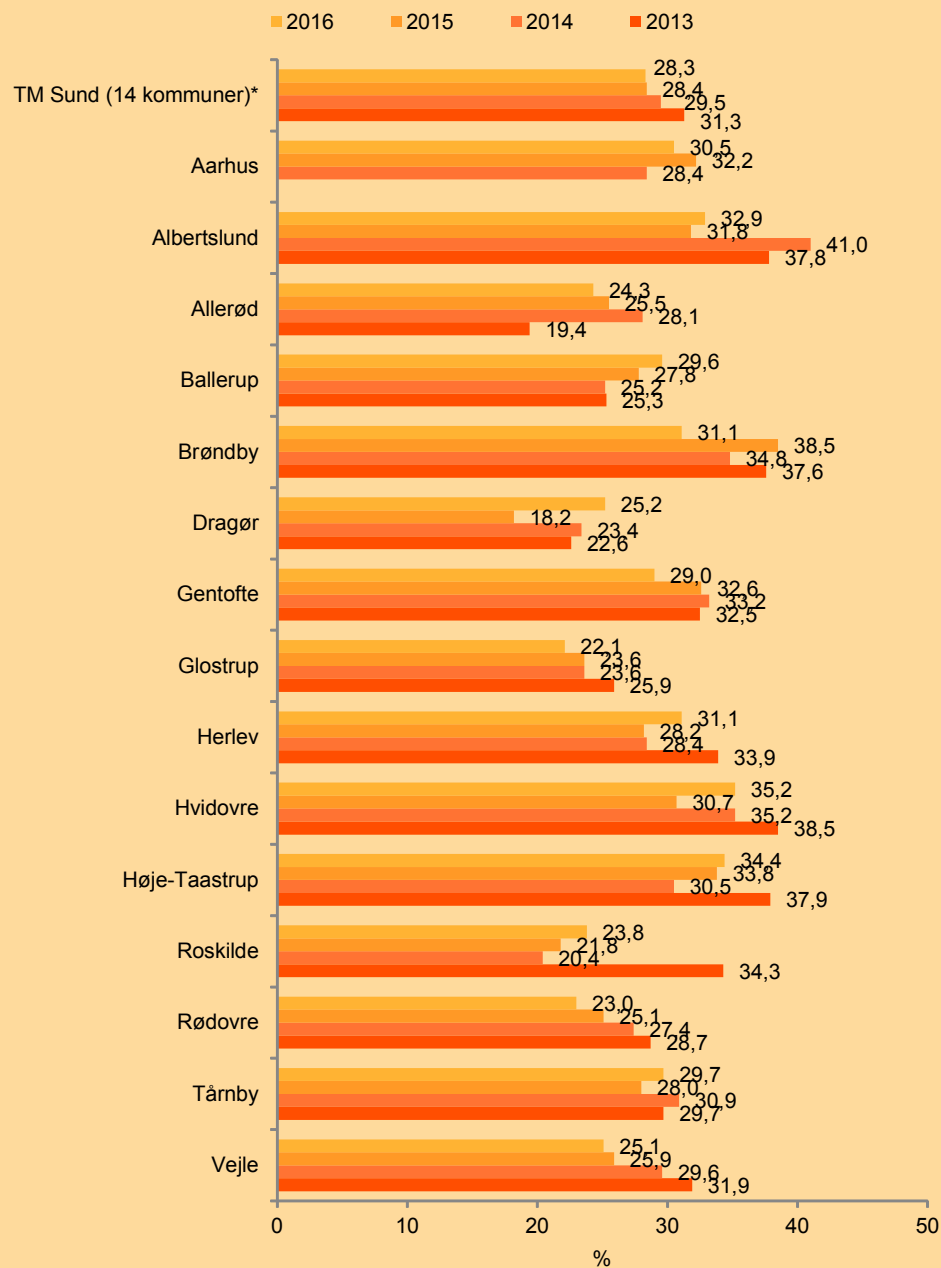
Figur 16a viser udviklingen i forekomsten af børn med bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg i de 14 TM Sund-kommuner, der har oplysninger om mors psykiske tilstand alle fire år, og i de TM Sund-kommuner, hvor der er oplysninger om mors psykiske tilstand fra mindst

tre år. Af figuren ses, at andelen af børn med bemærkning til mors psykiske tilstand har svinget mellem 31,3 % til 28,3 % i de seneste fire år med en lille faldende tendens.





Figur 16a. Udviklingen i andelen af børn med bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg, i TM Sund-kommunerne

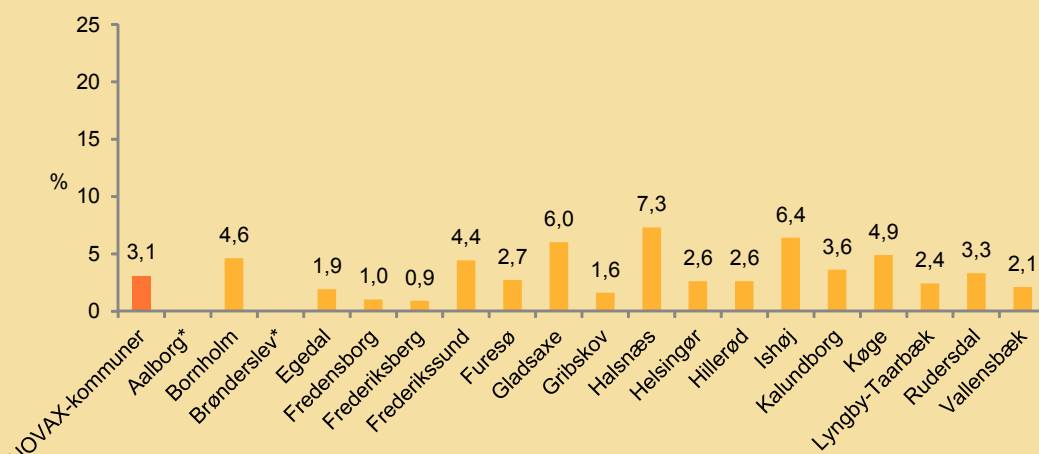


\*TM Sund (14 kommuner) indbefatter de 14 TM Sund-kommuner, der har oplysninger fra de sidste fire år. Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Roskilde, Rødovre, Tårnby og Vejle.





Figur 17a. Andelen af børn med bemærkning til samvær/kontakt/leg i første leveår, i NOVAX-kommunerne (N=8.058)



## 2.10 Forældre-barn relationen

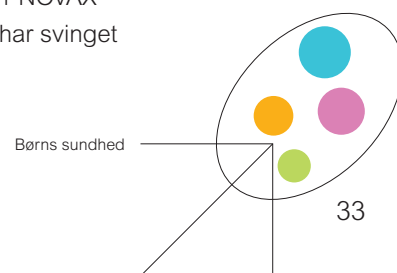
Både TM Sund- og NOVAX-journalen fokuserer på kontakten mellem barnet og forældrene. Dog ses der en forskel i, hvad de to journalsystemer lægger vægt på i afrapporteringen (Databasen Børns Sundhed 2018b tabel 3). I NOVAX-journalen benævnes forældre-barn relationen samvær/kontakt/leg og fokuserer på barnets evne til at signalere følelsesmæssige behov samt barnets kontakt og tilknytning til primære omsorgspersoner, såsom forældrene. I TM Sund-journalen benævnes forældre-barn relationen som forældre-barn kontakt og samspil, og fokuserer på forældrenes kontakt og samspil med barnet i forhold til, om de forstår barnets behov.

### **Samvær, kontakt og leg i kommuner, der benytter NOVAX-journalen**

Figur 17a viser andelen af børn, hvor der er bemærkning til samvær/kontakt/leg ved mindst ét besøg i barnets første leveår, i NOVAX-kommunerne. Af figuren fremgår det, at 3,1 % af børnene i NOVAX-kommunerne har bemærkning til samvær/kontakt/leg ved mindst ét besøg. Andelen varierer mellem 0,9 % og 7,3 % kommunerne imellem. Kommunerne med stjerne

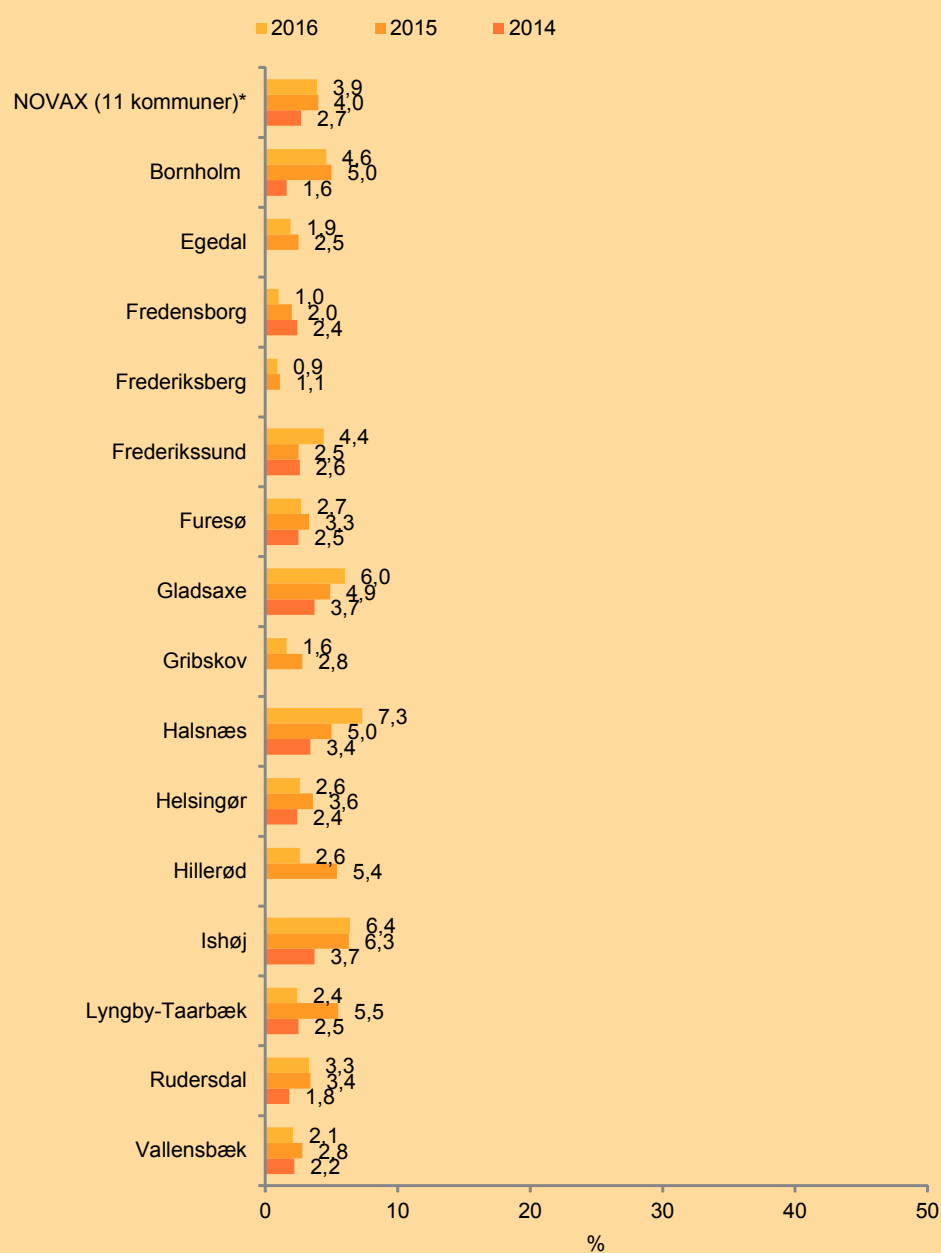
indgår ikke, da antallet af børn med oplysninger om samvær/kontakt/leg er meget lille. Andelen i figur 17a kan være forskellige fra andelen, der vises i temarapporten omhandlende forældre-barn relationen. Det skyldes, at der indgår færre børn i temarapporten, da temarapporten kun inddrager børn, hvor der er noteret oplysninger om forældre-barn relationen, samt fjerner børn, der er flyttet mellem to kommuner, og som følge deraf indgår i begge journalsystemer. Derudover indgår alle NOVAX-kommunerne i temarapporten, hvor kommuner med høj missing er taget ud af analysen af den samlede populationen i sundhedsprofilen.

