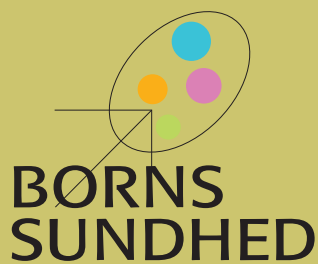


Sundhedsprofil for børn født i 2017 fra Databasen Børns Sundhed

Udarbejdet for Databasen
Børns Sundhed af:

Sofie Weber Pant
Trine Pagh Pedersen



Samarbejde mellem
sundhedsplejersker og
Statens Institut for
Folkesundhed

Sundhedsprofil for børn født i 2017 fra Databasen Børns Sundhed.

© Statens Institut for Folkesundhed, 2019
Statens Institut for Folkesundhed
Stuiestræde 6
1455 København K
www.sdu.dk/sif

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

Bestyrelsen:

Anne Mette Skovgaard, forskningsleder, adjungeret professor, overlæge, dr.med., KU & SDU
Annette Poulsen, sundhedsplejerske, MSP, IBCLC, Sundhedsstyrelsen
Christine Bomholt, praktiserende læge, praksiskonsulent Brøndby Kommune
Eva Borg, centerchef Social og Sundhed, Ballerup Kommune
Helle Erstling Rasmussen, ledende sundhedsplejerske, MPG, Roskilde Kommune
Jonas Wittendorff, centerchef for dagtilbud og Skole, Glostrup Kommune
Karen Marie Olesen, systemansvarlig og sundhedsplejerske, MPH, Aarhus Kommune
Lars Bender, overlæge, Aalborg Universitetshospital
Lene Schack-Nielsen, chefkonsulent, Region Hovedstaden
Lotte Finseth, sundhedsplejerske, Gladsaxe Kommune
Pernille Buhelt, ledende sundhedsplejerske, Brønderslev Kommune
Pernille Fabricius, leder af Sundhedstjenesten, Lyngby-Taarbæk Kommune
Pia Rønneknamp, fagchef i sundhedsplejen, MPG, Brøndby Kommune
Susanne Henriksen, ledende sundhedsplejerske, Aalborg Kommune
Trine Pagh Pedersen, projektleder Databasen Børns Sundhed, Statens Institut for Folkesundhed
Ulla Dupont, ledende sundhedsplejerske, Vejle Kommune

Fotoleverandør: Modelbillede fra Colourbox

Publikationen refereres således:

Pant SW & Pedersen TP. Sundhedsprofil for børn født i 2017 fra Databasen Børns Sundhed. København. Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2019.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Publikationen kan downloades fra internetadressen www.sdu.dk/sif

Forord

Denne sundhedsprofil præsenterer data for børn født i 2017 for de 33 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. Hvert år udarbejder databasen to temarapporter om henholdsvis de nul- til etårige børn samt børn ind- og udskolingsundersøgt det pågældende år. Desuden udarbejdes en mindre kommunedel til hver kommune om kommunens egne børn samt en sundhedsprofil som denne.

Databasen ledes af en tværfaglig og tværsektorielt sammensat bestyrelse og et forretningsudvalg, der har ansvaret 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, sundhedsplejerske med master i Sundhedspædagogik Hannah Glismann har bistået med sundhedsfaglig gennemlæsning og rådgivning 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.



Pia Rønnenkamp
Fagschef i sundhedsplejen, Master i Public Governance
Formand for Databasen Børns Sundhed



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

Indhold

1	Introduktion	1
1.1	Sundhedsplejerskernes virke	1
1.2	Databasen Børns Sundhed	1
1.3	Datasikkerhed	1
1.4	Formål og opbygning af sundhedsprofilen	2
1.5	Datagrundlag	2
2	Resultater	4
2.1	Graviditetsbesøg	4
2.2	Indlæggelseslængde	5
2.3	Gestationsalder	6
2.4	Apgarscore	7
2.5	Fødselsvægt	8
2.6	Medfødte misdannelser	10
2.7	Besøg i første leveår	11
2.8	Barnets alder ved første besøg af sundhedsplejen	12
2.9	Tobaksrøg i hjemmet	15
2.10	Mors psykiske tilstand	19
2.11	Forældre-barn relationen	23
2.12	Amning	27
2.13	Søvn	30
2.14	Uro/gråd	33
2.15	Vækst	33
3	Opsamling	38

1 Introduktion

1.1 Sundhedsplejerskernes virke

Det er sundhedsplejens opgave at føre tilsyn og monitorere barnets fysiske og psykiske helbredstilstand samt at tilbyde oplysning og vejledning til børn og forældre med henblik på at fremme børnenes fysiske og psykiske sundhed og trivsel (Sundhedsstyrelsen, 2011a). 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 forebyggende helbredsundersøgelser ved ind- og udskolingen samt regelmæssige undersøgelser, samtaler og sundhedspædagogiske aktiviteter 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, 2011a). Det er kommunalbestyrelsen i den enkelte kommune, der fastsætter sundhedsplejens servicetilbud. 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 sundhedsplejers ydelser, og 4) at skabe basis for videnskabelige projekter.

Data i Databasen Børns Sundhed er indhentet ved brug af to sundhedsplejerskejournaler, én udarbejdet til TM Sund-journalsystemet og én udviklet til NOVAX-journalsystemet. I begge journalsystemer følger sundhedsplejerskerne en vejledning og noterer systematisk data om barnet, familien og sundhedsplejers ydelser. Brugen af journalerne er beskrevet i detaljerede vejledninger, der løbende justeres og opdateres (Databasen Børns Sundhed, 2018, NOVAX, 2017).

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 og statistiske formål. 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 2017 i de 33 kommuner, der har indsendt data til Databasen Børns Sundhed om børn født dette år. 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. I denne sundhedsprofil indgår motorik ikke, da motorik er valgt som emnet for dette års temarapport.

Sundhedsplejerskerne registrerer i forbindelse med hjemmebesøgene, hvorvidt der er en bemærkning til en indikator (for eksempel søvn). 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, 2011a).

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 de kommuner, der har indgået i Databasen Børns Sundhed i de sidste fire 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 motorik for børn født i 2017, der er en separat rapport, inddrager kun børn, hvor der er noteret oplysninger om barnets motoriske udvikling ved otte- til timånedersalderen (Databasen Børns Sundhed, 2019). Det betyder, at der indgår færre børn i temarapporten end i sundhedsprofilen, og at procenttallene i de to rapporter derfor kan være forskellige.

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 (*). Derudover har vi i tilfælde, hvor der er for få børn (under tre), valgt ikke at vise andelen, hvilket er markeret med #. Det skyldes, at hvis der er for få tilfælde, bliver analyserne for usikre, og der kan endvidere være risiko for at identificere barnet/familierne.

1.5 Datagrundlag

Sundhedsprofilen er baseret på sundhedsplejerskers journaldata om 22.397 børn, der er født i 2017, hvilket svarer til 36,5 % af alle levendefødte børn i Danmark i 2017 (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, 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.

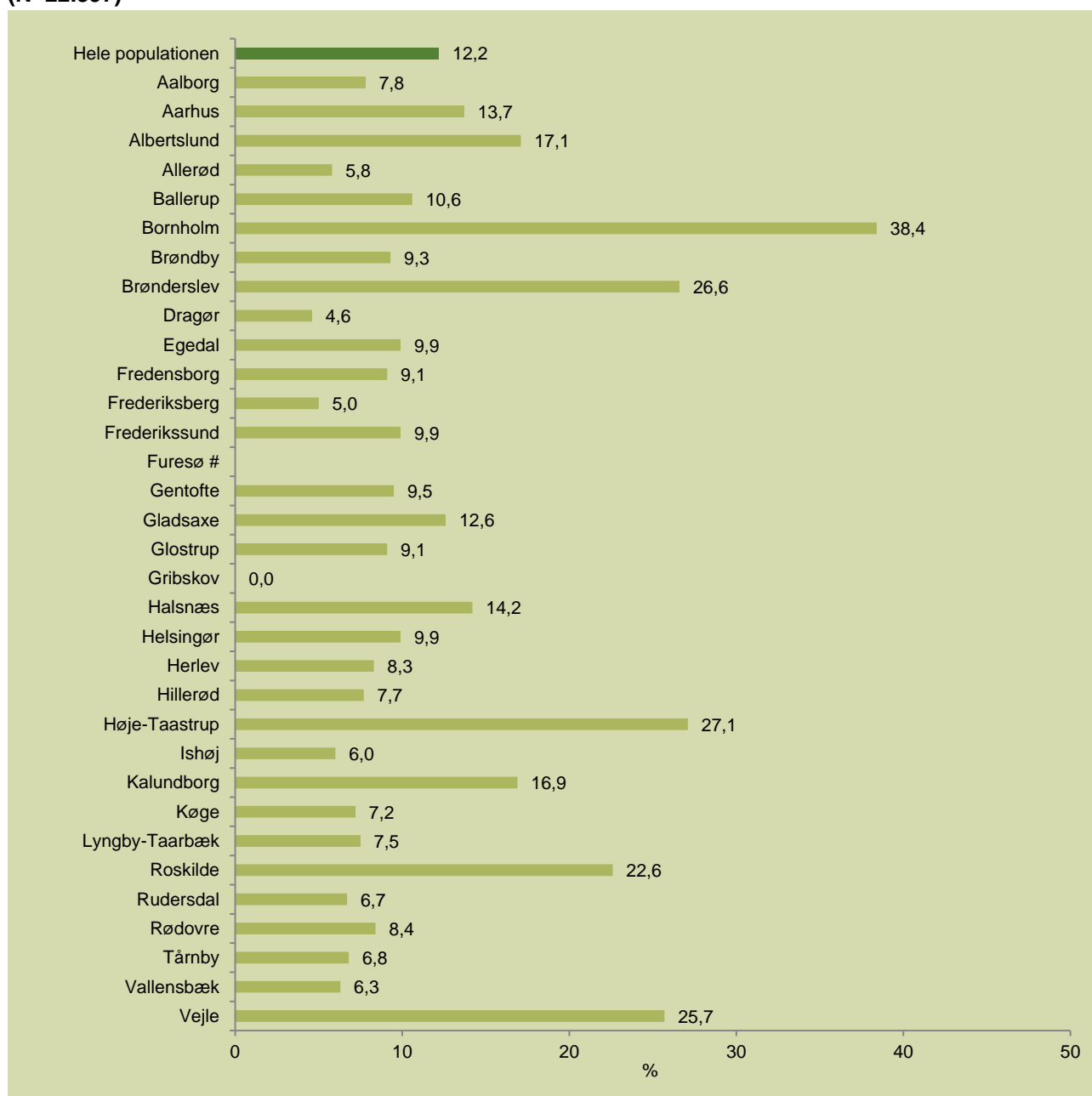
Tabel 1a. Antal børn, der indgår i sundhedsprofilen, opdelt på kommune	
Kommune	Antal børn, der indgår i sundhedsprofilen
Aalborg	2.339
Aarhus	4.678
Albertslund	315
Allerød	259
Ballerup	538
Bornholm	276
Brøndby	432
Brønderslev	380
Dragør	110
Egedal	413
Fredensborg	396
Frederiksberg	1.547
Frederikssund	384
Furesø	380
Gentofte	741
Gladsaxe	831
Glostrup	307
Gribskov	259
Halsnæs	246
Helsingør	527
Herlev	324
Hillerød	495
Høje-Taastrup	576
Ishøj	299
Kalundborg	439
Køge	609
Lyngby-Taarbæk	478
Roskilde	857
Rudersdal	475
Rødovre	526
Tårnby	459
Vallensbæk	208
Vejle	1.294
Hele populationen	22.397

2 Resultater

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 2017 modtog 12,2 % ét eller flere graviditetsbesøg. Der er stor variation kommunerne imellem. Ud over servicetilbuddet i den enkelte kommune afhænger antallet af graviditetsbesøg også af samarbejdet mellem kommune og fødested (for eksempel om der er jordemoderkonsultation i kommunen).

Figur 1a. Andelen af børn, hvor der er registeret graviditetsbesøg i 2017, opdelt på kommune (N=22.397)



Vises ikke, da antallet af observationer i kommunen er for få.

2.2 Indlæggelseslængde

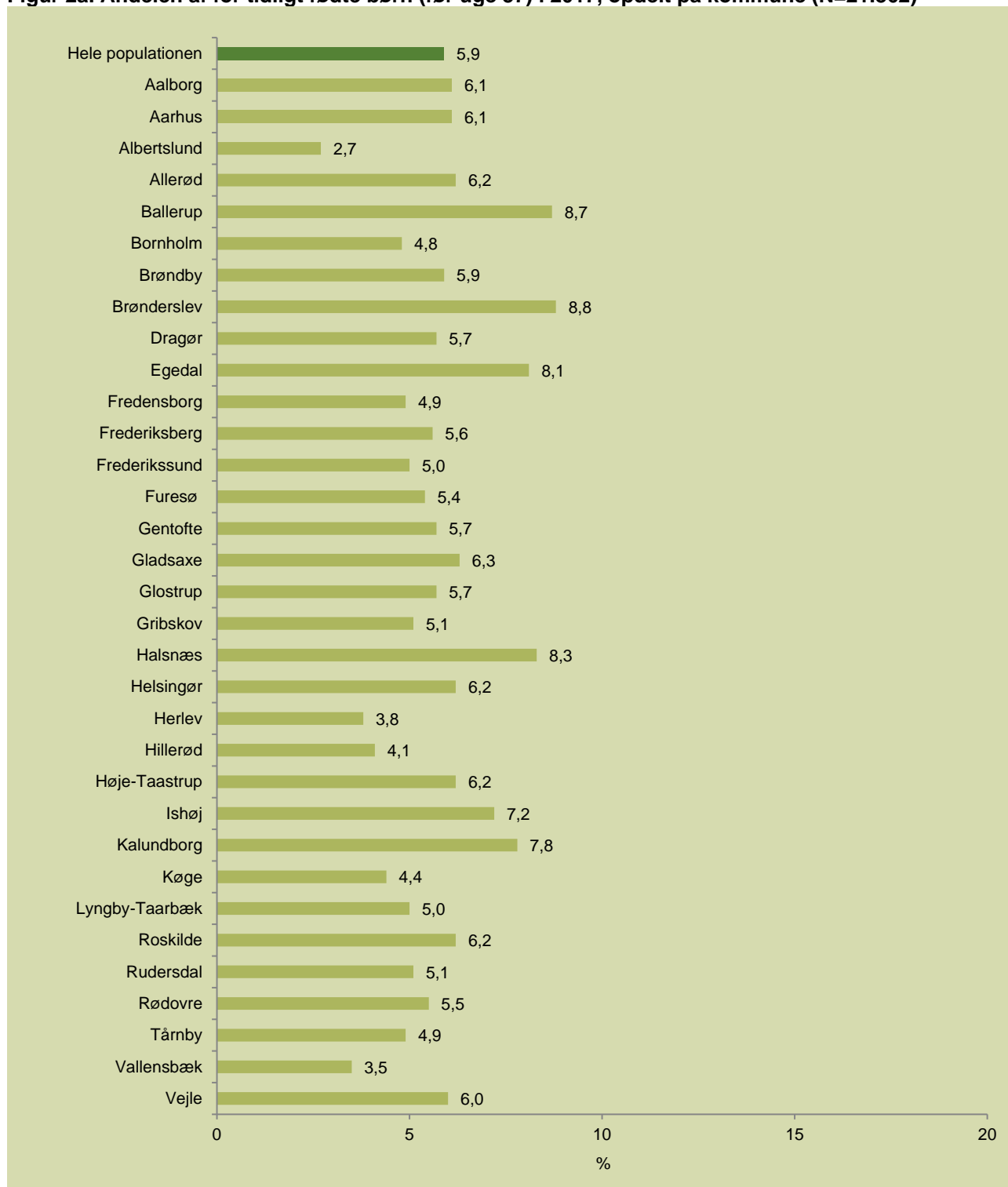
Tabel 2a viser den procentvise fordeling af børn efter indlæggelseslængde i forbindelse med fødslen. Af tabellen ses, at en fjerdedel af børnene bliver udskrevet inden for seks timer efter fødslen (25,7 %). Derudover viser figuren, at den højeste andel af børnene bliver udskrevet to til tre døgn efter fødslen (42,7 %).