Figur 18a viser udviklingen i fra 2014 til 2016 i andelen af børn med bemærkning til samvær/kontakt/leg ved mindst ét besøg i de 11 NOVAX-kommuner, der har oplysninger fra alle tre år, samlet og for hver NOVAX-kommune, hvor der er oplysninger om samvær/kontakt fra mindst to år. Figuren viser, at forekomsten i de 11 NOVAX-kommuner, der har indgået alle tre år, har svinget mellem 2,7 % i 2014 og 4,0 % i 2015.





Figur 18a. Udviklingen i andelen af børn med bemærkning til samvær/kontakt, i første leveår i NOVAX-kommunerne



\*NOVAX (11 kommuner) indbefatter de 11 NOVAX-kommuner, der har oplysninger fra de sidste tre år. Det vil sige Bornholm, Fredensborg, Frederikssund, Furesø, Gladsaxe, Halsnæs, Helsingør, Ishøj, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal og Vallensbæk.



Figur 19a. Andelen af børn med bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil i første leveår, i TM Sund-kommunerne (N=12.109)



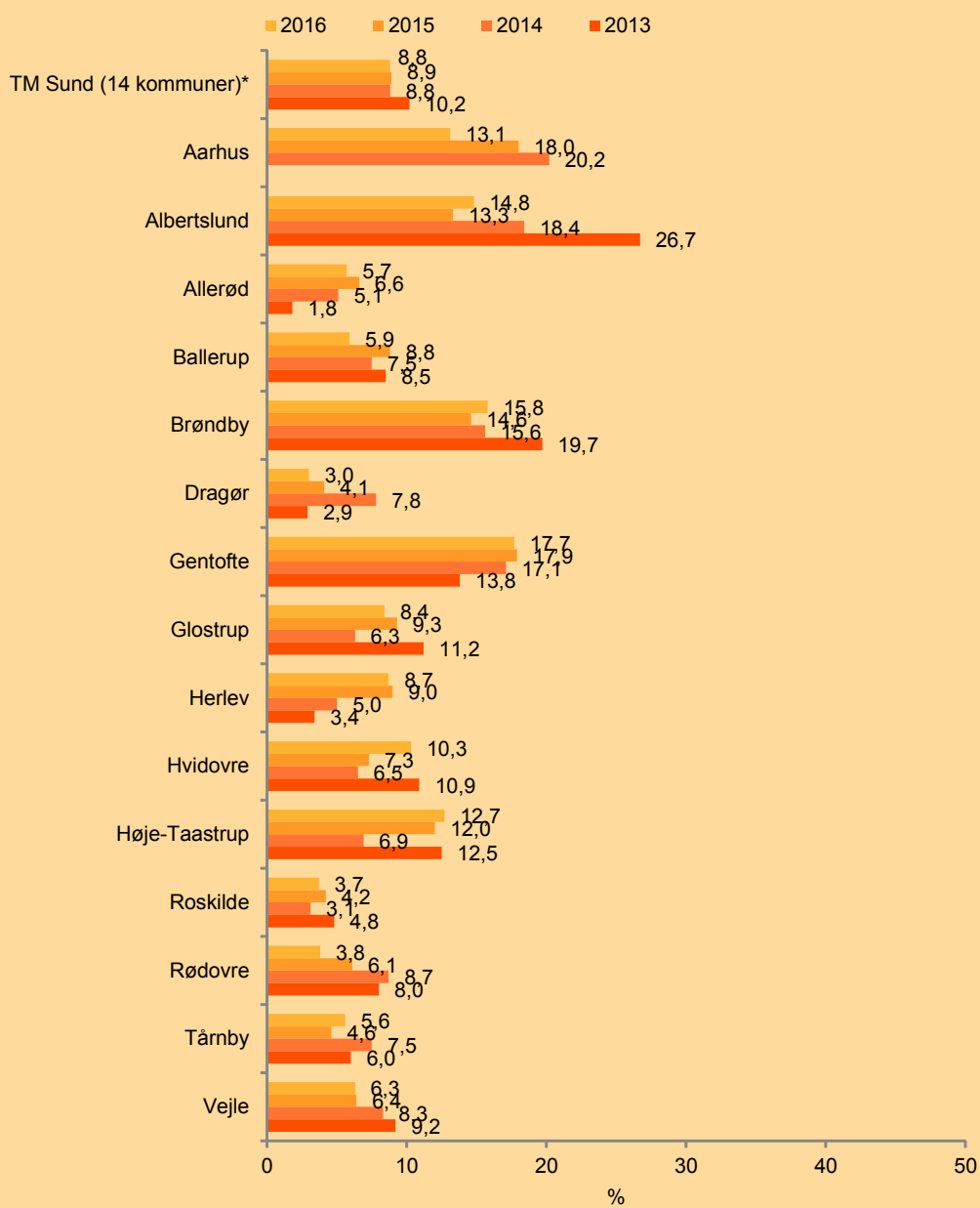
#### **Forældre-barn kontakt og samspil i kommuner, der benytter TM Sund-journalen**

Figur 19a viser andelen af børn, hvor der er bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil ved mindst ét besøg i barnets første leveår, i TM Sund-kommunerne. Af figuren ses, at der i 10,5 % af journalerne er rapporteret bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil ved mindst ét besøg. Forekomsten varierer mellem 3,0 % og 17,7 % kommunerne imellem.

Figur 20a viser udviklingen fra 2013 til 2016 i andelen af børn med bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil i TM Sund-populationen. Figuren viser, at forekomsten i de 14 TM Sund-kommuner, der har været med i Databasen Børns Sundhed alle fire år, har svinget mellem 10,2 % og 8,8 % de seneste fire år.



Figur 20a. Udviklingen i andelen af børn med bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil i første leveår, i TM Sund-kommunerne



\*TM Sund (14 kommuner) indbefatter de 14 TM Sund-kommuner, der har oplysninger fra de sidste fire år. Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Roskilde, Rødovre, Tårnby og Vejle.



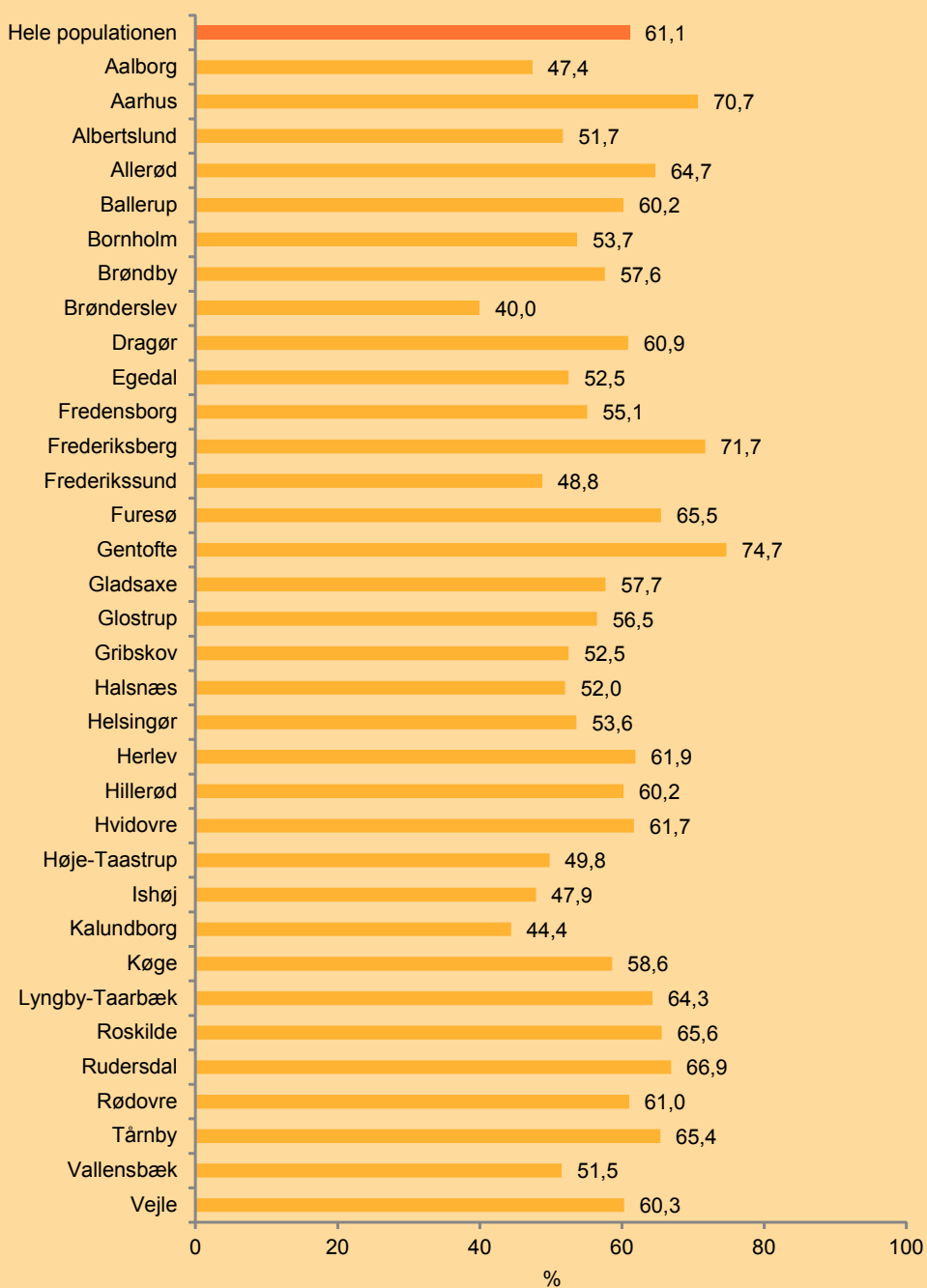
## 2.11 Fuld amning i mindst fire måneder

Fuld amning er i TM Sund-journalen registreret ved, at sundhedsplejersken noterer fuld amning efter Sundhedsstyrelsens anbefalinger i måneder og uger. I NOVAX-journalen registrerer sundhedsplejersken en start- og slutdato for fuld amning, og analyserne vedrørende amning inkluderer derfor kun børn, der har en slutdato for fuld amning. Det betyder, at børn, hvor der ikke er noteret en slutdato, eventuelt fordi de ikke har haft et besøg efter endt amning, ikke inkluderes i analyserne, hvilket kan medføre en undervurdering i andelen af børn, der ammes fuldt i mindst fire måneder.

Figur 21a viser forekomsten af børn, der er ammet i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefaling om fuld amning i mindst fire måneder (Sundhedsstyrelsen 2018). Blandt børnene i sundhedsprofilen blev 61,1 % ammet fuldt i mindst fire måneder, hvilket vil sige, at 38,9 % af børnene ikke blev ammet fuldt i fire måneder. Figur 22a og 23a viser udviklingen fra 2014 til 2016 i andelen af børn, der bliver ammet fuldt i mindst fire måneder for de kommuner, der har oplysninger fra alle tre år, samlet og for hver kommune, hvor der er oplysninger om amning fra mindst to år. På grund af vanskeligheder med data vedrørende amning for børn født i 2015 er andelen af børn, der er ammet fuldt i mindst fire måneder, revideret og derfor ikke sammenlignelig med årsrapporten for børn født i 2015. Figureerne viser, at andelen af børn, der bliver ammet i mindst fire måneder, har svinget mellem 57,3 % i 2015 til 61,0 % i 2016.

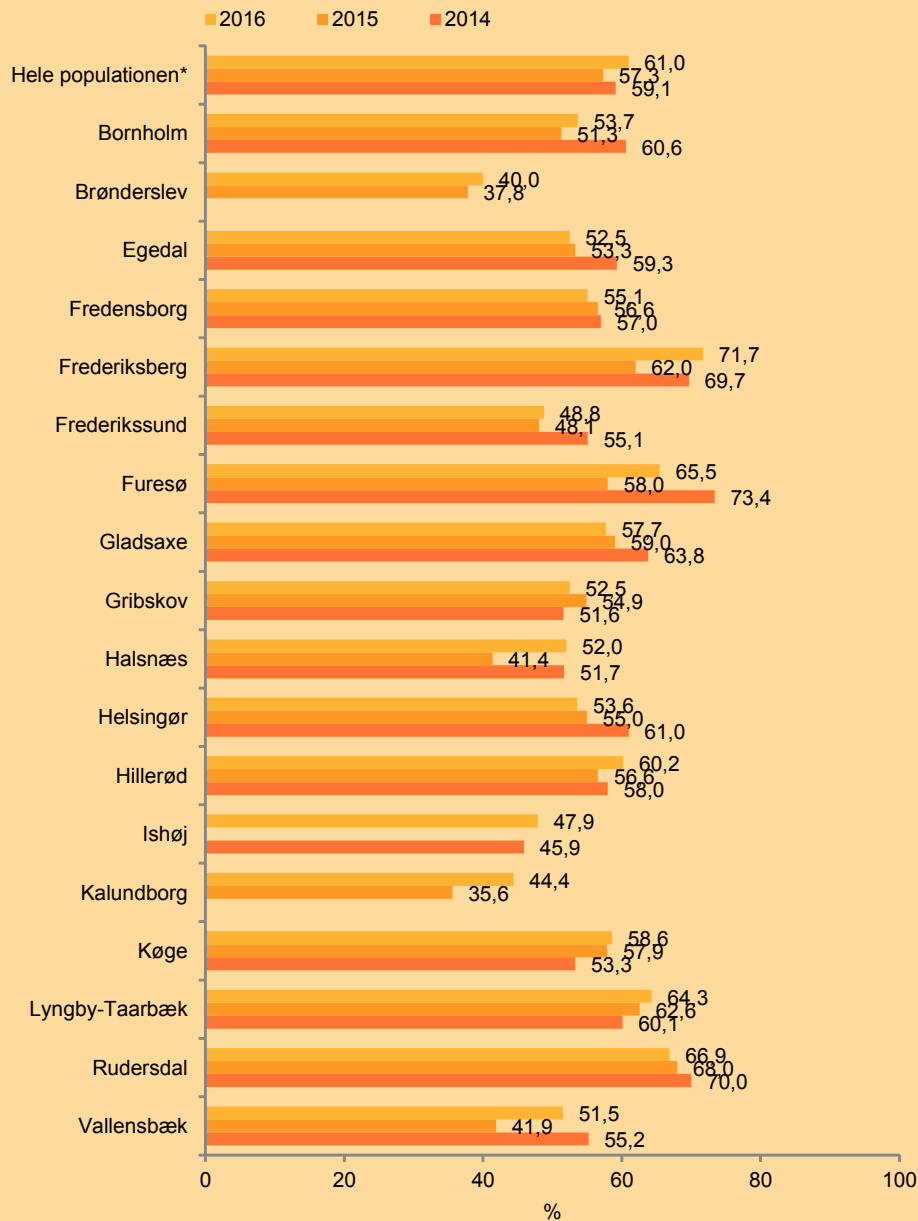


Figur 21a. Andelen af børn, der bliver ammet fuldt i mindst fire måneder (N=19.308)

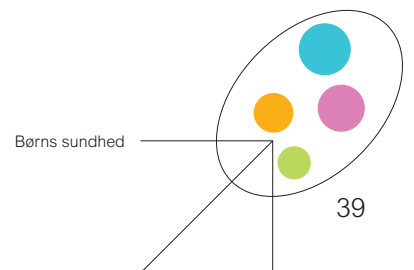




Figur 22a. Udviklingen i andelen af børn, der er ammet fuldt i mindst fire måneder, i hele populationen og i NOVAX-kommunerne

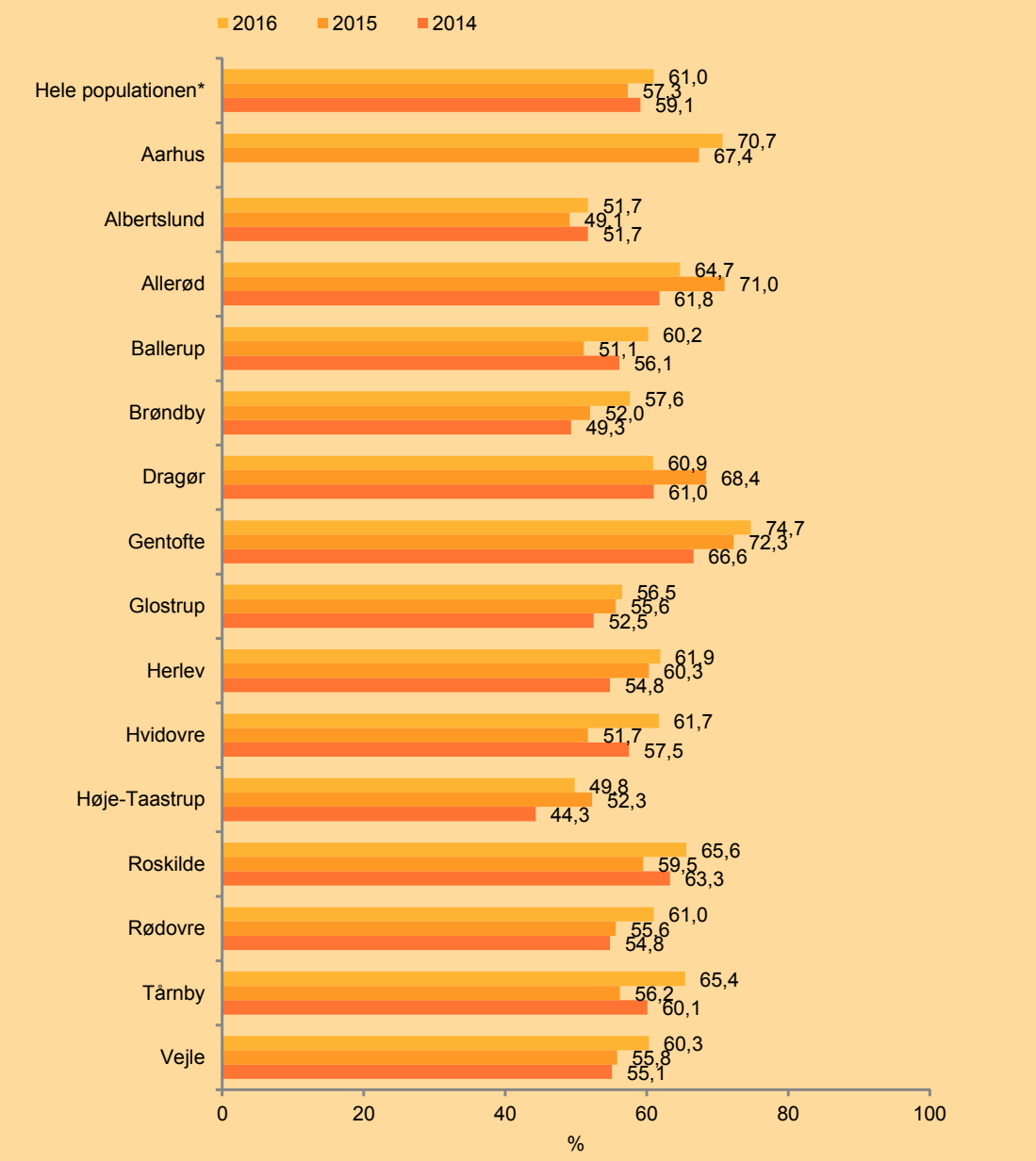


\*Hele populationen indbefatter de 29 kommuner, der har oplysninger fra de sidste tre år. Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholm, Brøndby, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Herlev, Hillerød, Hvidovre, Høje-Taastrup, Køge, Lyngby-Taarbæk, Roskilde, Rudersdal, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk og Vejle.