Tabel 2a. Den procentvise fordeling af børn efter indlæggelseslængde i forbindelse med fødslen i 2017, opdelt på kommune (N=21.931)					
Kommune	Højest 6 timer	6-24 timer	2-3 døgn	4-6 døgn	>6 døgn
Aalborg	27,8	6,0	43,6	14,2	8,4
Aarhus	27,2	9,1	45,5	9,2	9,1
Albertslund	24,8	9,3	46,4	12,9	6,6
Allerød	30,2	15,9	39,2	7,4	7,4
Ballerup	22,8	12,5	45,7	10,6	8,5
Bornholm	14,7	19,9	41,9	15,4	8,1
Brøndby	25,2	7,4	45,0	15,2	7,1
Brønderslev	50,8	3,2	23,8	12,8	9,4
Dragør	34,0	8,5	42,5	8,5	6,6
Egedal	28,5	13,2	37,8	12,2	8,3
Fredensborg	27,9	13,2	44,2	8,8	5,9
Frederiksberg	19,0	11,6	47,2	14,1	8,2
Frederikssund	29,6	15,3	36,2	11,9	7,1
Furesø	26,6	12,7	41,2	12,7	6,8
Gentofte	22,4	14,0	41,4	14,4	7,8
Gladsaxe	21,7	14,2	42,8	12,5	8,9
Glostrup	22,4	8,4	45,5	15,4	8,4
Gribskov	26,3	12,9	44,7	9,8	6,3
Halsnæs	25,1	13,4	43,1	13,0	5,4
Helsingør	27,9	14,5	41,8	8,8	7,0
Herlev	21,4	13,0	46,6	11,8	7,1
Hillerød	27,3	13,3	40,2	12,7	6,6
Høje-Taastrup	22,8	11,4	44,7	14,2	6,9
Ishøj	23,7	12,5	42,0	14,2	7,5
Kalundborg	26,4	15,2	36,9	12,9	8,6
Køge	22,1	14,9	42,3	13,8	7,0
Lyngby-Taarbæk	30,1	12,2	41,6	9,4	6,8
Roskilde	23,6	14,8	39,4	14,2	7,9
Rudersdal	32,6	9,6	43,3	9,0	5,5
Rødovre	21,1	13,0	45,4	11,8	8,7
Tårnby	28,4	7,8	44,3	15,7	3,8
Vallensbæk	23,0	11,3	45,1	15,7	4,9
Vejle	22,3	11,3	34,0	22,8	9,7
Hele populationen	25,7	11,0	42,7	12,7	8,0

2.3 Gestationsalder

Langt hovedparten af børnene (94,1 %) 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 (for tidligt fødte), mens 1,1 % er født i uge 20-32 (ekstremt for tidligt eller meget for tidligt fødte). Figur 2a viser andelen af tidligt fødte børn (før uge 37) i hele populationen og for den enkelte kommune. I hele populationen er 5,9 % af børnene født før uge 37. Andelen af tidligt fødte børn varierer fra 2,7 % til 8,8 %.

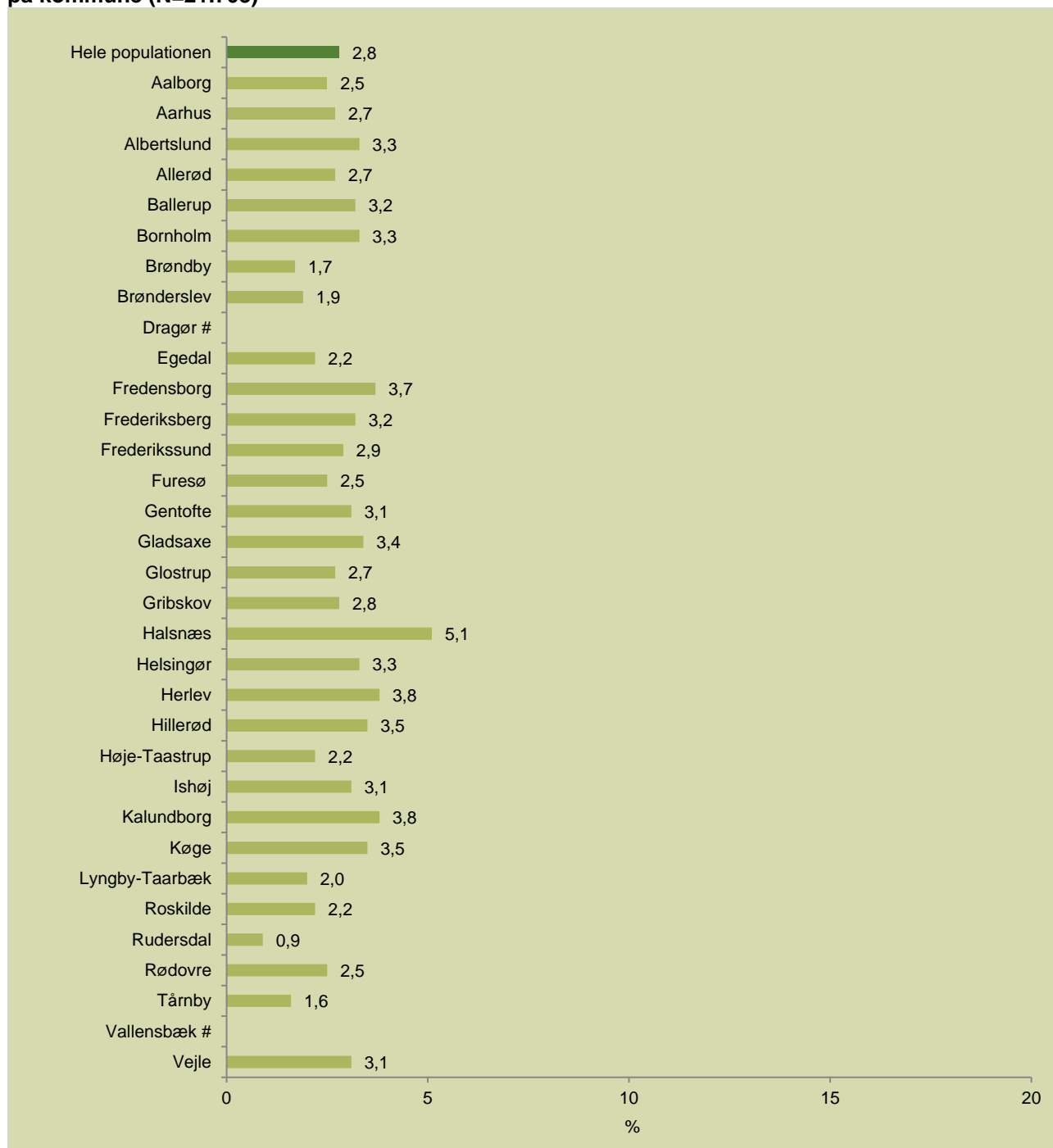
Figur 2a. Andelen af for tidligt fødte børn (før uge 37) i 2017, opdelt på kommune (N=21.862)



2.4 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, hjerteslag, 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 3a 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 2,8 % af børnene en apgarscore på under ni point efter fem minutter.

Figur 3a. Andelen af børn med en apgarscore på under ni point fem minutter efter fødslen i 2017, opdelt på kommune (N=21.703)

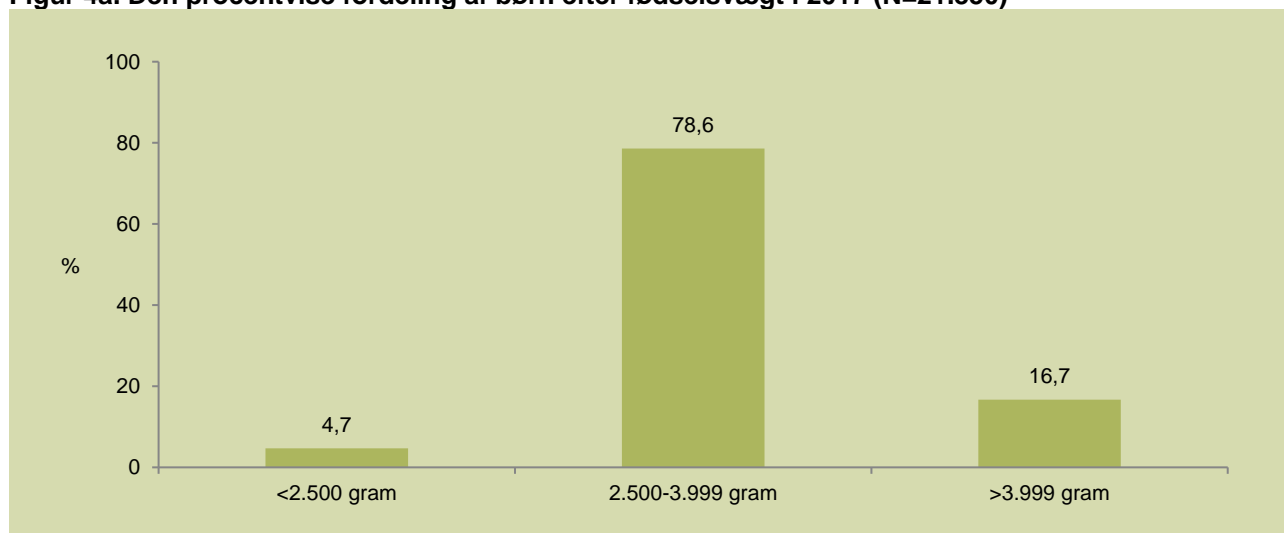


Viser ikke, da antallet af observationer i kommunen er for få.

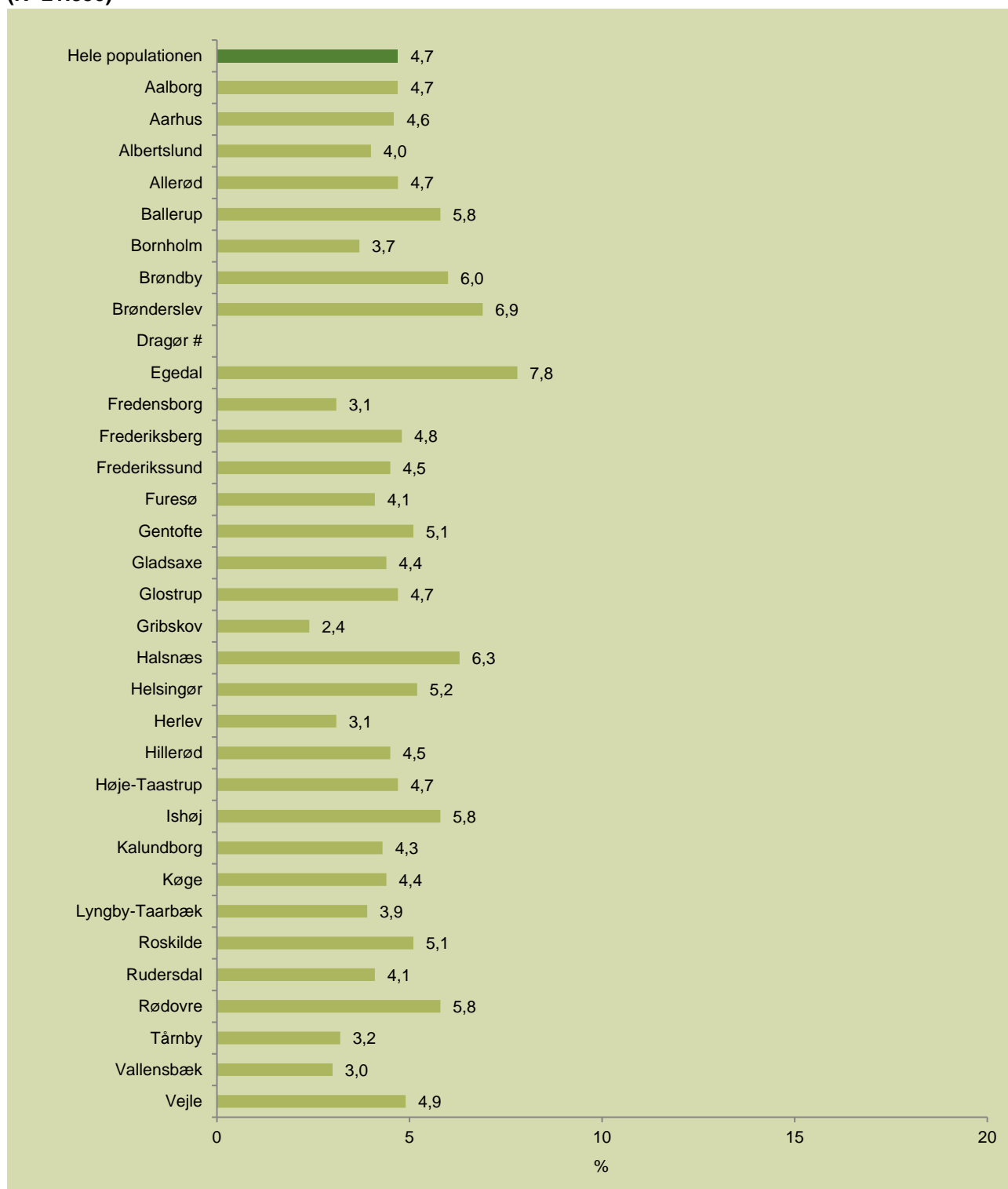
2.5 Fødselsvægt

Oplysningerne om fødselsvægt er hentet via Det Medicinske Fødselsregister. Af figur 4a fremgår det, at 4,7 % af børnene i hele populationen er født med en fødselsvægt på mindre end 2.500 gram, at 78,6 % er født med en fødselsvægt på mellem 2.500 gram og 3.999 gram, og at 16,7 % er født med en fødselsvægt på 4.000 gram eller mere. Figur 5a 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 2,4 % til 7,8 %.