Figur 23a. Udviklingen i andelen af børn, der er ammet fuldt i mindst fire måneder, i hele populationen og i TM Sund-kommunerne



\*Hele populationen indbefatter de 29 kommuner, der har oplysninger fra de sidste tre år. Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholm, Brøndby, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Herlev, Hillerød, Hvidovre, Høje-Taastrup, Køge, Lyngby-Taarbæk, Roskilde, Rudersdal, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk og Vejle.





## 2.12 Motorik

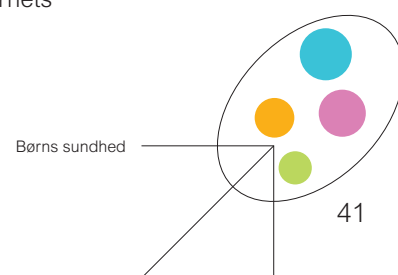
Barnets motoriske færdigheder danner grundlag for dets bevægelsesmuligheder og er derfor afgørende for barnets interaktion med omverdenen. Evnen til at bevæge sig påvirker udviklingen af andre egenskaber, herunder kognitive, følelsesmæssige og sociale færdigheder (Haywood 2001, Payne & Isaacs 2011, Sigmundsson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

Da der er en meget stor gruppe af børn (25,3 %), der har bemærkning til motorik ved mindst ét besøg i første leveår, har vi valgt at se på den lidt mindre gruppe af børn, hvor de motoriske problemer fremtræder lidt mere tydelige, nemlig børn der har bemærkning til deres motorik ved mindst to besøg i første leveår.

Figur 24a viser forekomsten af to eller flere besøg med bemærkninger til barnets motorik i første leveår i NOVAX-kommunerne. Af figuren

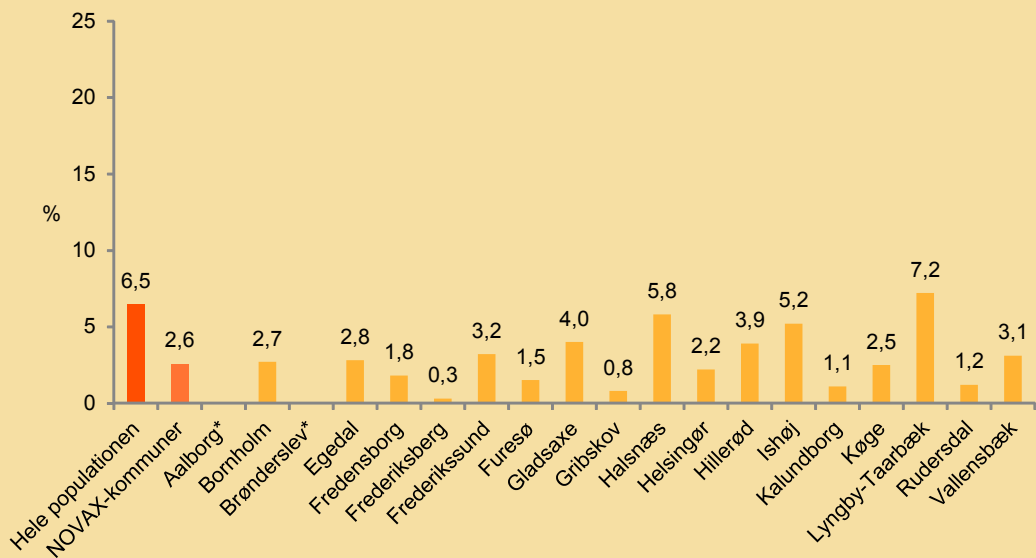
fremgår det, at 2,6 % af børnene i NOVAX-kommunerne har mindst to besøg med bemærkninger til deres motorik i første leveår. Andelen varierer fra 0,3 % til 7,2 %. I den samlede population med både NOVAX- og TM Sund-kommunerne har 6,5 % af børnene mindst to besøg med bemærkninger til motorik i første leveår. Kommunerne med stjerne indgår ikke, da antallet af børn med oplysninger om motorik er meget lille.

Figur 25a viser forekomsten af to eller flere besøg med bemærkninger til barnets motorik i første leveår i TM Sund-kommunerne. Af figuren fremgår det, at 9,2 % af børnene i TM Sund-kommunerne har mindst to besøg med bemærkninger til deres motorik i første leveår. Andelen varierer fra 5,2 % til 23,9 %. Forskellen i andelen af børn med bemærkninger til motorik mellem kommunerne og de to journalsystemer er også set i de foregående år (figur 26a og 27a), og kan være et udtryk for, at der anvendes flere forskellige metoder til vurdering af barnets motoriske færdigheder.





Figur 24a. Andelen af børn med to eller flere bemærkninger til motorik i første leveår, i NOVAX-kommunerne (N=8.073)



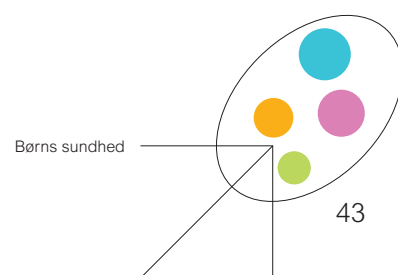
Figur 25a. Andelen af børn med to eller flere bemærkninger til motorik i første leveår i TM Sund-kommunerne (N=11.961)





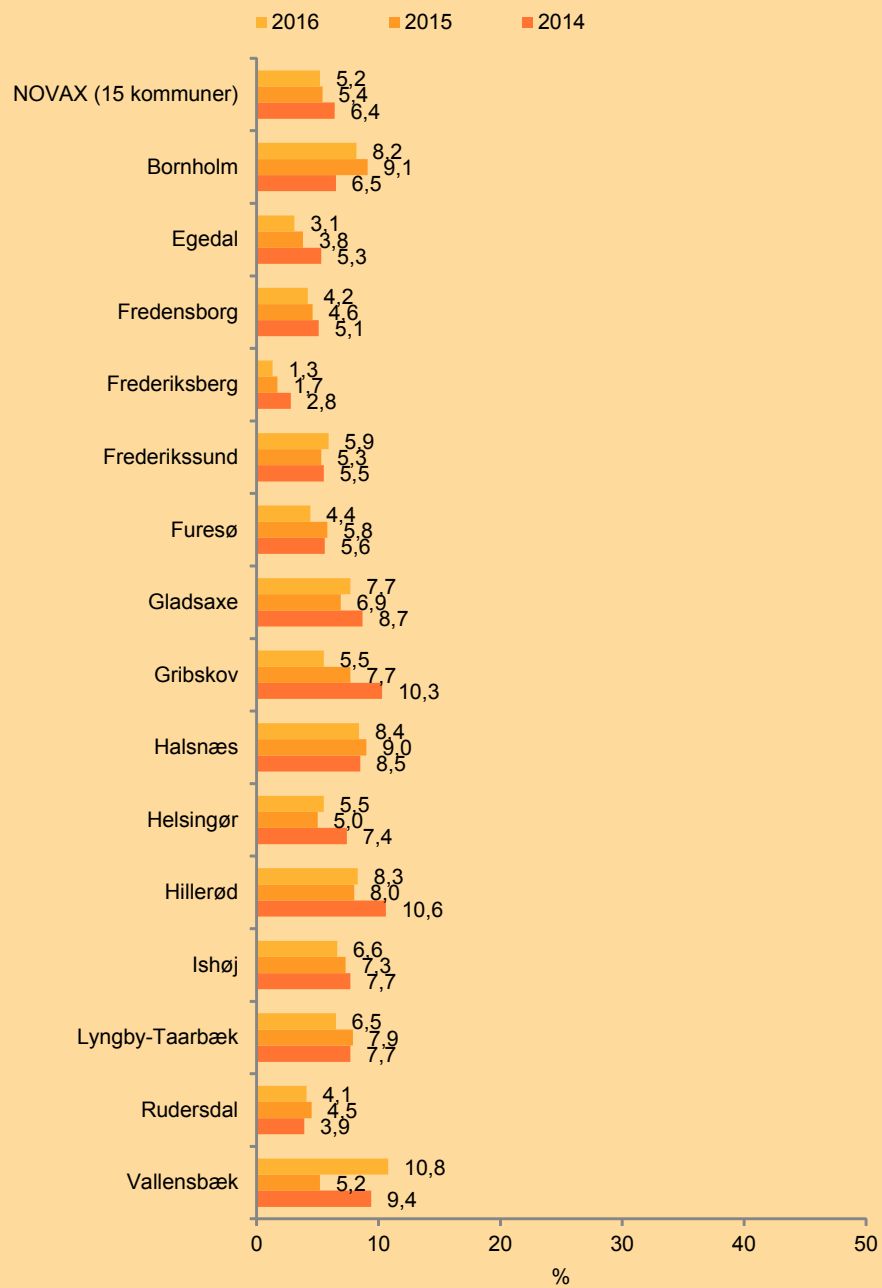
Figur 26a viser udviklingen fra 2014 til 2016 i andelen af børn med én bemærkning til motorik i otte- til timånedersalderen (D-besøget) for de 15 NOVAX-kommuner, der har indgået i Databasen Børns Sundhed alle tre år, samlet og for hver enkel kommune, hvor der er oplysninger fra alle tre år. Af figuren ses, at andelen af børn med én bemærkning til motorik ved D-besøget er faldet fra 6,4 % i 2014 til 5,2 % i 2016.

Figur 27a viser udviklingen i forekomsten af børn med én bemærkning til motorik ved D-besøget i de 14 TM Sund-kommuner, der har indgået i Databasen Børns Sundhed alle fire år, og i de TM Sund-kommuner, hvor der er oplysninger om motorik fra mindst tre år. Forekomsten af børn med én bemærkning til motorik ved D-besøget har været faldende fra 25,1 % i 2013 til 23,3 % i 2016.



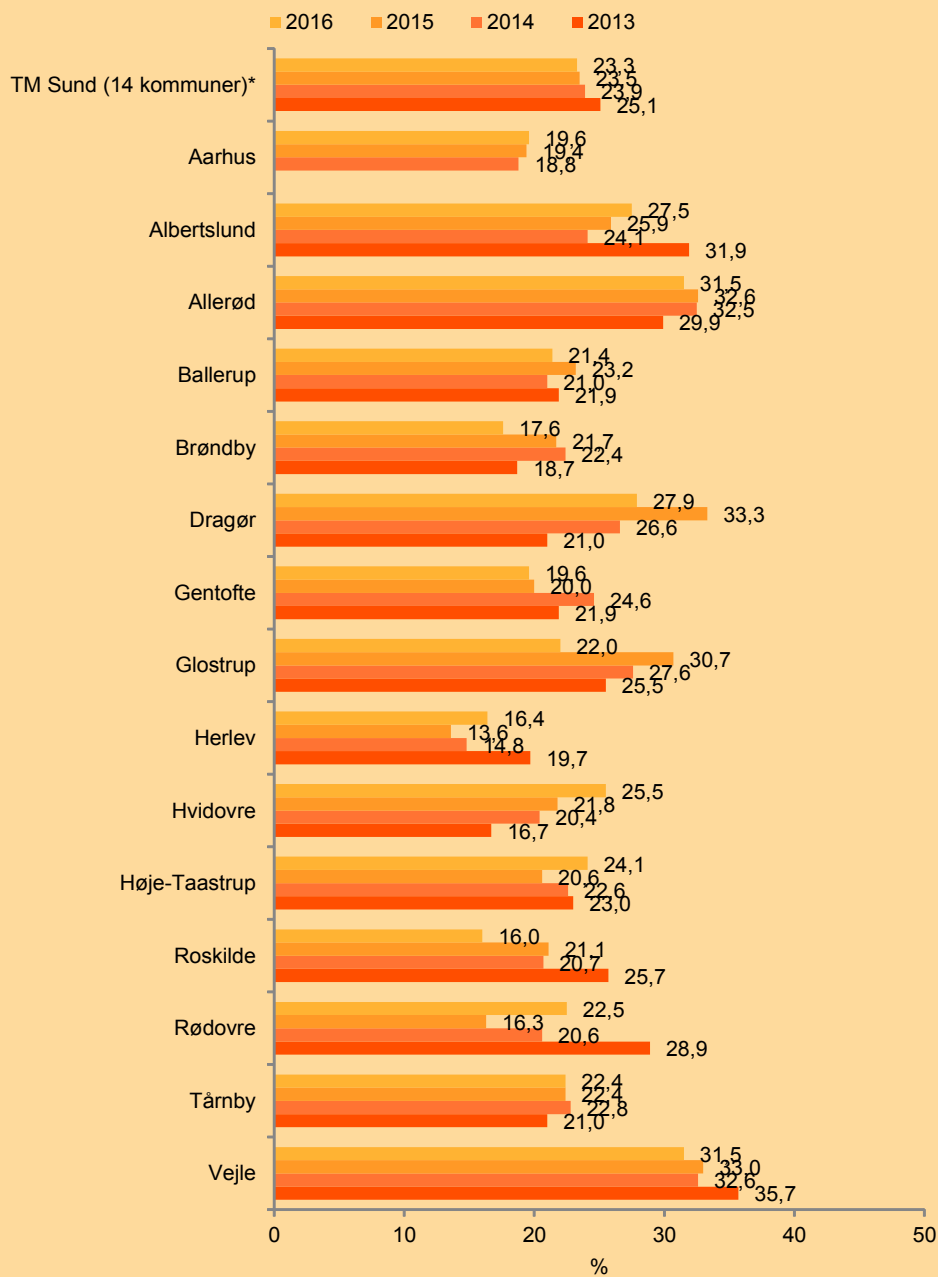


Figur 26a. Udviklingen i andelen af børn med bemærkning til barnets motorik i otte- til timånedersalderen, i NOVAX-kommunerne

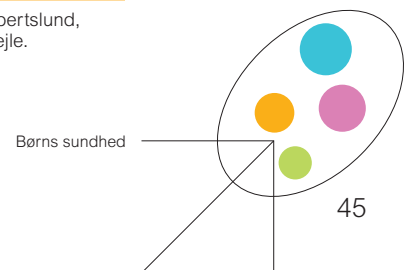




Figur 27a. Udviklingen i andelen af børn med bemærkning til barnets motorik i otte- til timånedersalderen, i TM Sund-kommunerne

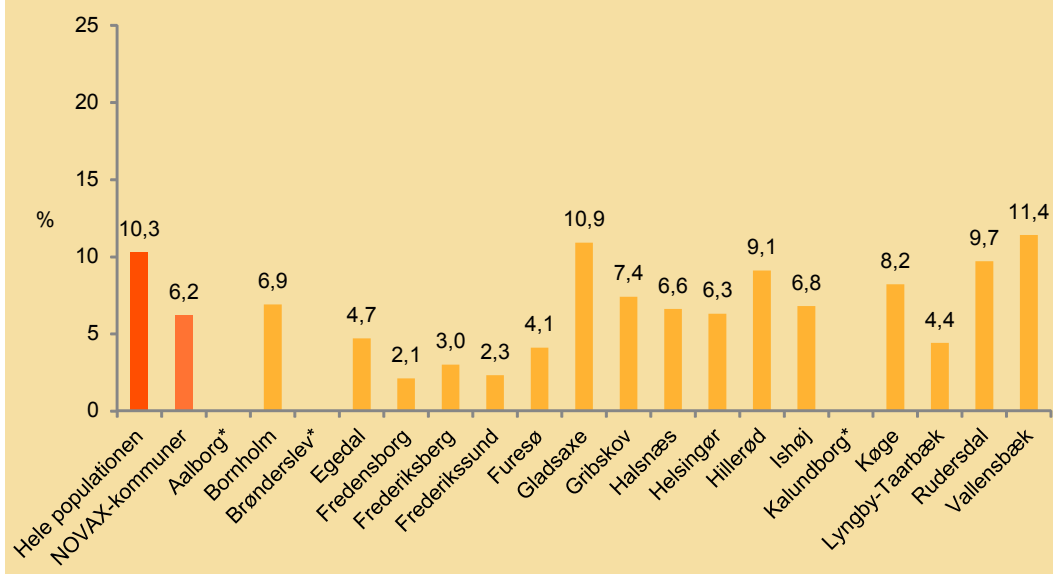


\*TM Sund (14 kommuner) indbefatter de 14 TM Sund-kommuner, der har oplysninger fra de sidste fire år. Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Roskilde, Rødovre, Tårnby og Vejle.





Figur 28a. Andelen af børn med bemærkning til søvn ved mindst ét af de fire besøg i første leveår, i NOVAX-kommunerne (N=7.791)



### 2.13 Søvn

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

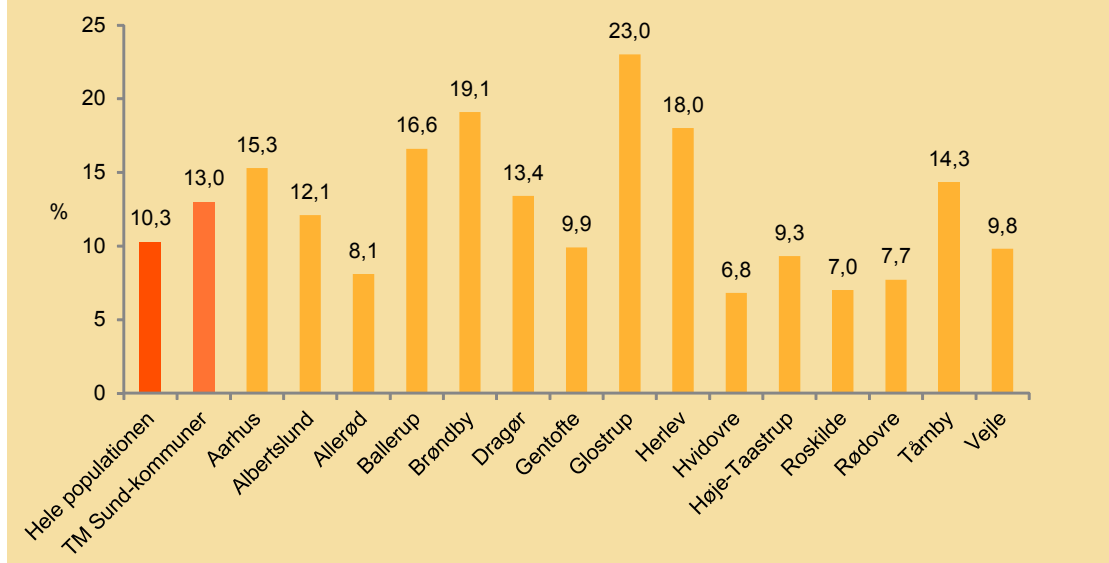
Figur 28a viser forekomsten af børn med bemærkning til barnets søvn ved mindst ét besøg i barnets første leveår i NOVAX-kommunerne. Figuren viser, at 6,2 % af børnene i NOVAX-kommunerne har bemærkning til søvnen ved mindst ét besøg. Forekomsten svinger mellem 2,1 % og 11,4 % kommunerne imellem. I den samlede population med både TM Sund- og NOVAX-kommunerne har 10,3 % af børnene bemærkning til barnets søvn ved mindst ét besøg i barnets første leveår (figur 28a og figur 29a). Kommunerne med stjerne indgår ikke, da antallet af børn med oplysninger om søvn er meget lille.

Figur 29a viser forekomsten af børn med bemærkning til barnets søvn ved mindst ét besøg i barnets første leveår i TM Sund-kommunerne. Af figuren ses, at 13,0 % af børnene i TM Sund-kommunerne har bemærkning til søvnen ved mindst ét besøg. Forekomsten svinger mellem 6,8 % og 23,0 %.