Figur 4a. Den procentvise fordeling af børn efter fødselsvægt i 2017 (N=21.850)



Figur 5a. Andelen af børn med en fødselsvægt på under 2.500 gram i 2017, opdelt på kommune (N=21.850)

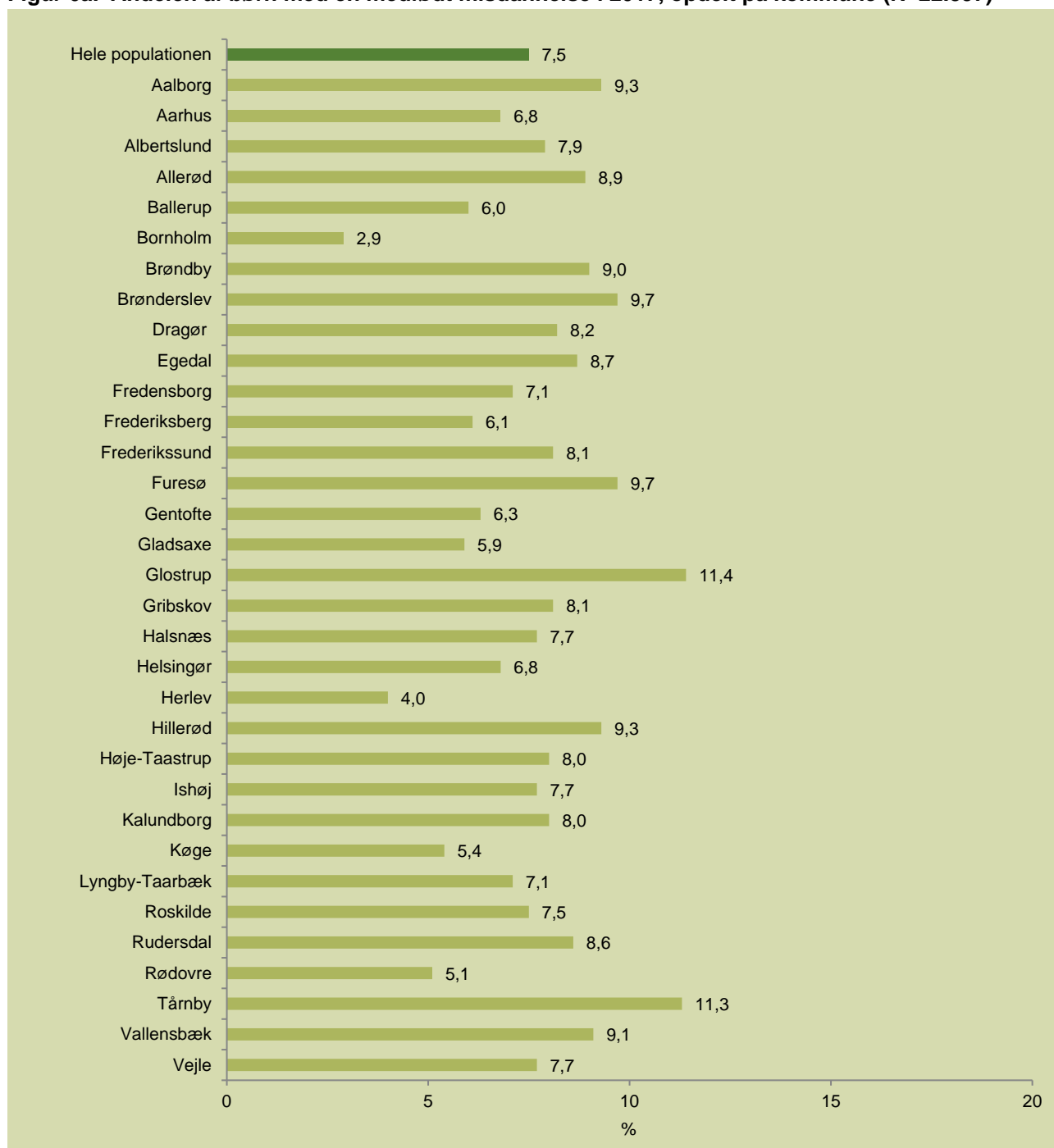


Viser ikke, da antallet af observationer i kommunen er for få.

2.6 Medfødte misdannelser

Misdannelser ved fødslen er indhentet via Det Medicinske Fødselsregister og indbefatter alle Q-diagnoserne fra WHO's sygdomsklassifikation (ICD-10). Ifølge registeret har 7,5 % af børnene i hele populationen én eller flere misdannelser ved fødslen. De tre hyppigste medfødte misdannelser i 2017 er kort tungebånd (Q381), medfødte misdannelser i hoften (Q658) og forsnævring i nyrebækken (Q620). Figur 6a 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 2,9 % til 11,4 %.

Figur 6a. Andelen af børn med en medfødt misdannelse i 2017, opdelt på kommune (N=22.397)



2.7 Besøg i første leveår

I tabel 3a 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 93,2 % af børnene i populationen er registreret et A-besøg, for 89,8 % et B-besøg, for 76,9 % et C-besøg og for 84,1 % et D-besøg. Grunden til, at alle besøg ikke er registreret for alle børn, skyldes mange forskellige forhold, for eksempel familier, der er flyttet og ikke længere bor i en af databasekommunerne. Derudover tilbydes C-besøget eksempelvis kun til førstegangsfødende i Vejle Kommune, mens C-besøget i Aarhus Kommune ikke har været et tilbud til alle børn, men blev fra 2017 som en forsøgsordning et tilbud til førstegangsfødende. Derudover har D-besøget i Aalborg Kommune og Brønderslev Kommune været erstattet af en konsultation på grund af perioder med ubesatte stillinger eller langtidssygdom, hvilket forklarer den lavere andel.

Tabel 3a. Andelen af børn i 2017, hvor A-, B-, C- og D-besøget er registreret, opdelt på kommune (N=22.397)

Kommune	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	97,3	94,0	88,0	74,4
Aarhus	94,2	90,3	35,3	86,8
Albertslund	91,1	87,9	90,2	93,0
Allerød	88,4	85,3	88,8	88,4
Ballerup	94,8	92,6	91,8	90,9
Bornholm	94,9	94,6	94,6	94,2
Brøndby	89,1	82,2	88,7	83,3
Brønderslev	96,6	95,8	95,8	78,4
Dragør	90,9	94,6	92,7	94,6
Egedal	95,6	94,2	96,1	94,7
Fredensborg	92,9	91,2	94,7	92,2
Frederiksberg	94,4	92,2	90,7	83,9
Frederikssund	95,3	92,5	93,8	90,6
Furesø	92,4	92,6	96,1	94,2
Gentofte	90,4	85,6	86,8	80,6
Gladsaxe	92,1	88,5	90,0	86,2
Glostrup	92,5	89,3	88,9	83,4
Gribskov	96,9	94,6	93,1	91,1
Halsnæs	96,3	95,1	98,0	93,1
Helsingør	94,7	93,0	93,4	88,6
Herlev	90,4	89,2	91,7	91,7
Hillerød	94,6	91,1	91,9	87,9
Høje-Taastrup	86,8	77,6	81,9	78,1
Ishøj	94,0	92,3	94,3	93,0
Kalundborg	95,9	93,4	93,6	82,0*
Køge	94,4	90,5	89,0	88,3
Lyngby-Taarbæk	93,9	92,1	94,1	90,6
Roskilde	86,1	75,5	77,8	80,2
Rudersdal	93,3	89,1	94,5	87,2
Rødovre	88,8	89,9	91,6	89,4
Tårnby	87,4	82,4	87,2	86,3
Vallensbæk	91,8	92,8	93,8	89,4
Vejle	90,8	87,0	58,4	84,9
Hele populationen	93,2	89,8	76,9	85,5*

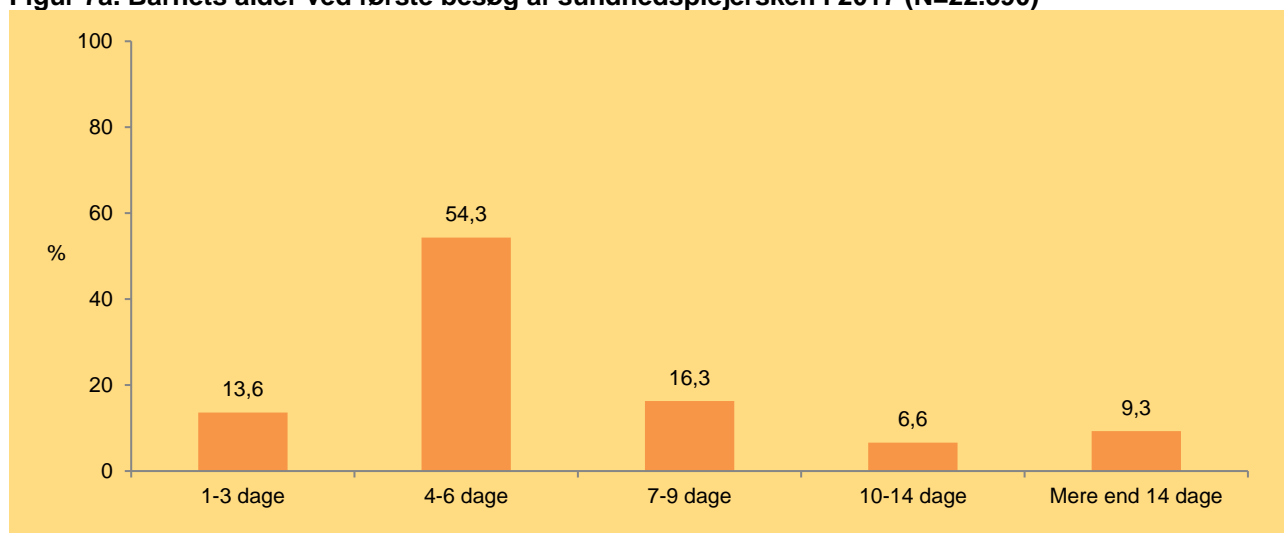
*I Kalundborg Kommune registreres D-besøget som et BOEL-besøg og registreres derfor ikke som et D-besøg. Derfor er denne oplysning hentet fra udviklingsskemaet, hvor der ses på andelen af børn med registreringer i udviklingsskemaet. Det betyder også, at Kalundborg Kommune ikke indgår i hele populationen ved D-besøget.

2.8 Barnets alder ved første besøg af sundhedsplejen

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, 2011b, Sundhedsstyrelsen, 2013).

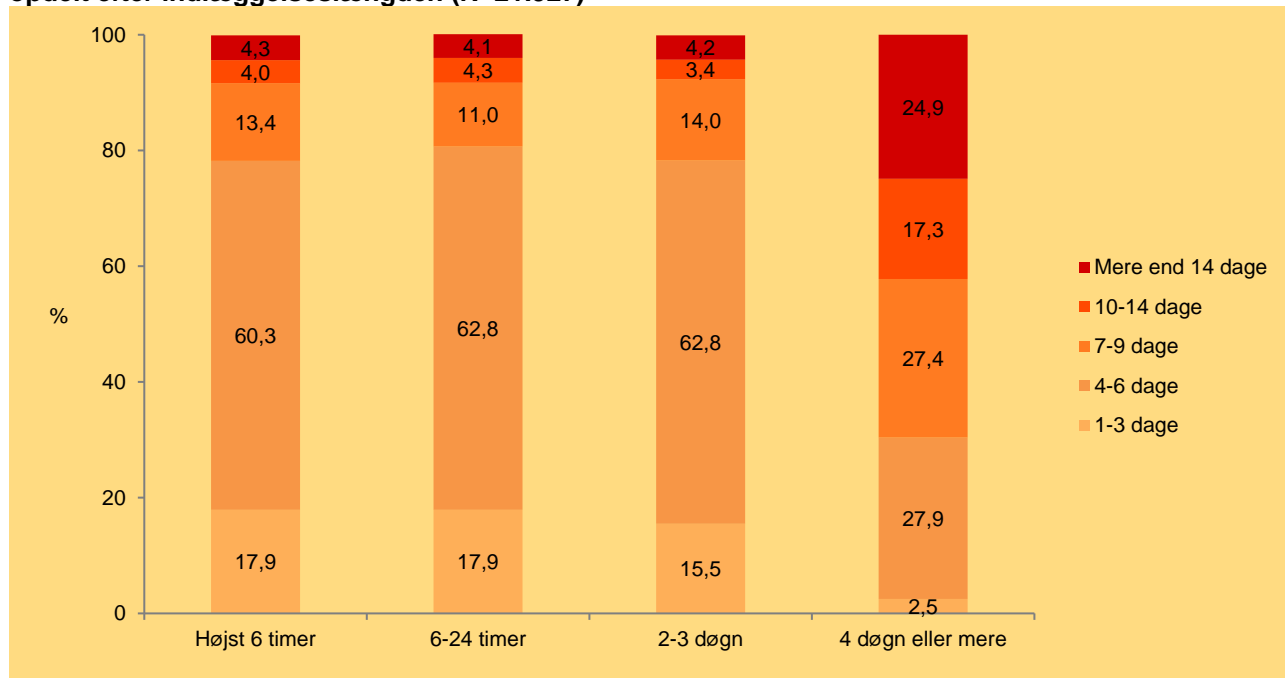
Af figur 7a ses, at 67,9 % af børnene havde det første besøg af sundhedsplejersken, inden barnet var en uge gammelt. Derudover viser figuren, at 9,3 % af børnene modtog deres første besøg, da barnet var mere end 14 dage gammelt. Denne gruppe indeholder blandt andet tilflyttere samt børn, der har været indlagt længe efter fødslen.

Figur 7a. Barnets alder ved første besøg af sundhedsplejersken i 2017 (N=22.390)



Figur 8a 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.

Figur 8a. Den procentvise fordeling af børn efter alder ved første besøg af sundhedsplejen i 2017, opdelt efter indlæggelseslængden (N=21.927)



Tabel 4a 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 variation i indlæggelseslængden.

Tabel 4a. Den procentvise fordeling af alder ved første besøg af sundhedsplejersken i 2017, opdelt på kommune (N=22.390)					
Kommune	1-3 dage	4-6 dage	7-9 dage	10-14 dage	Over 14 dage
Aalborg	3,3	36,2	43,2	8,7	8,7
Aarhus	16,2	63,5	7,3	5,0	7,9
Albertslund	21,9	47,0	15,2	8,6	7,3
Allerød	10,4	69,1	4,6	4,6	11,2
Ballerup	22,3	52,4	9,7	5,6	10,0
Bornholm	13,4	48,2	21,7	7,6	9,1
Brøndby	18,8	51,9	11,8	7,6	10,0
Brønderslev	14,0	58,7	12,1	5,0	10,3
Dragør	12,7	62,7	11,8	5,5	7,3
Egedal	17,2	55,9	13,3	3,4	10,2
Fredensborg	10,6	68,9	6,1	3,0	11,4
Frederiksberg	11,2	55,9	15,6	6,9	10,5
Frederikssund	1,6	59,9	21,4	9,1	8,1
Furesø	13,7	63,4	8,4	4,2	10,3
Gentofte	16,5	53,0	11,7	6,8	12,0
Gladsaxe	13,4	54,5	13,5	5,5	13,1
Glostrup	13,4	59,3	14,3	4,6	8,5
Gribskov	12,7	58,7	17,4	3,9	7,3
Halsnæs	12,2	60,6	12,6	6,5	8,1
Helsingør	7,4	67,7	8,2	7,4	9,3
Herlev	21,9	56,5	9,9	4,3	7,4
Hillerød	10,5	66,1	9,5	4,4	9,5
Høje-Taastrup	24,3	37,0	18,2	8,7	11,8
Ishøj	12,4	50,2	19,7	9,0	8,7
Kalundborg	7,7	57,4	19,4	6,6	8,9
Køge	1,2	20,0	49,4	19,1	10,3
Lyngby-Taarbæk	13,2	63,6	8,8	4,8	9,6
Roskilde	21,4	39,6	19,4	8,6	11,0
Rudersdal	28,6	50,7	8,2	1,9	10,5
Rødovre	20,5	54,9	9,5	6,5	8,6
Tårnby	19,6	53,6	11,1	6,5	9,2
Vallensbæk	17,8	52,9	15,4	4,8	9,1
Vejle	9,4	60,2	15,4	7,3	7,7
Hele populationen	13,6	54,3	16,3	6,6	9,3

2.9 Tobaksrøg i hjemmet

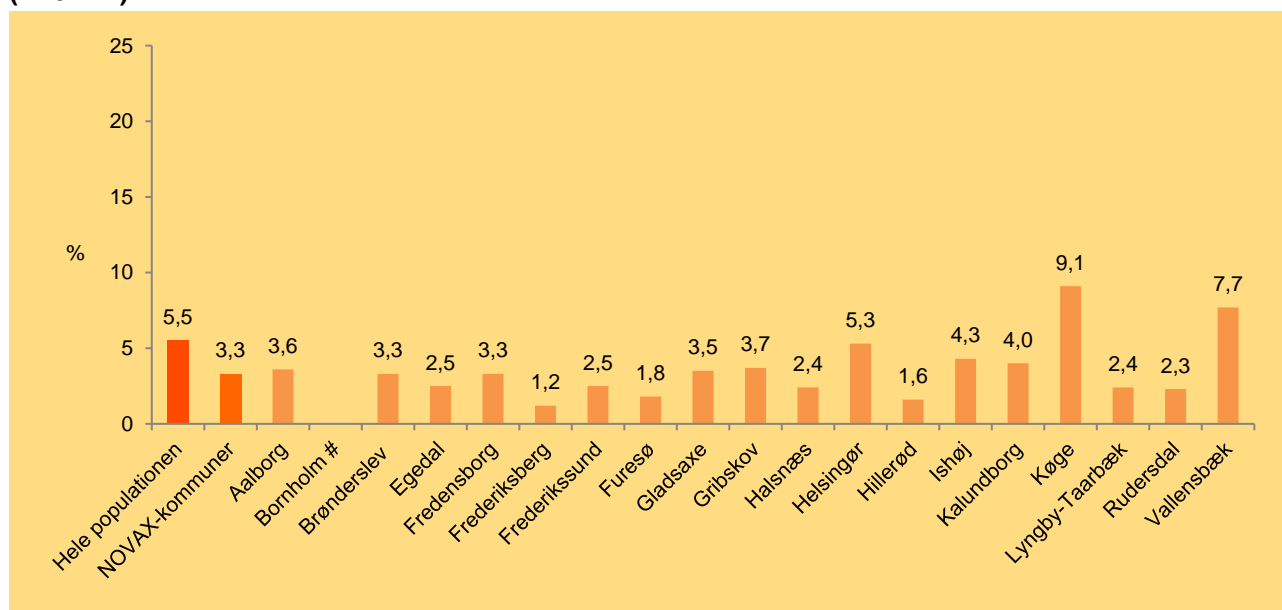
Børn er særligt sårbare over for tobaksrøg, fordi deres lunger ikke er færdigudviklet, og fordi de har en højere respirationsrate. Det betyder, at børn optager flere gange en dosis af røgens stoffer end voksne, der befinder sig i de samme tobaksforurenede omgivelser. Derudover tilbringer børn det meste af deres første leveår indendøre 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 (Kræftens Bekæmpelse & 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 indefor 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. I hele populationen er 5,5 % af børnene udsat for tobaksrøg i hjemmet. I NOVAX-populationen er det 3,3 % og i TM Sund-populationen er det 7,8 %.

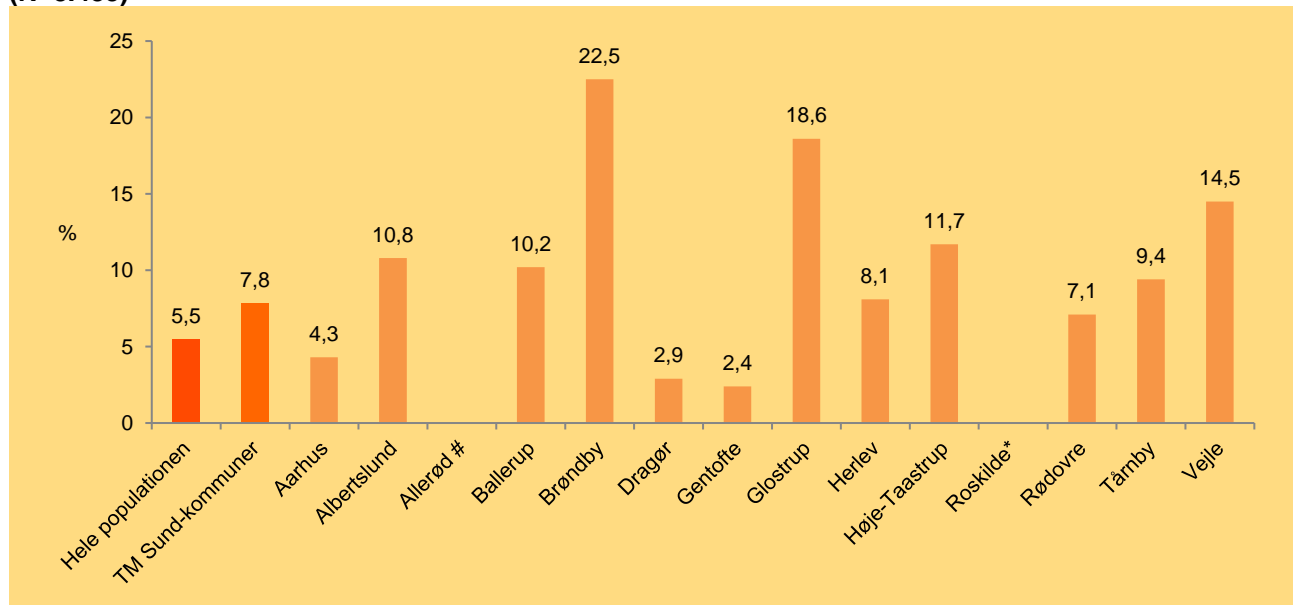
Definitionen af tobaksrøg i hjemmet har varieret gennem tiden, og før 2014 skulle sundhedsplejersken notere, hvorvidt barnet boede sammen med mindst én ryger. De skiftende definitioner kan betyde, at der registreres noget forskelligt i kommunerne på trods af, at vejledningerne til journalerne definerer udsættelsen for tobaksrøg ens. Den store variation kommunerne og journalsystemerne imellem er også set i de tidligere rapporter (figur 11a og 12a).

Figur 9a. Andelen af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet i 2017, i NOVAX-kommunerne (N=9.177)



Viser ikke, da antallet af observationer i kommunen er for få.

Figur 10a. Andelen af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet i 2017, i TM Sund-kommuner (N=8.483)

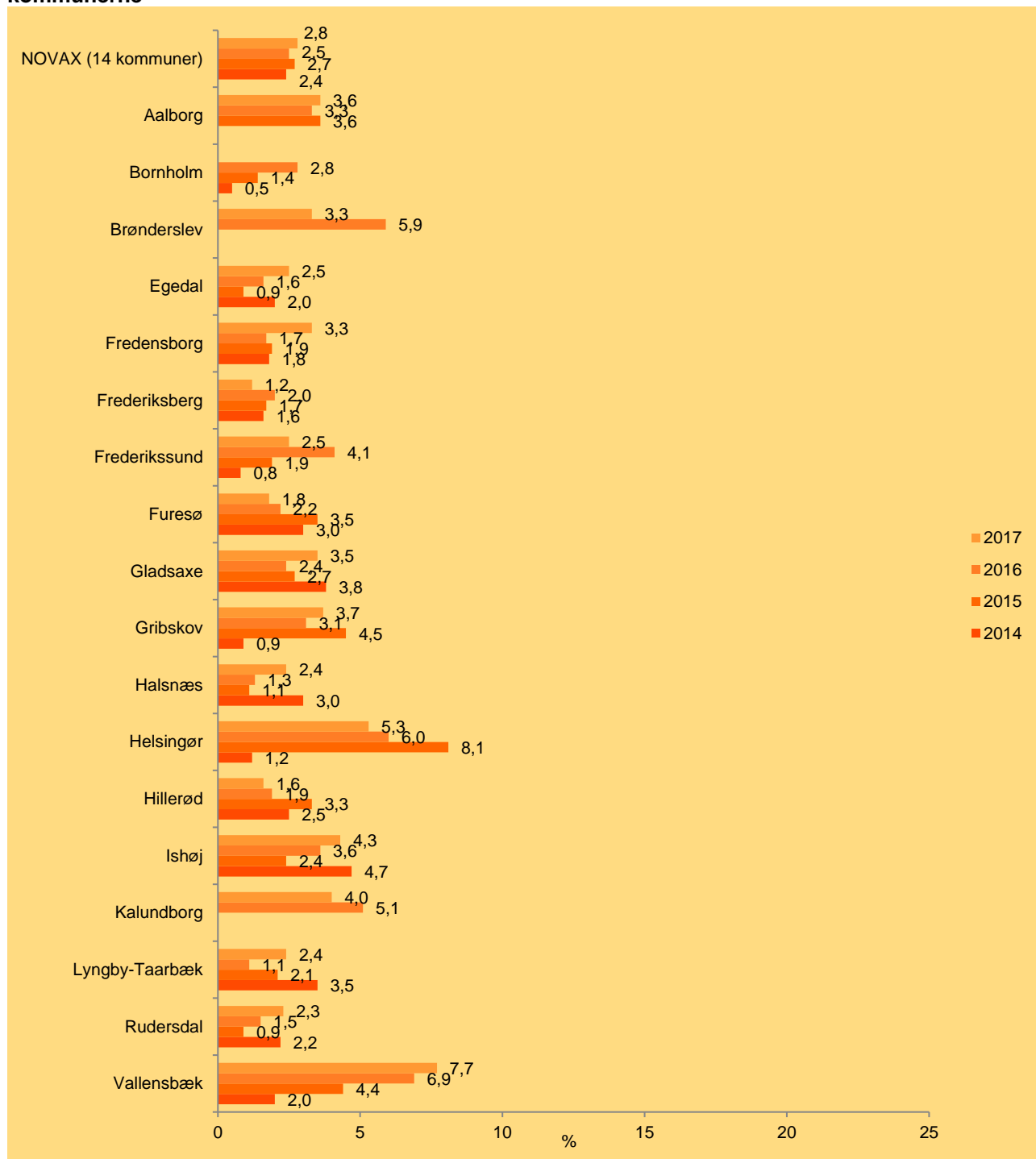


#Vises ikke, da antallet af observationer i kommunen er for få.

*Vises ikke, da andelen af missing er for høj.

Figur 11a viser udviklingen fra 2014 til 2017 i andelen af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet, samlet i de 14 NOVAX-kommuner, der har oplysninger fra de sidste fire år, og for hver NOVAX-kommune, hvor der er oplysninger om tobaksrøg i hjemmet fra mindst to år. Af figuren ses, at andelen, der samlet set udsættes for tobaksrøg, er steget fra 2,4 % i 2014 til 2,8 % i 2017.

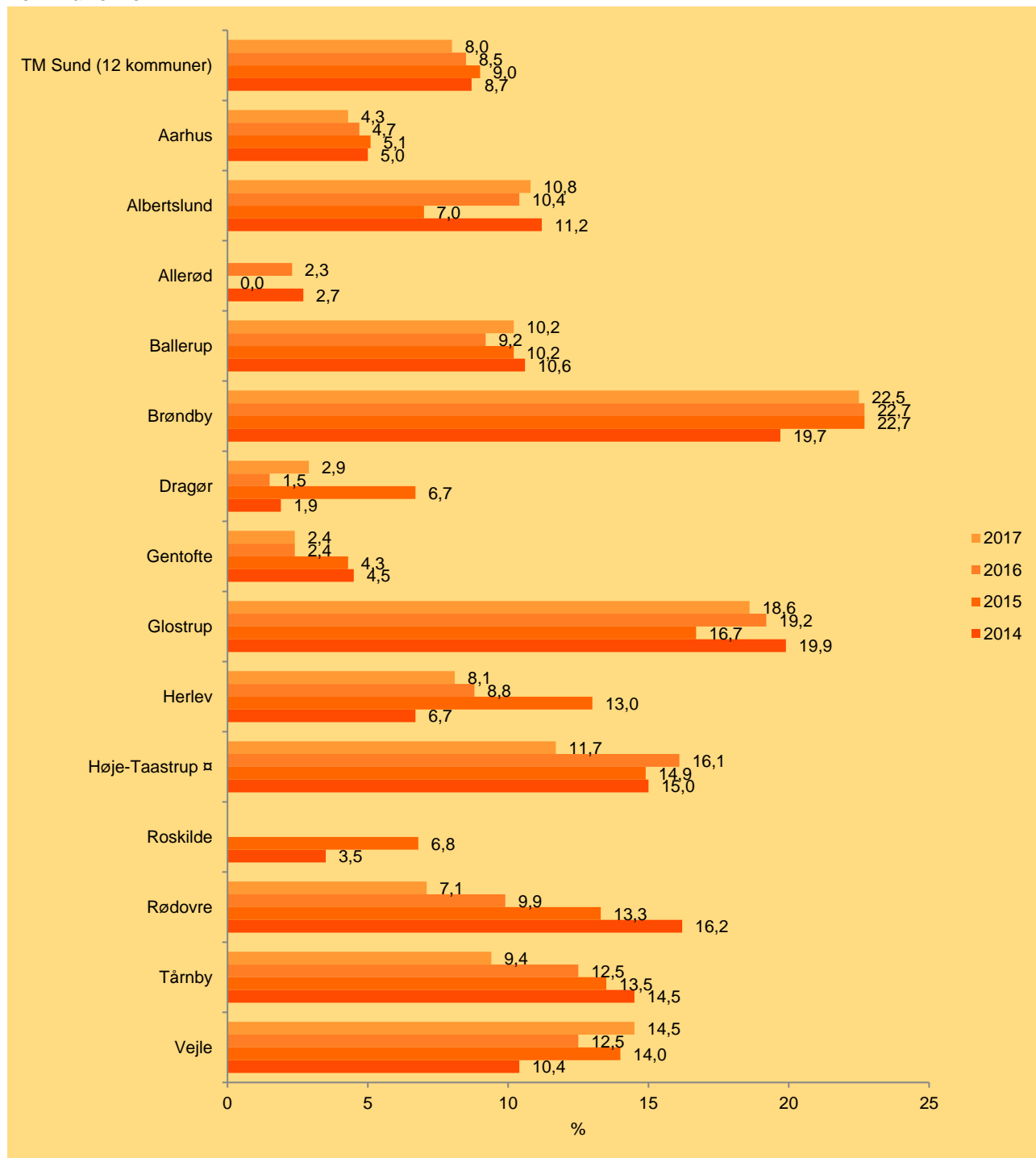
Figur 11a. Udviklingen i andelen af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet, i NOVAX-kommunerne



NOVAX (14 kommuner) indbefatter de 14 NOVAX-kommuner, der har oplysninger fra de sidste fire år. Det vil sige 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 12 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 samlet set udsættes for tobaksrøg i hjemmet, har svinget mellem 9,0 % i 2015 til 8,0 % i 2017.