Figur 29a. Andelen af børn med bemærkning til søvn ved mindst ét af de fire besøg i første leveår, i TM Sund-kommunerne (N=11.994)

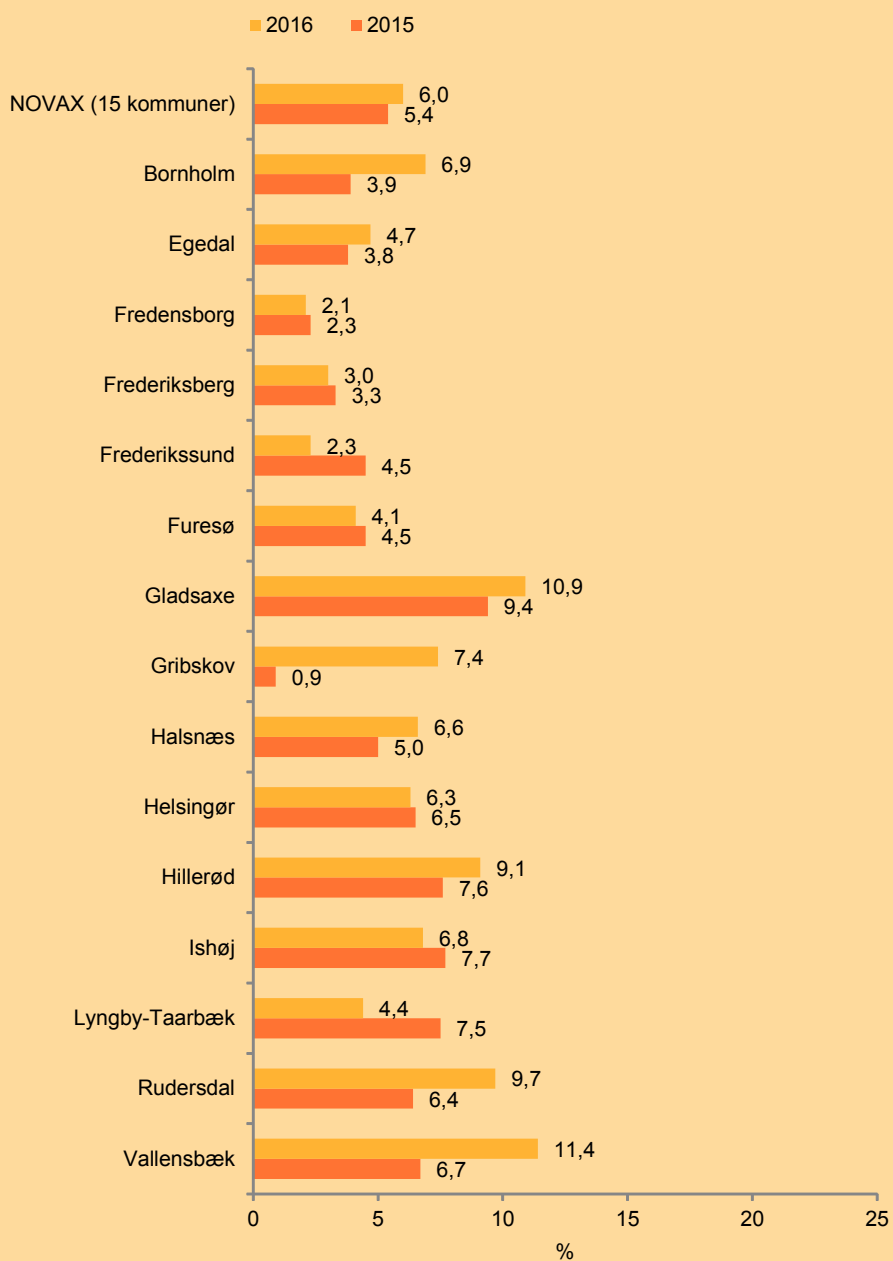


Figur 30a viser udviklingen i forekomsten af børn med bemærkning til søvn ved mindst ét besøg i første leveår i de 15 NOVAX-kommuner, der har indgået i Databasen Børns Sundhed i 2015 og 2016. Forekomsten af børn med bemærkning til søvn i 2014 fremgår ikke af figuren, da NOVAX-data vedrørende søvn fra 2014 ikke er valide. Det skyldes, at det var første år NOVAX-kommunerne indgik i Databasen Børns Sundhed og registrering af søvn ikke blev foretaget systematisk. Forekomsten af børn med bemærkning til søvn har varieret fra 5,4 % i 2015 til 6,0 % i 2016.

Figur 31a viser udviklingen i forekomsten af børn med bemærkning til søvn ved mindst ét besøg i første leveår i de 14 TM Sund-kommuner, der har indgået i Databasen Børns Sundhed alle fire år, og i de TM Sund-kommuner, hvor der er oplysninger om søvn fra mindst tre år. Forekomsten af børn med bemærkninger til søvn har varieret fra 8,6 % i 2013 til 11,9 % i 2015.



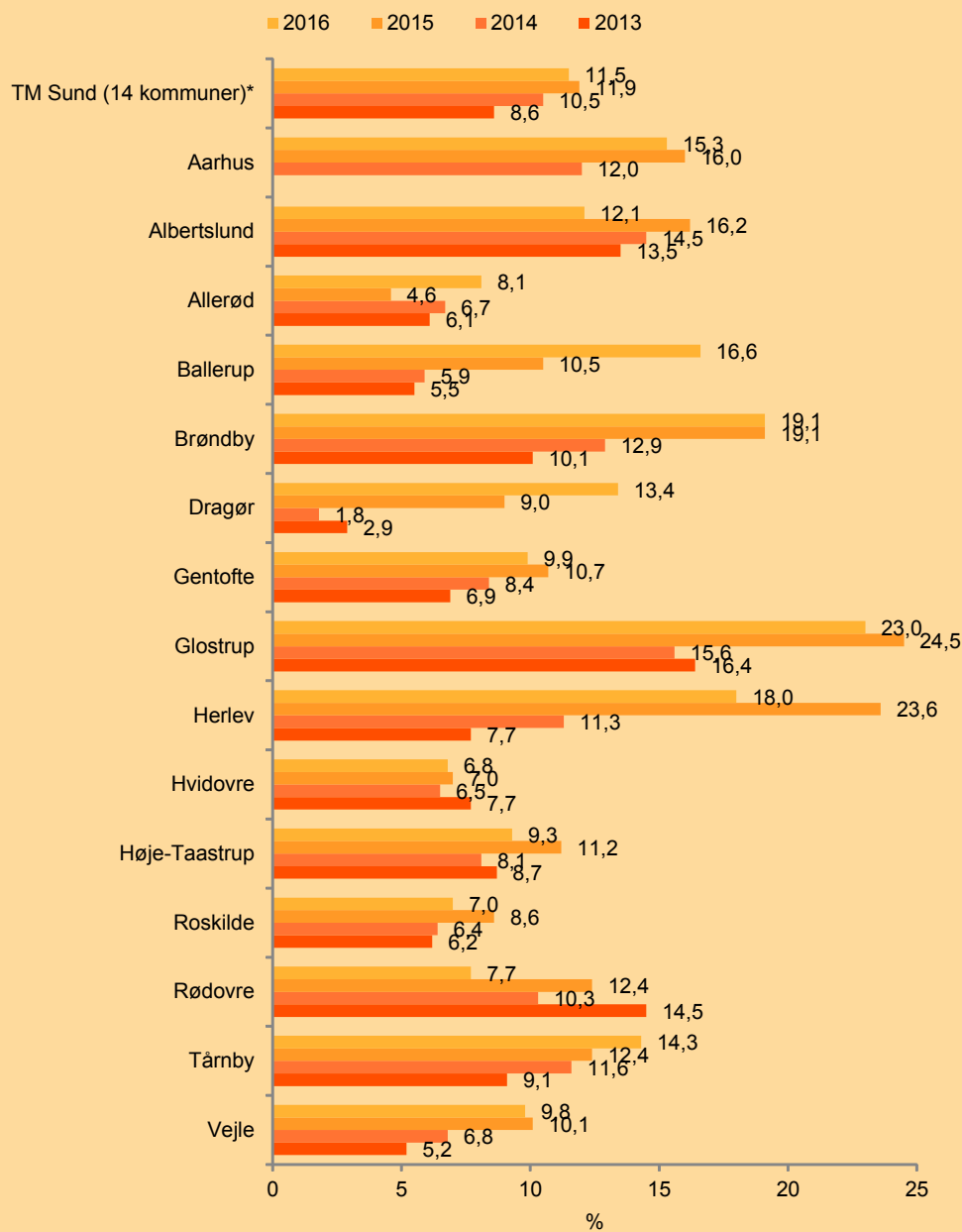
Figur 30a. Udviklingen i andelen af børn med bemærkninger til søvn ved mindst ét besøg i første leveår, i NOVAX-kommunerne



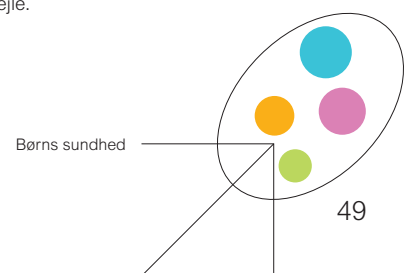




Figur 31a. Udviklingen i andelen af børn med bemærkninger til søvn ved mindst ét besøg i første leveår, i TM Sund-kommunerne

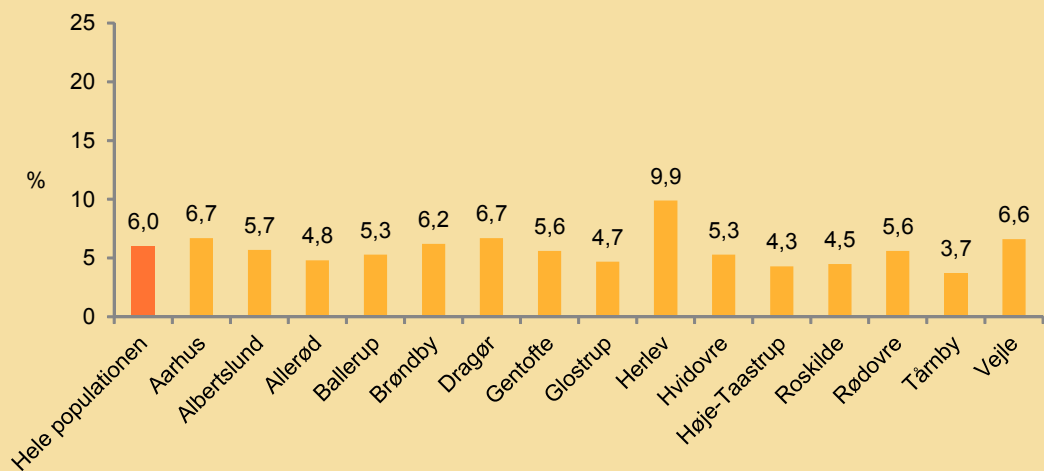


\*TM Sund (14 kommuner) indbefatter de 14 TM Sund-kommuner, der har oplysninger fra de sidste fire år. Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Roskilde, Rødovre, Tårnby og Vejle.





Figur 32a. Andelen af børn med bemærkning til uro/gråd ved mindst ét besøg i første leveår opdelt på kommune (N=11.988)



## 2.14 Uro/gråd

I TM Sund-journalen registreres det, om der er bemærkning til uro/gråd. Figur 32a viser andelen af børn med bemærkning til uro/gråd. Figuren viser, at 6,0 % af børnene har bemærkning til uro/gråd ved mindst ét af de fire besøg i barnets første leveår. Andelen varierer fra 3,7 % til 9,9 % kommunerne imellem.

## 2.15 Vækst

Når man monitorerer små børns vækst, er det vigtigt, at man bruger den optimale vækst som reference. Den optimale vækst beskrives med en standardkurve baseret udelukkende på raske børn. I 2006 udgav WHO en ny vækstreference til børn i alderen nul til fem år baseret på The WHO Multicentre Growth Reference Study (WHO 2006). Denne vækstreference er baseret på en population af sunde og ammede spædbørn, der er vokset op i et miljø, der ikke begrænser børnenes vækst. Denne vækstreference er implementeret som standardreference for



Tabel 5a. Procentfordeling af børn efter WHO's definition af vægtstatus i seks- til timånedersalderen (N=19.905)

	Samlet		Dreng		Piger	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Undervægtig	373	1,9	237	2,3	136	1,4
Normalvægtig	15.070	75,7	7.622	74,7	7.448	76,8
I risiko for overvægt	3.496	17,6	1.808	17,7	1.688	17,4
Overvægtig	845	4,3	461	4,5	384	4,0
Svært overvægtig	121	0,6	77	0,8	44	0,5

børns vækst i adskillige lande, og Sundhedsstyrelsen anbefaler brug af denne vækstreferenc ved monitorering af overvægt blandt små børn (Sjöberg et al. 2017), den vil derfor også blive anvendt i denne rapport.

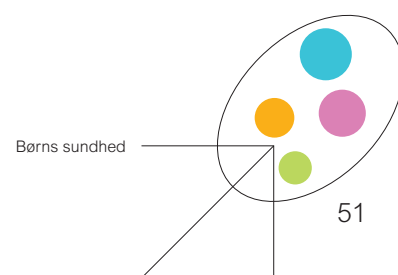
Med brug af WHO-vækstreferencer udregnes en z-score også kaldet en standardafvigelsesscore. Denne kan benyttes til at beskrive, hvor meget et barns vækst afviger fra gennemsnittet. En z-score på 0 svarer til gennemsnitsværdien, og jo højere eller lavere en z-score, jo længere ligger målingen fra gennemsnittet. På baggrund af z-scores kan børnene indplaceres efter vægtstatus. Ud fra disse WHO-referencer vurderes et nul- til femårigt barn som undervægtigt med en z-score på mindre end -2, normalvægtigt med en z-score mellem -2 og +1, i risiko for overvægt med en z-score mellem +1 og +2, overvægtigt med en z-score mellem +2 og +3, og svært overvægtigt med en z-score på over +3. Definitionen af overvægt blandt børn diskuteres yderligere i Regionsrapporten "Overvægt blandt børn i Region Hovedstaden i perioden 2002-2014" (Sjöberg et al. 2017).

I tabel 5a ses fordelingen af børn født i 2016 i forhold til WHO's definition af undervægt, normalvægt og overvægt. Af tabellen ses, at

1,9 % af børnene i sundhedsprofilen ud fra WHO's definition af vægtstatus er undervægtige, 75,7 % er normalvægtige, 17,6 % er i risiko for overvægt, 4,3 % er overvægtige, og 0,6 % er svært overvægtige. Samtidig viser tabellen, at fordelingen er næsten ens for drenge og piger.

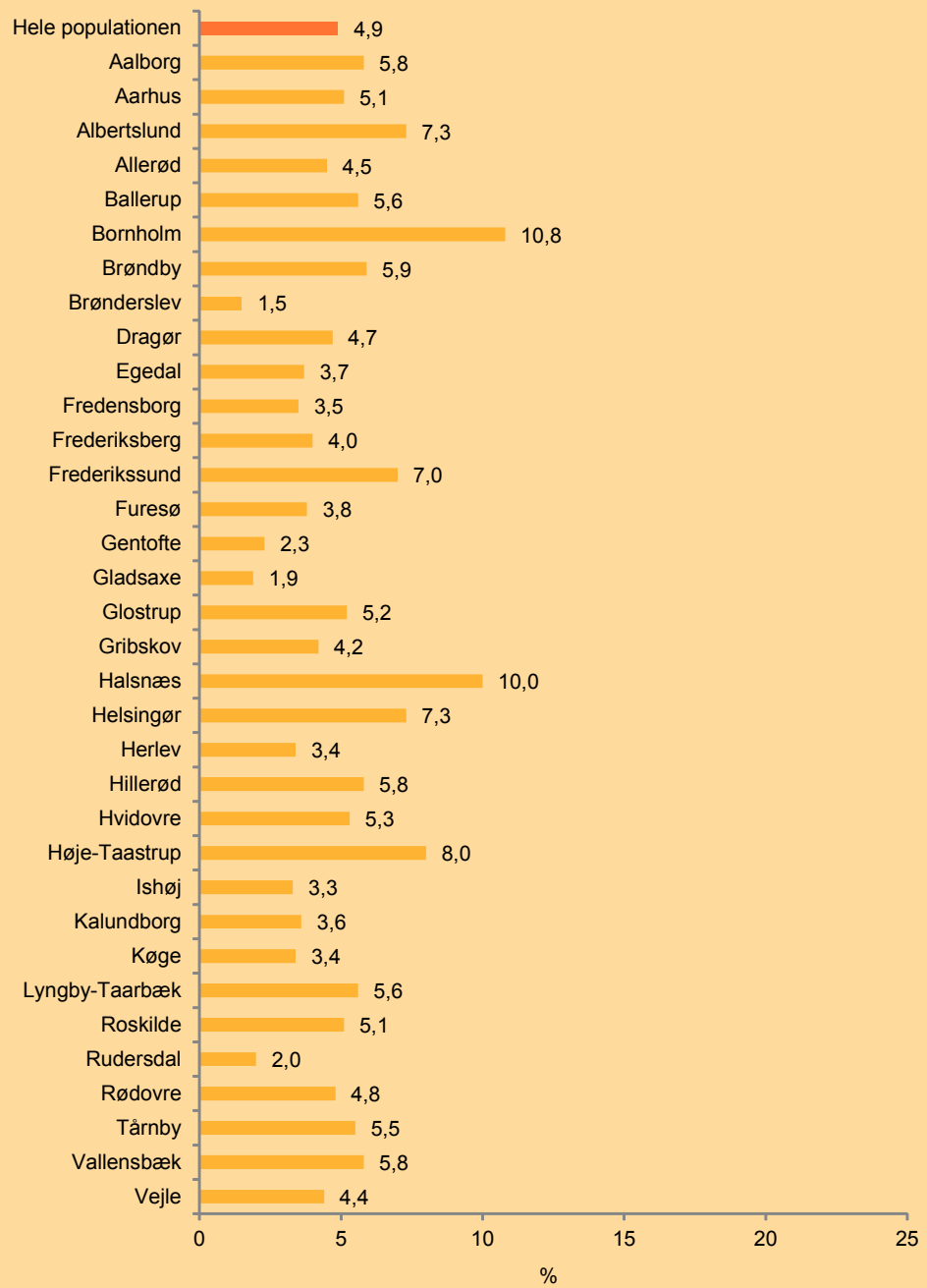
Figur 33a viser forekomsten af overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen efter WHO's definition af vægtstatus i hele populationen og i kommunerne. Figuren viser, at andelen af børn med overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen efter WHO's definition af vægtstatus er 4,9 % i hele populationen. Denne andel varierer fra 1,5 % til 10,8 % kommunerne imellem.

Derudover viser figur 34a og 35a udviklingen fra 2014 til 2016 i andelen af børn med overvægt/svær overvægt i henholdsvis NOVAX- og TM Sund-kommunerne hver for sig og for hele populationen samlet med de kommuner, der har oplysninger fra alle tre år. Andelen af børn med overvægt/svær overvægt har varieret fra 4,7 % i 2014 til 4,9 % i 2016.



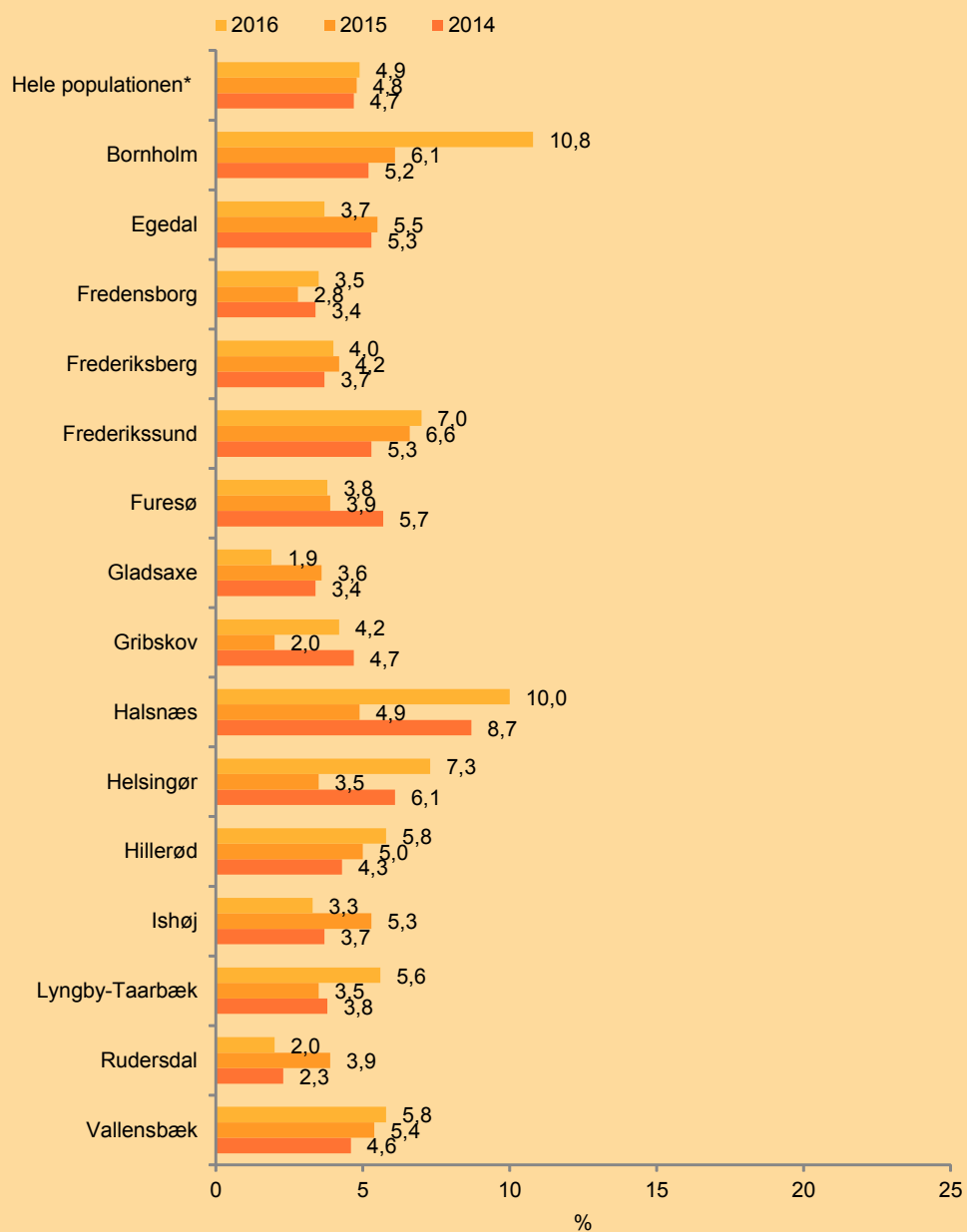


Figur 33a. Forekomsten af overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen efter WHO's definition af vægtstatus opdelt på kommuner (N=19.905)