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



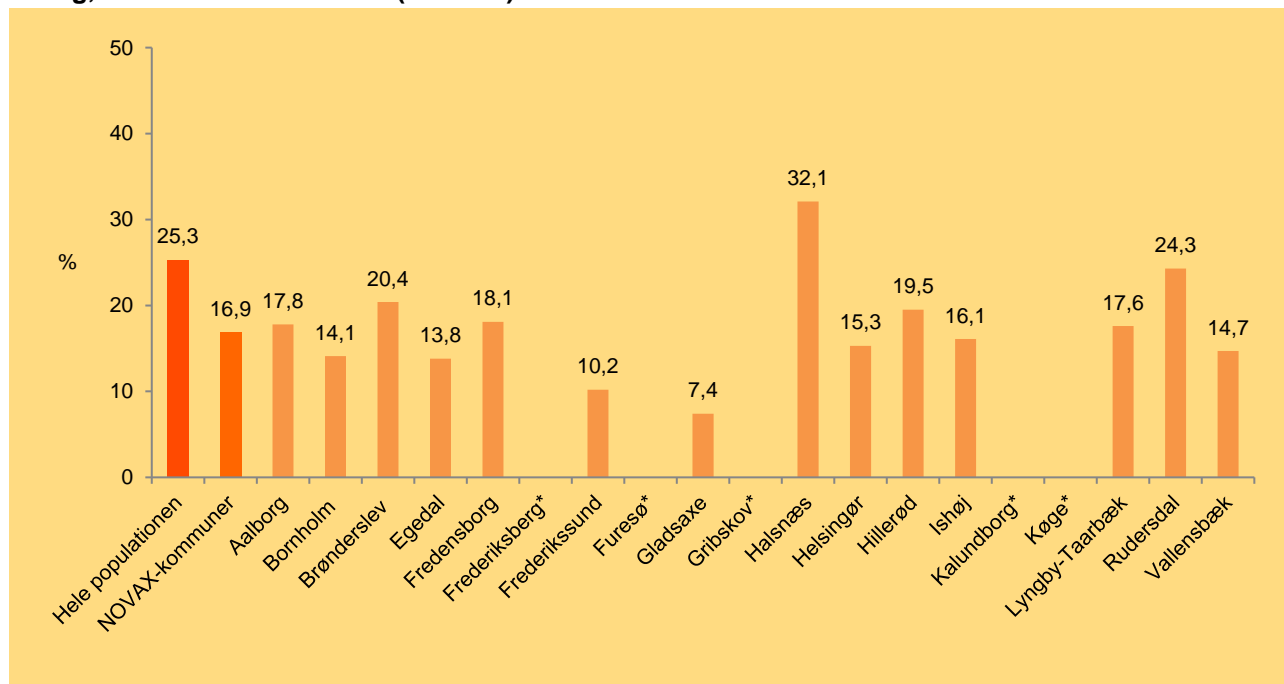
TM Sund (12 kommuner) indbefatter de 12 TM Sund-kommuner, der har oplysninger fra de sidste fire år. Det vil sige Aarhus, Albertslund, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Høje-Taastrup, Rødovre, Tårnby og Vejle.

☐ Høje-Taastrup Kommune er i 2017 overgået fra TM Sund- til NOVAX-journalsystemet og overgangsfasen fra et journalsystem til et andet kan have påvirket registreringen og dermed være skyld i faldet i faldet i kommunen.

2.10 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 16,9 % af børnene i NOVAX-kommunerne har bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg. Andelen varierer mellem 7,4 % til 32,1 % kommunerne imellem. I den samlede population med både TM Sund-kommunerne og NOVAX-kommunerne er andelen 25,3 %.

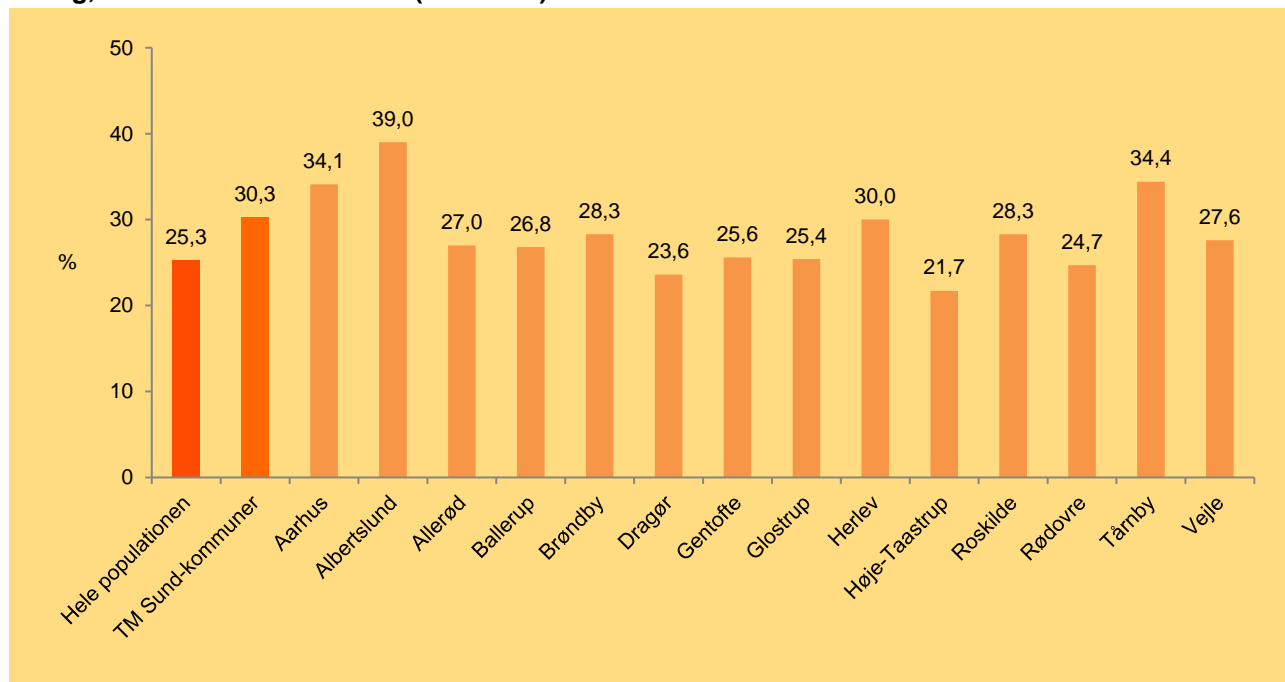
Figur 13a. Andelen af børn i 2017, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg, i NOVAX-kommunerne (N=6.672)



*Vises ikke, da andelen af missing er for høj.

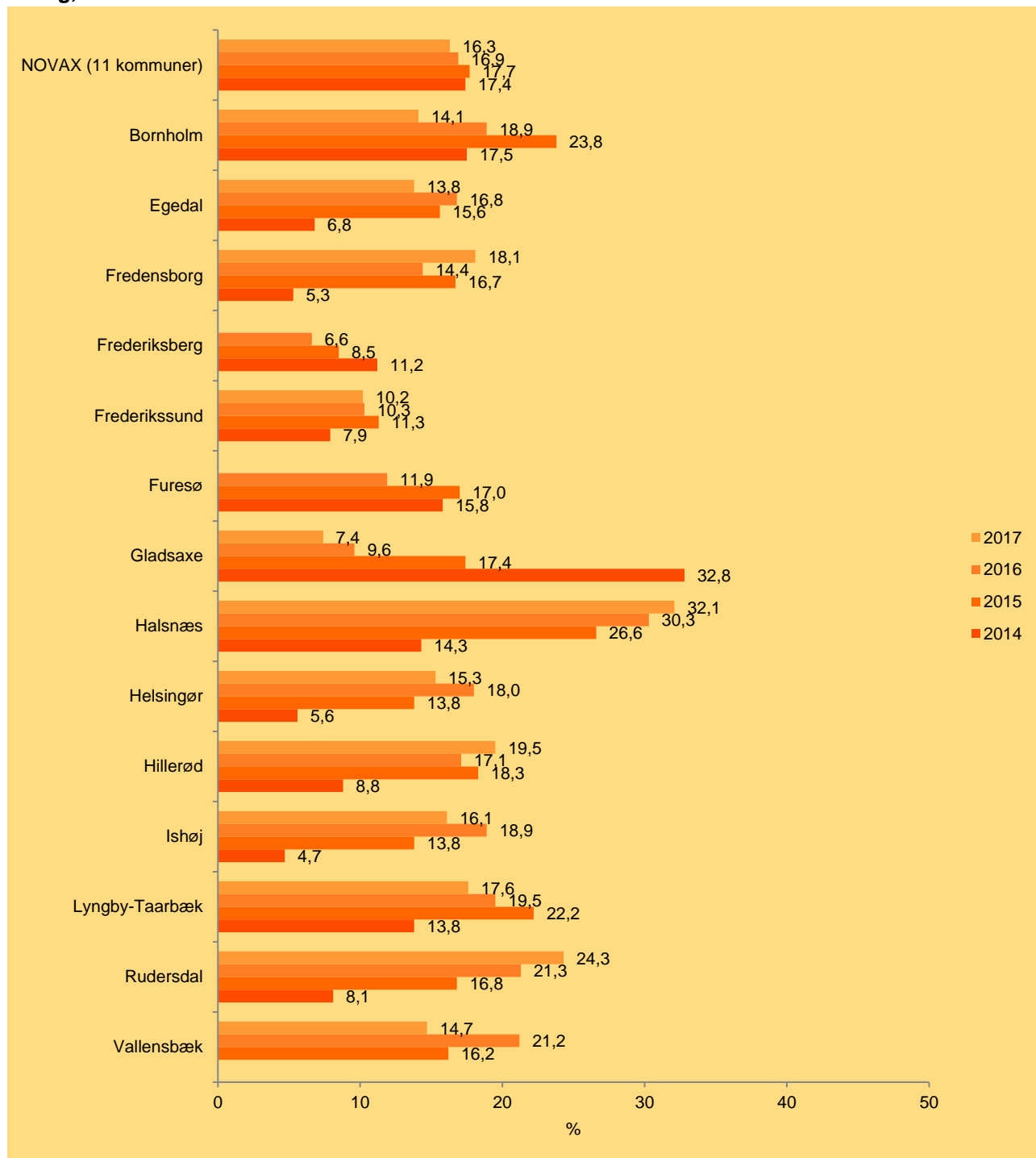
Figur 14a viser andelen af børn, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg i barnets første leveår, i TM Sund-kommunerne. Af figuren ses, at der i næsten en tredjedel af TM Sund-journalerne (30,3 %) er rapporteret bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg i barnets første leveår. Forekomsten varierer mellem 21,7 % og 39,0 % kommunerne imellem.

Figur 14a. Andelen af børn i 2017, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg, i TM Sund-kommunerne (N=11.205)



Figur 15a viser udviklingen fra 2014 til 2017 i andelen af børn med bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg i de 11 NOVAX-kommuner, der har oplysninger fra alle fire 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 samlet set er faldet fra 17,7 % i 2015 til 16,3 % i 2017.

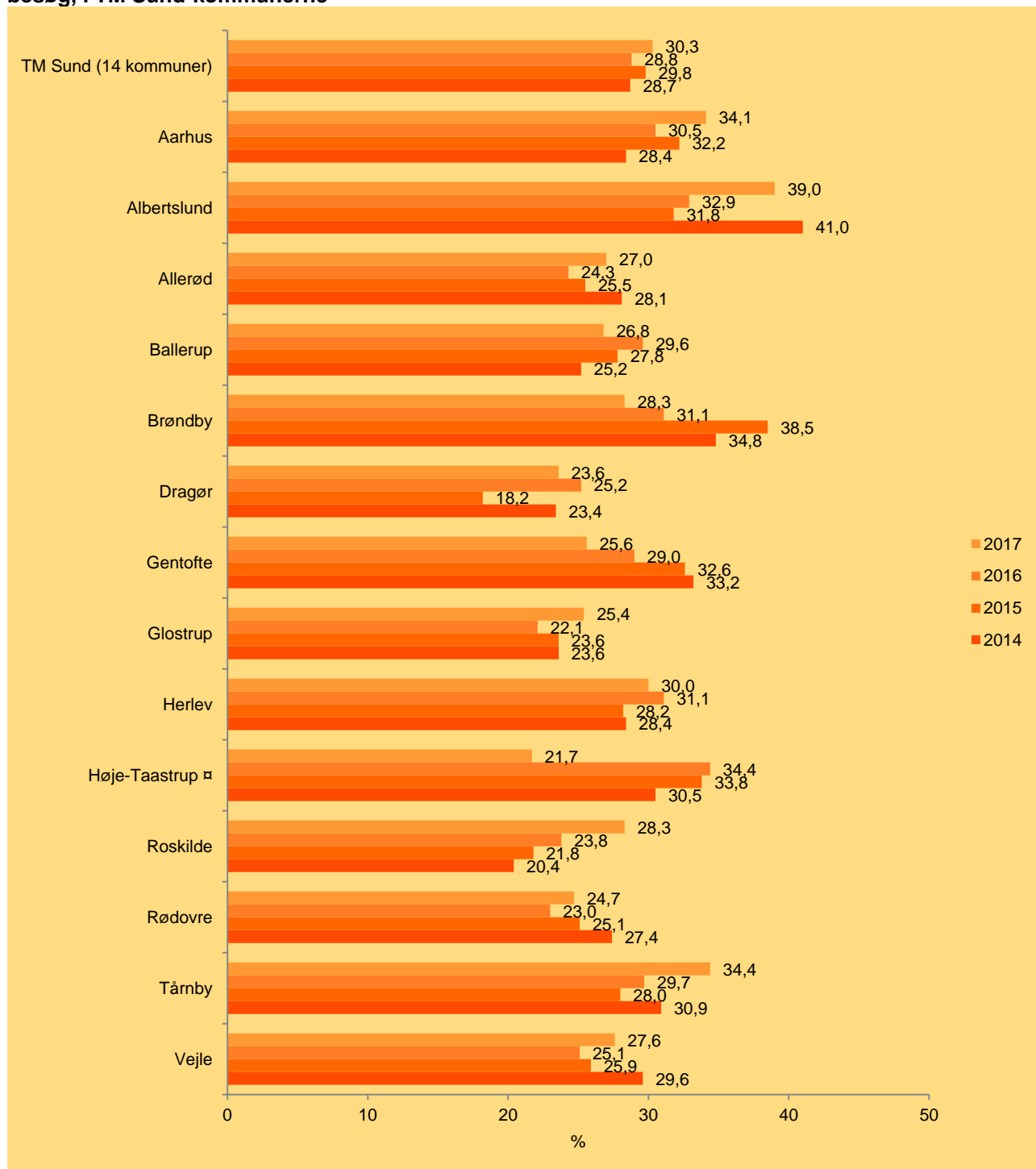
Figur 15a. Udviklingen i andelen af børn med bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg, i NOVAX-kommunerne



NOVAX (11 kommuner) indbefatter de 11 NOVAX-kommuner, der har oplysninger fra de sidste fire år. Det vil sige Bornholm, Egedal, Fredensborg, Frederikssund, 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. Af figuren ses, at andelen af børn med bemærkning til mors psykiske tilstand samlet set har svinget mellem 28,7 % i 2014 til 30,3 % i 2017.

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 Aarhus, Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Høje-Taastrup, Roskilde, Rødovre, Tårnby og Vejle.

[⊠] Høje-Taastrup Kommune er i 2017 overgået fra TM Sund- til NOVAX-journalsystemet og overgangsfasen fra et journalsystem til et andet kan have påvirket registreringen og dermed være skyld i faldet i kommunen.