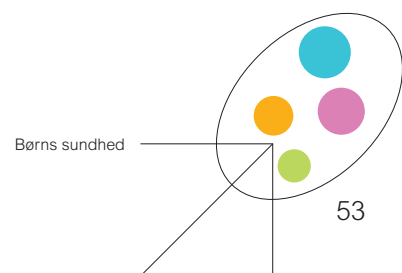




Figur 34a. Udviklingen i forekomsten af overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen efter WHO's definition af vægtstatus i hele populationen og i hver NOVAX-kommune

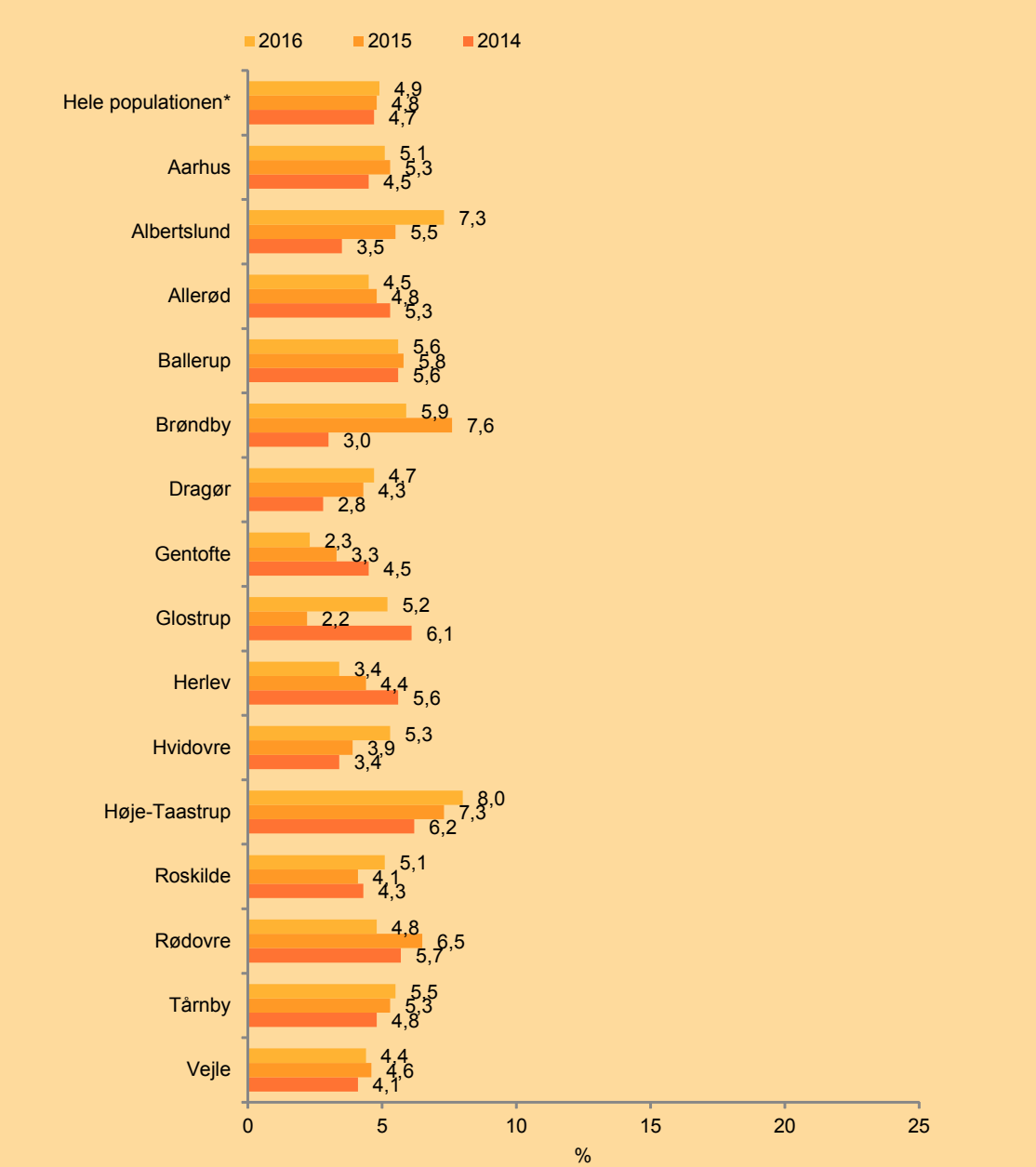


\*Hele populationen indbefatter de 31 kommuner, der har oplysninger fra de sidste tre år. Det vil sige Aarhus, Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholm, Brøndby, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Herlev, Hillerød, Hvidovre, Høje-Taastrup, Ishøj, Køge, Lyngby-Taarbæk, Roskilde, Rudersdal, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk og Vejle.





Figur 35a. Udviklingen i forekomsten af overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen efter WHO's definition af vægtstatus i hele populationen og i hver TM Sund-kommune



\*Hele populationen indbefatter de 31 kommuner, der har oplysninger fra de sidste tre år. Det vil sige Aarhus, Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholm, Brøndby, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Herlev, Hillerød, Hvidovre, Høje-Taastrup, Ishøj, Køge, Lyngby-Taarbæk, Roskilde, Rudersdal, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk og Vejle.

# 3. Opsamling

Denne sundhedsprofil for børn født i 2016 fra Databasen Børns Sundhed er baseret på journal- og registeroplysninger om 23.480 børn fra 34 kommuner.

Rapporten viser, at:

- 10,3 % af børnene har modtaget ét eller flere graviditetsbesøg.
- 6,1 % af børnene var for tidligt fødte (født før uge 37).
- 97,4 % af børnene havde en apgarscore på ni eller ti point fem minutter efter fødslen.
- 5,0 % af børnene vejede under 2.500 gram, da de blev født, 79,2 % vejede 2.500-3.999 gram og 15,8 % vejede over 3.999 gram.
- 26,3 % af børnene blev udskrevet senest seks timer efter fødslen, mens 43,2 % blev udskrevet, da de var 2-3 døgn. Indlæggelseslængden har i denne sammenhæng betydning for, hvornår det første besøg af sundhedsplejersken aflægges.
- 66,8 % af børnene havde deres første besøg af sundhedsplejersken, inden de var en uge gamle.
- 91,3 % af børnene har modtaget A-besøget, 87,8 % af børnene har modtaget B-besøget, 71,0 % af børnene har modtaget C-besøget, og 81,9 % har modtaget D-besøget. Der kan være mange grunde til, at ikke alle børn modtager alle besøg. Eksempelvis tilbyder nogle kommuner kun C-besøget til førstegangsfødende.
- 61,1 % af børnene blev ammet i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefaling om fuld amning i fire måneder.

- 1,9 % af børnene var undervægtige ved seks- til timånedersalderen, 75,7 % var normalvægtige, 17,6 % var i risiko for overvægt, 4,3 % var overvægtige, og 0,6 % var svært overvægtige.

Sundhedsprofilen viser også, at der for nogle faktorer er variation i, hvor mange bemærkninger sundhedsplejersken har registreret i de to journalsystemer. Det gælder for bemærkning til tobaksrøg i hjemmet, mors psykiske tilstand, forældre-barn relationen, motorik og søvn. Der kan være mange mulige forklaringer på, hvad disse forskelle skyldes, men det er alle forskelle, der også er set de tidligere år. Derudover er de to journalsystemer ikke helt ens, hvilket betyder, at der er variable, der indgår i den ene journal, der ikke indgår i den anden, såsom uro/gråd.

Der arbejdes på at koordinere de to journalsystemer, og på sigt forventer vi større parallelitet. Sundhedsprofilen viser derfor forventeligt, at udviklingsarbejdet med at skabe større ensartethed i Databasen Børns Sundhed ikke er slut. Det er derfor vigtigt, at fælles praksis for registrering drøftes af både de ledende sundhedsplejersker og af sundhedsplejerskerne i de enkelte kommuner.

# Referencer

Brixval CS, Svendsen M & Holstein BE (2012). Motoriske vanskeligheder – Sundhedsplejerskernes undersøgelser af motorik ved indskolingen. Styregruppen for Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Databasen Børns Sundhed (2018a): Vejledning til den kvalitetssikrede sundhedsplejerskejournale. Link: [http://www.si-folkesundhed.dk/upload/tm\\_sund2018.pdf](http://www.si-folkesundhed.dk/upload/tm_sund2018.pdf)

Databasen Børns Sundhed, Pedersen TP, Pant SW, Holstein BE, Ammitzbøll J & Due P (2018b): Sundhedsplejerskers bemærkninger til forældre-barn relationen i første leveår. Temarapport. Børn født i 2016. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

Haywood KM (2001): Fundamental concepts: Life span motor development, 3rd ed. Champaign: Human Kinetics.

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

NOVAX 2018: Obligatoriske registreringer i Novax journalen med henblik på deltagelse i Databasen Børns Sundhed. Link: [//www.si-folkesundhed.dk/Links/Databasen%20B%20rns%20Sundhed/Vejledninger.aspx](http://www.si-folkesundhed.dk/Links/Databasen%20B%20rns%20Sundhed/Vejledninger.aspx).

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

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

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

Statistikbanken.dk [www.statistikbanken.dk/statbank5a/](http://www.statistikbanken.dk/statbank5a/).

Sundhedsstyrelsen (2011): Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge. 1. udgave, 1. oplag. København.

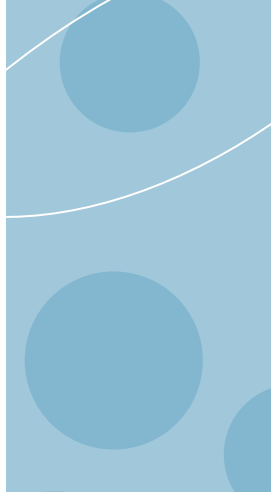
Sundhedsstyrelsen (2013): Anbefalinger for svangreomsorgen. 2. udgave, 1. oplag. København.

Sundhedsstyrelsen (2018): Amning – en håndbog for sundhedspersonale. 4. udgave, 1. oplag. København.

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

WHO (2006): Child growth standards based on length/height, weight and age. Multicentre Growth Reference Study Group. Acta Paediatr, Suppl 450: 76-85.







# BØRNS SUNDHED

Samarbejde mellem  
sundhedsplejersker og  
Statens Institut for  
Folkesundhed



Børn født  
i 2016