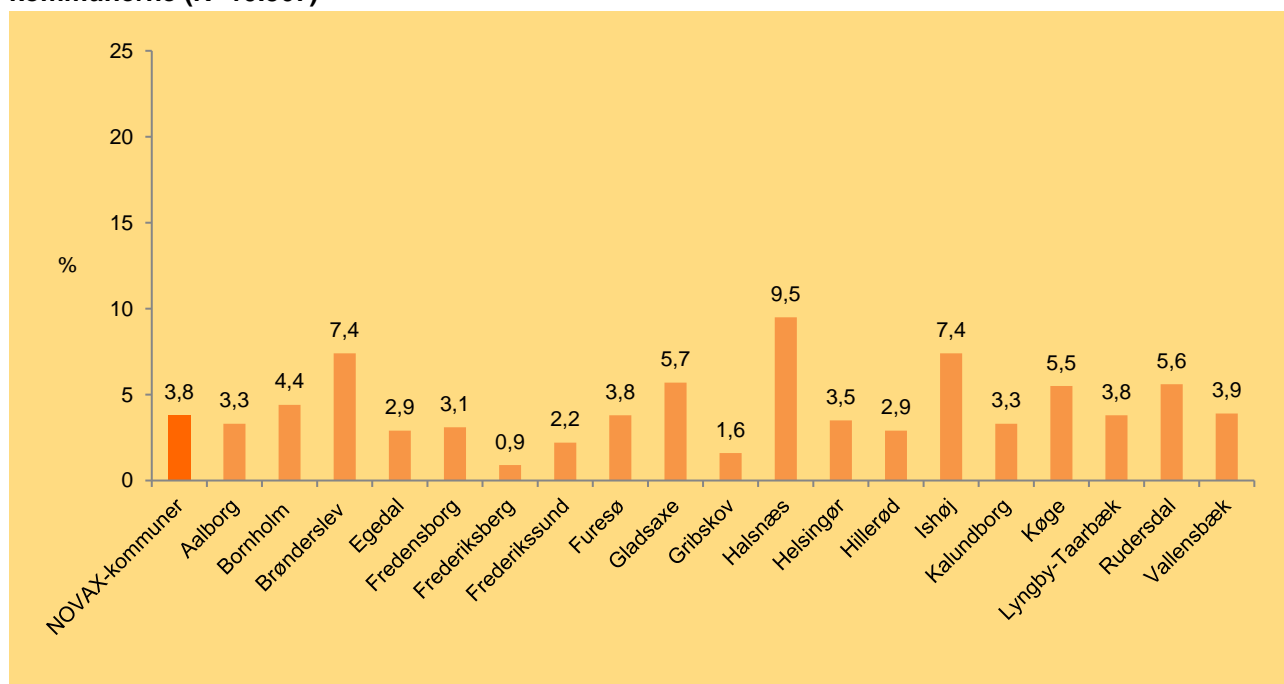
2.11 Forældre-barn relationen

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 et al., 2018). 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.

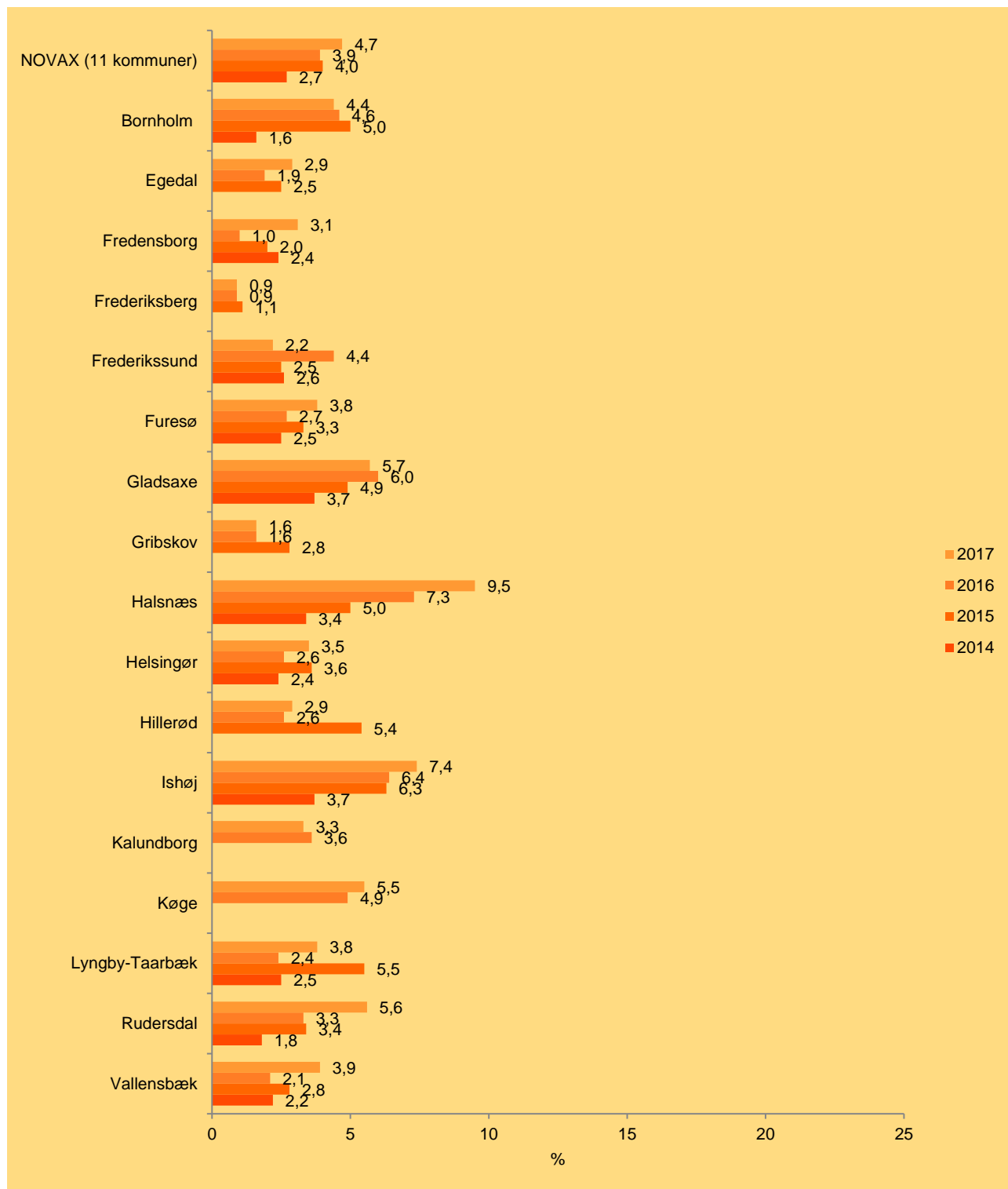
Samvær, kontakt og leg i kommuner, der benytter NOVAX-journalen

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 3,8 % af børnene i NOVAX-kommunerne har bemærkning til samvær/kontakt/leg ved mindst ét besøg. Andelen varierer mellem 0,9 % og 9,5 % kommunerne imellem. Figur 18a viser udviklingen fra 2014 til 2017 i andelen af børn med bemærkning til samvær/kontakt/leg ved mindst ét besøg i de 11 NOVAX-kommuner, der har oplysninger fra alle fire 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 fire år, samlet set er steget fra 2,7 % i 2014 til 4,7 % i 2017. Denne stigning kan blandt andet tænkes at være et resultat af, at en tidligere rapport fra Databasen Børns Sundhed har fokuseret på netop dette emne, hvilket vi ved medfører et øget fokus.

Figur 17a. Andelen af børn i 2017 med bemærkning til samvær/kontakt/leg i første leveår, i NOVAX-kommunerne (N=10.567)



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

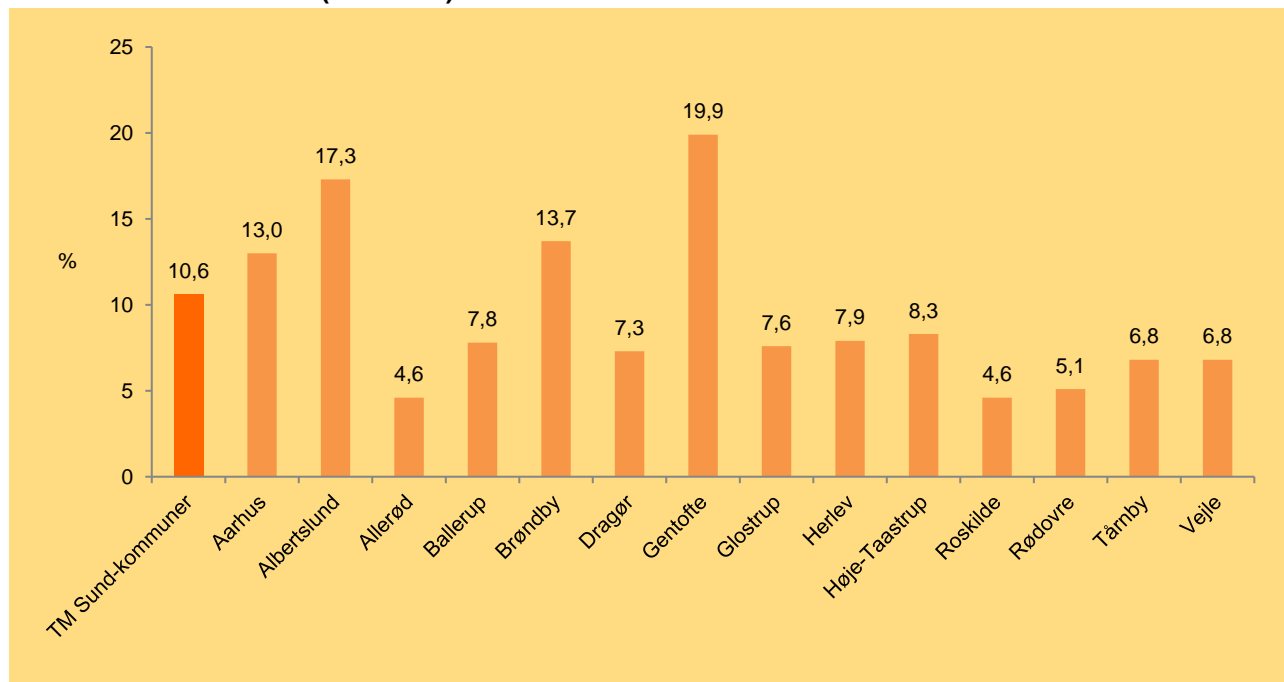


NOVAX (11 kommuner) indbefatter de 11 NOVAX-kommuner, der har oplysninger fra de sidste fire år. Det vil sige Bornholm, Fredensborg, Frederikssund, Furesø, Gladsaxe, Halsnæs, Helsingør, Ishøj, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal og Vallensbæk.

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

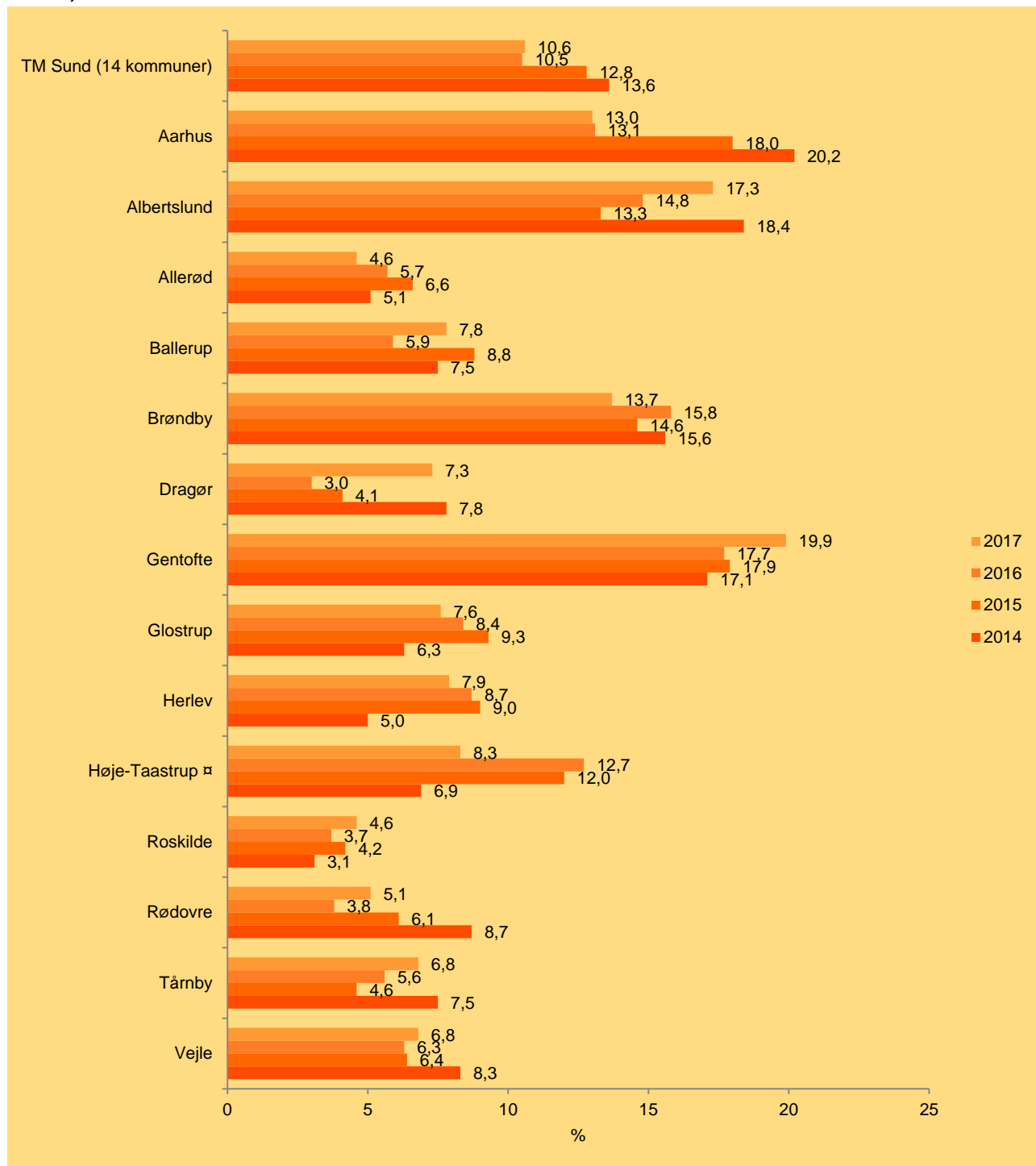
Figur 19a viser andelen af børn, hvor der er bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil ved mindst ét besøg i barnets første leveår, i TM Sund-kommunerne. Af figuren ses, at der i 10,6 % af journalerne er rapporteret bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil ved mindst ét besøg. Forekomsten varierer mellem 4,6 % og 19,9 % kommunerne imellem.

Figur 19a. Andelen af børn i 2017 med bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil i første leveår, i TM Sund-kommunerne (N=11.151)



Figur 20a viser udviklingen fra 2014 til 2017 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, samlet set har svinget mellem 13,6 % og 10,5 % de sidste 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 Aarhus, Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Høje-Taastrup, Roskilde, Rødovre, Tårnby og Vejle.

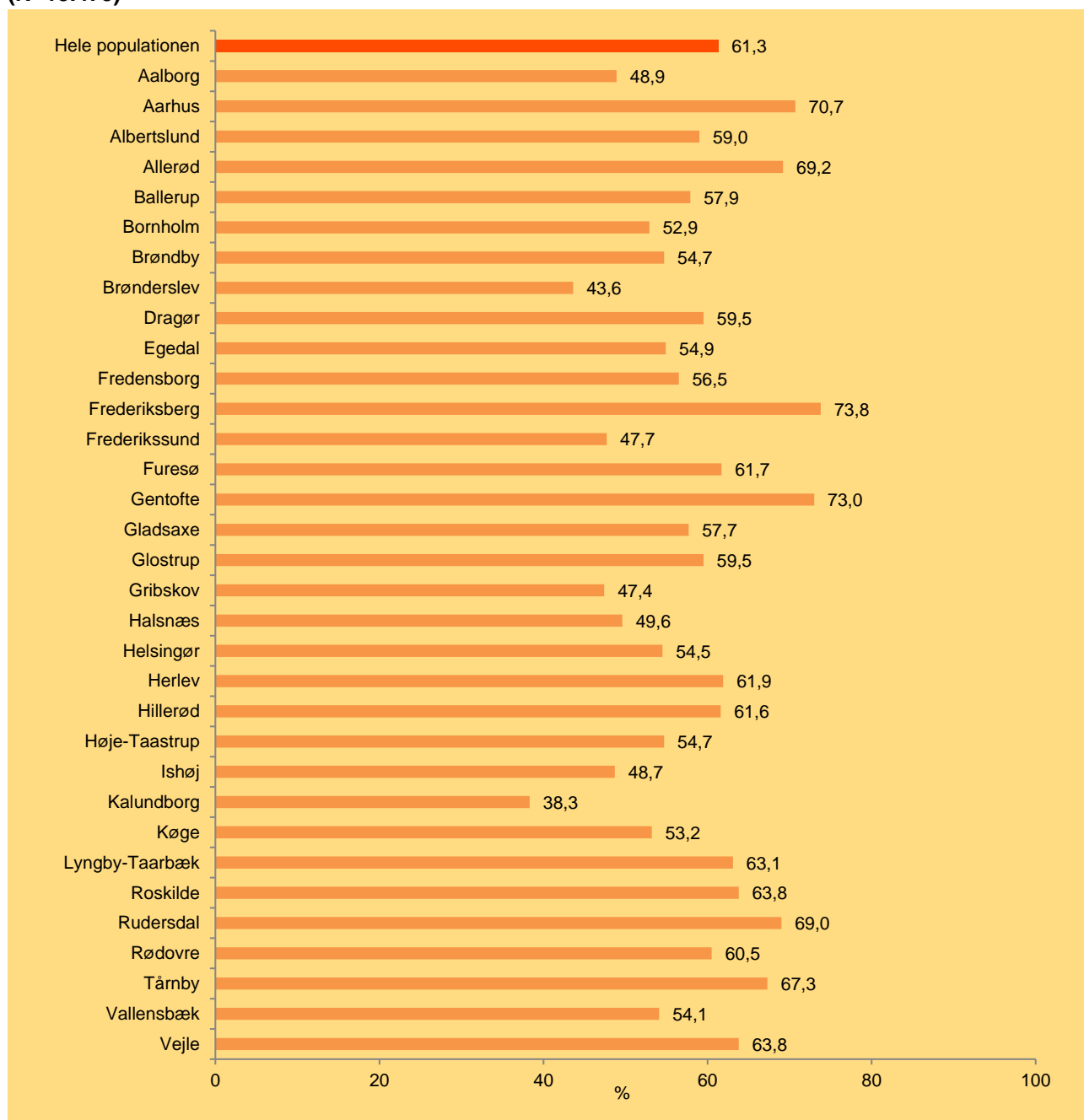
⊠ Høje-Taastrup Kommune er i 2017 overgået fra TM Sund- til NOVAX-journalsystemet og overgangsfasen fra et journalsystem til et andet kan have påvirket registreringen og dermed være skyld i faldet i kommunen.

2.12 Amning

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.

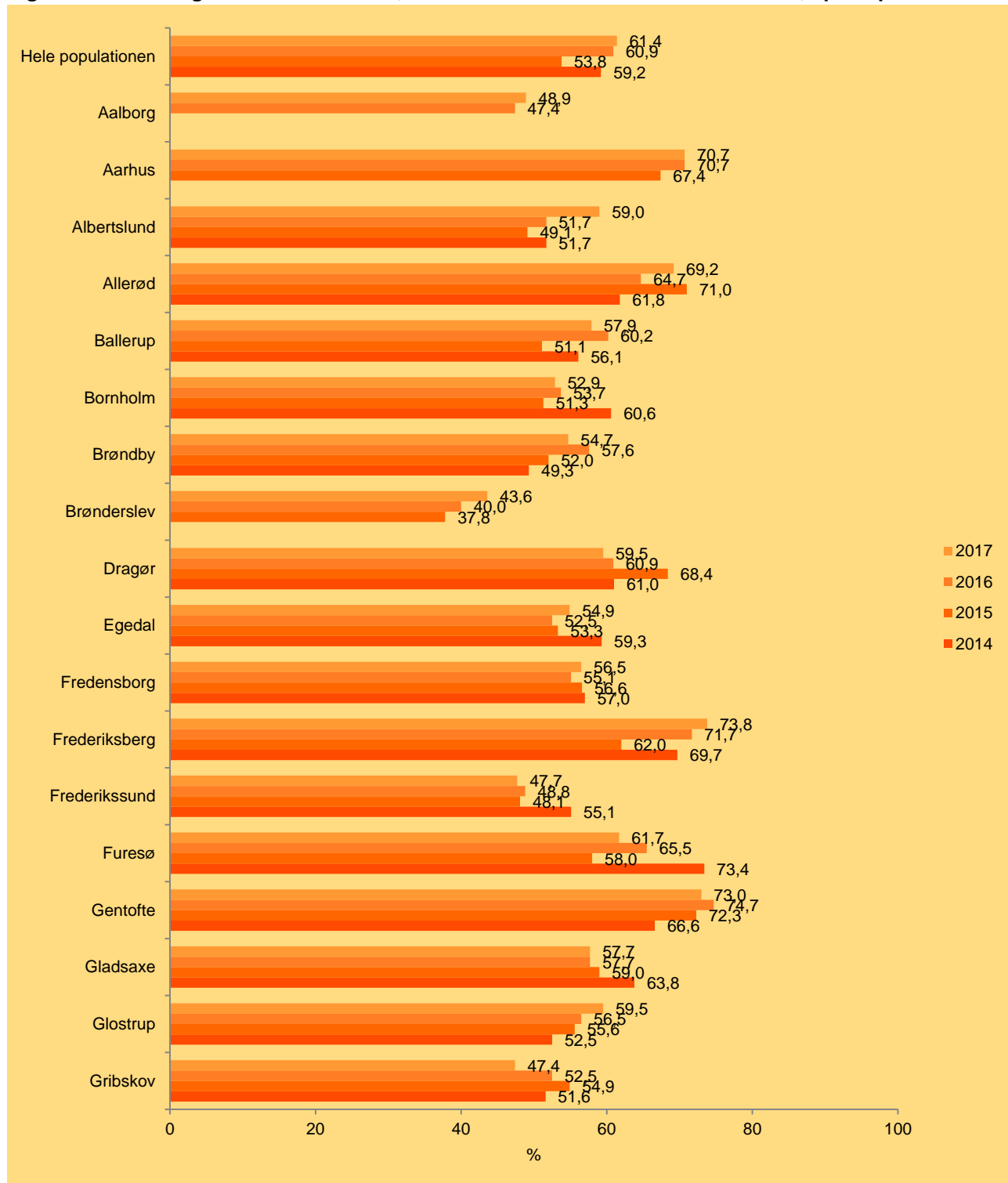
Figur 21a viser forekomsten af børn, der er ammet i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefaling om fuld amning i mindst fire måneder (Sundhedsstyrelsen, 2018). Blandt børnene i sundhedsprofilen blev 61,3 % ammet fuldt i mindst fire måneder, hvilket vil sige, at 38,7 % af børnene ikke blev ammet fuldt i fire måneder.

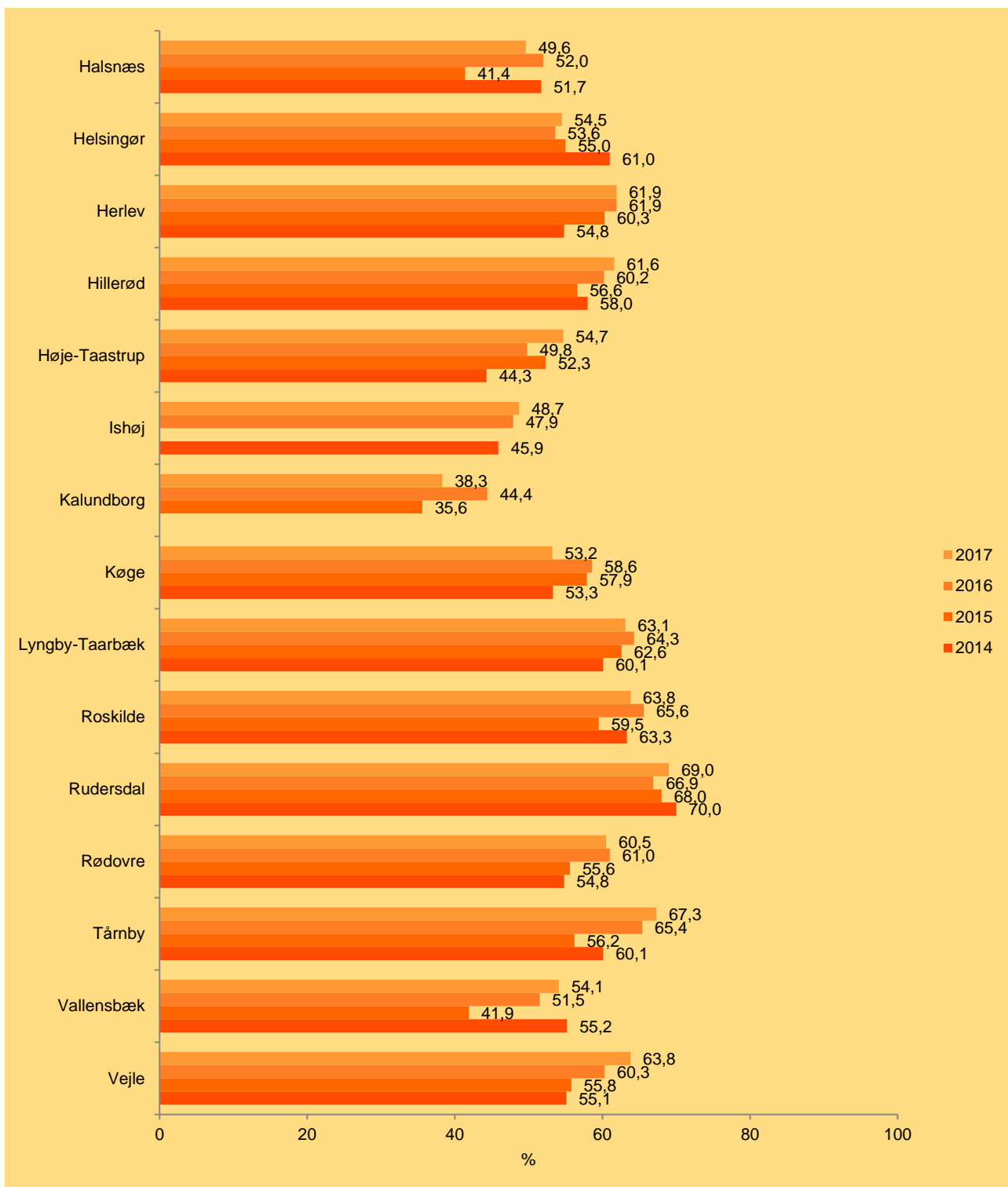
Figur 21a. Andelen af børn i 2017, der bliver ammet fuldt i mindst fire måneder, opdelt på kommune (N=18.475)



Figur 22a viser udviklingen fra 2014 til 2017 i andelen af børn, der bliver ammet fuldt i mindst fire måneder, for de kommuner, der har oplysninger fra alle fire år, samlet og for hver kommune, hvor der er oplysninger om amning fra mindst to år. Figuren viser, at andelen af børn, der bliver ammet i mindst fire måneder, samlet set har svinget mellem 53,8 % i 2015 til 61,4 % i 2017.

Figur 22a. Udviklingen i andelen af børn, der er ammet fuldt i mindst fire måneder, opdelt på kommuner





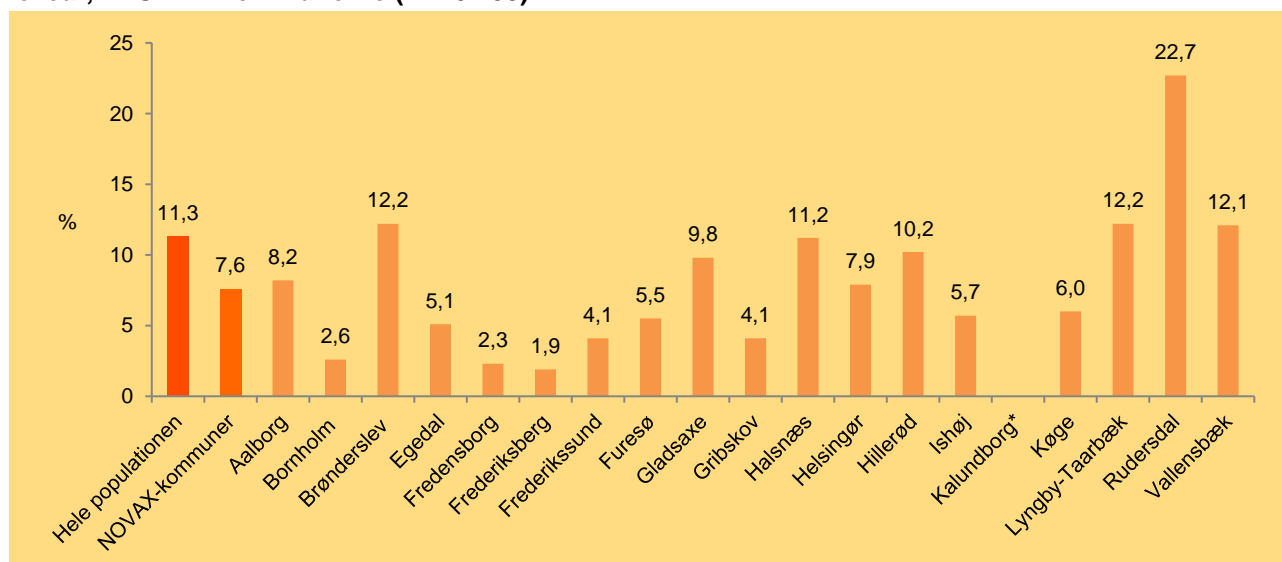
Hele populationen indbefatter de 28 kommuner, der har oplysninger fra de sidste fire år. Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholm, Brøndby, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Herlev, Hillerød, Høje-Taastrup, Køge, Lyngby-Taarbæk, Roskilde, Rudersdal, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk og Vejle.

2.13 Søvn

Sundhedsplejersken vurderer barnets døgnrytme og søvnmønster ved fire besøg i løbet af barnets første leveår. Det registreres i journalen, hvis barnet har søvnproblemer, der har negativ indflydelse på barnets spising og trivsel, eller hvis barnets døgnrytme og søvnmønster ikke lever op til den alderstilsvarende udvikling og barnets behov.

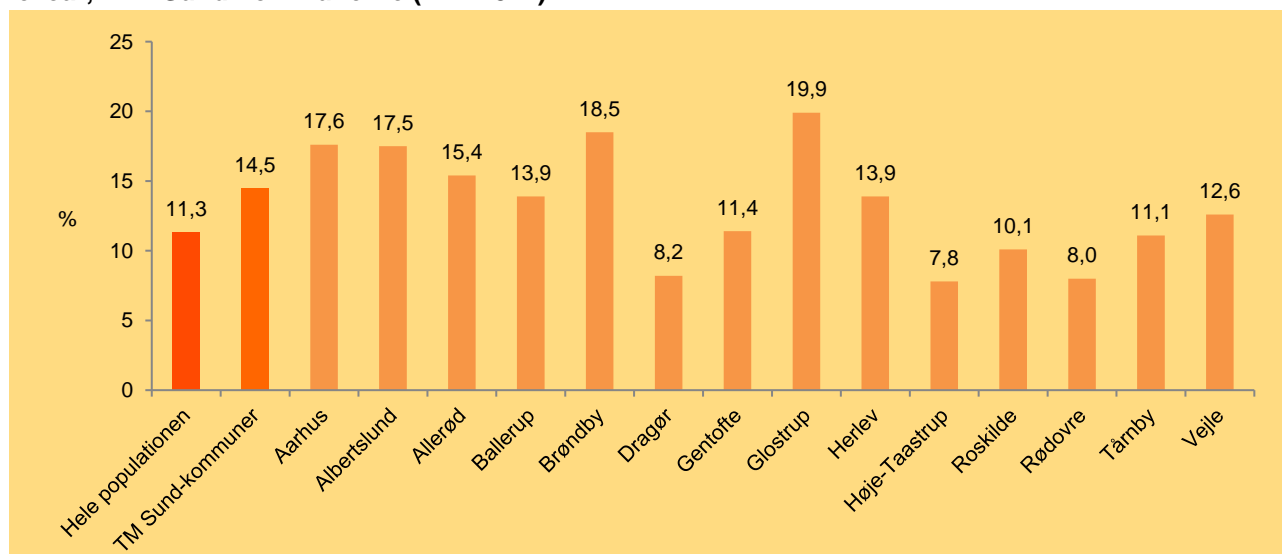
Figur 23a viser forekomsten af børn med bemærkning til barnets søvn ved mindst ét besøg i barnets første leveår i NOVAX-kommunerne. Figuren viser, at 7,6 % af børnene i NOVAX-kommunerne har bemærkning til søvnen ved mindst ét besøg. Forekomsten svinger mellem 1,9 % og 22,7 % kommunerne imellem. I den samlede population med både TM Sund- og NOVAX-kommunerne har 11,3 % af børnene bemærkning til barnets søvn ved mindst ét besøg i barnets første leveår (figur 23a og figur 24a). Figur 24a 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 14,5 % af børnene i TM Sund-kommunerne har bemærkning til søvnen ved mindst ét besøg. Forekomsten svinger mellem 7,8 % og 19,9 % kommunerne imellem.

Figur 23a. Andelen af børn i 2017 med bemærkning til søvn ved mindst ét af de fire besøg i første leveår, i NOVAX-kommunerne (N=10.138)



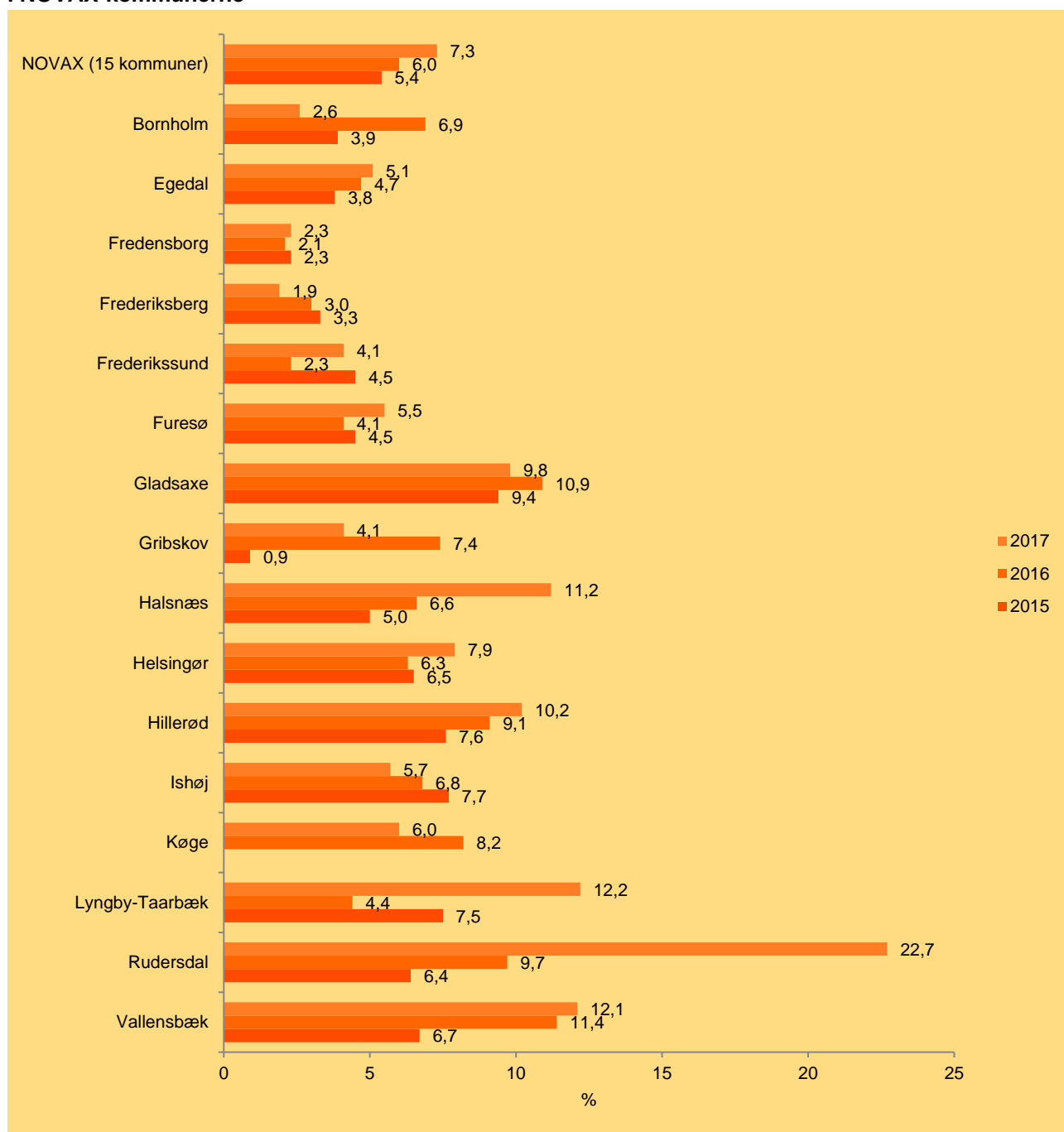
*Vises ikke, da andelen af missing er for høj.

Figur 24a. Andelen af børn i 2017 med bemærkning til søvn ved mindst ét af de fire besøg i første leveår, i TM Sund-kommunerne (N=11.377)



Figur 25a 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 de sidste tre år. 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 registreringen af søvn ikke blev foretaget systematisk. Forekomsten af børn med bemærkning til søvn har samlet set varieret fra 5,4 % i 2015 til 7,3 % i 2017.

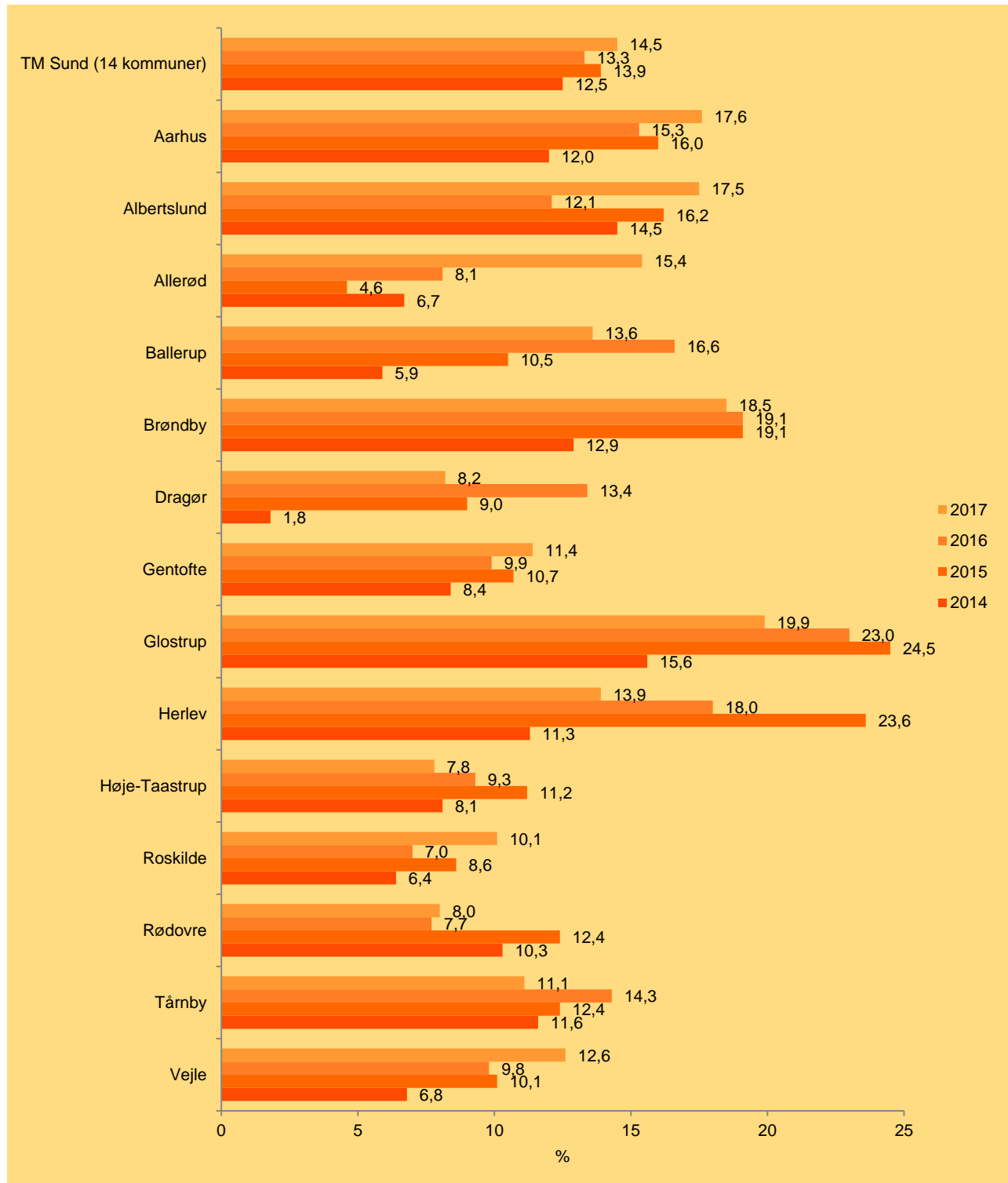
Figur 25a. Udviklingen i andelen af børn med bemærkninger til søvn ved mindst ét besøg i første leveår, i NOVAX-kommunerne



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

Figur 26a 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. Forekomsten af børn med bemærkninger til søvn har samlet set varieret fra 12,5 % i 2014 til 14,5 % i 2017.

Figur 26a. Udviklingen i andelen af børn med bemærkninger til søvn ved mindst ét besøg i første leveår, i TM Sund-kommunerne

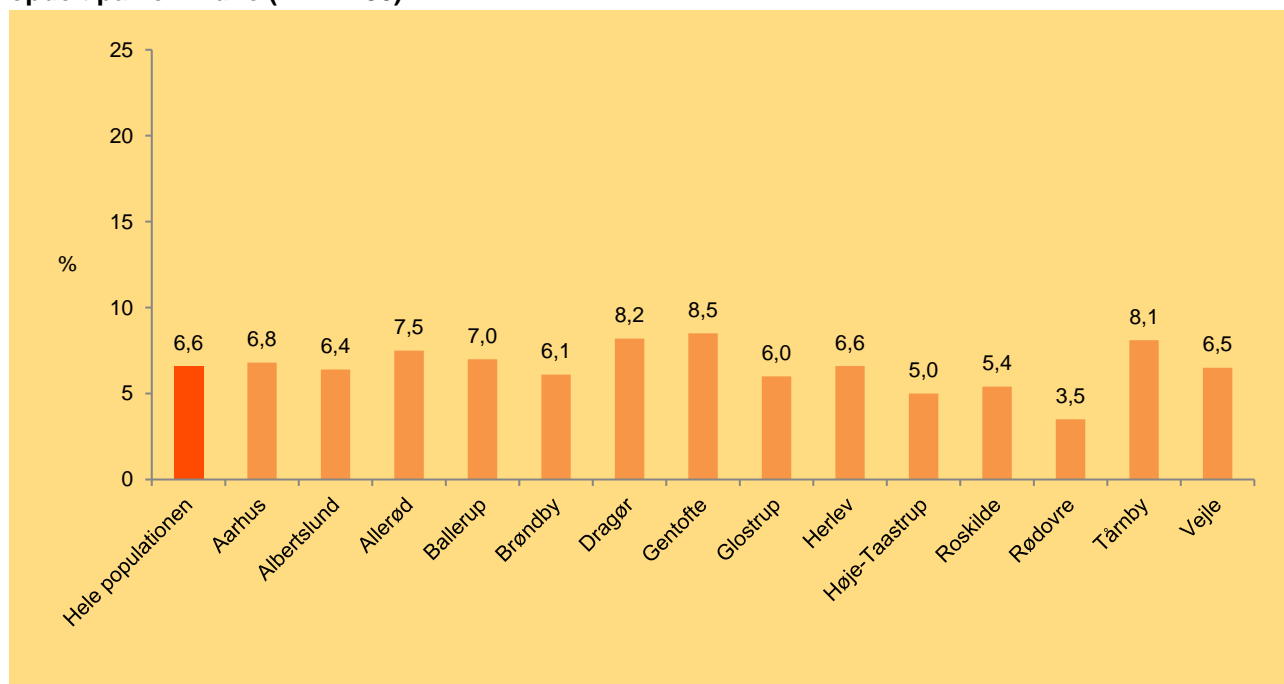


TM Sund (14 kommuner) indbefatter de 14 TM Sund-kommuner, der har oplysninger fra de sidste fire år. Det vil sige Aarhus, Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Høje-Taastrup, Roskilde, Rødovre, Tårnby og Vejle.

2.14 Uro/gråd

I TM Sund-journalen registreres det, om der er bemærkning til uro/gråd. Figur 27a viser andelen af børn med bemærkning til uro/gråd. Figuren viser, at 6,6 % af børnene har bemærkning til uro/gråd ved mindst ét af de fire besøg i barnets første leveår. Andelen varierer fra 3,5 % til 8,5 % kommunerne imellem.

Figur 27a. Andelen af børn i 2017 med bemærkning til uro/gråd ved mindst ét besøg i første leveår, opdelt på kommune (N=11.130)



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 børns vækst i adskillige lande, og Sundhedsstyrelsen anbefaler brug af denne vækstreference 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 væksten 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).

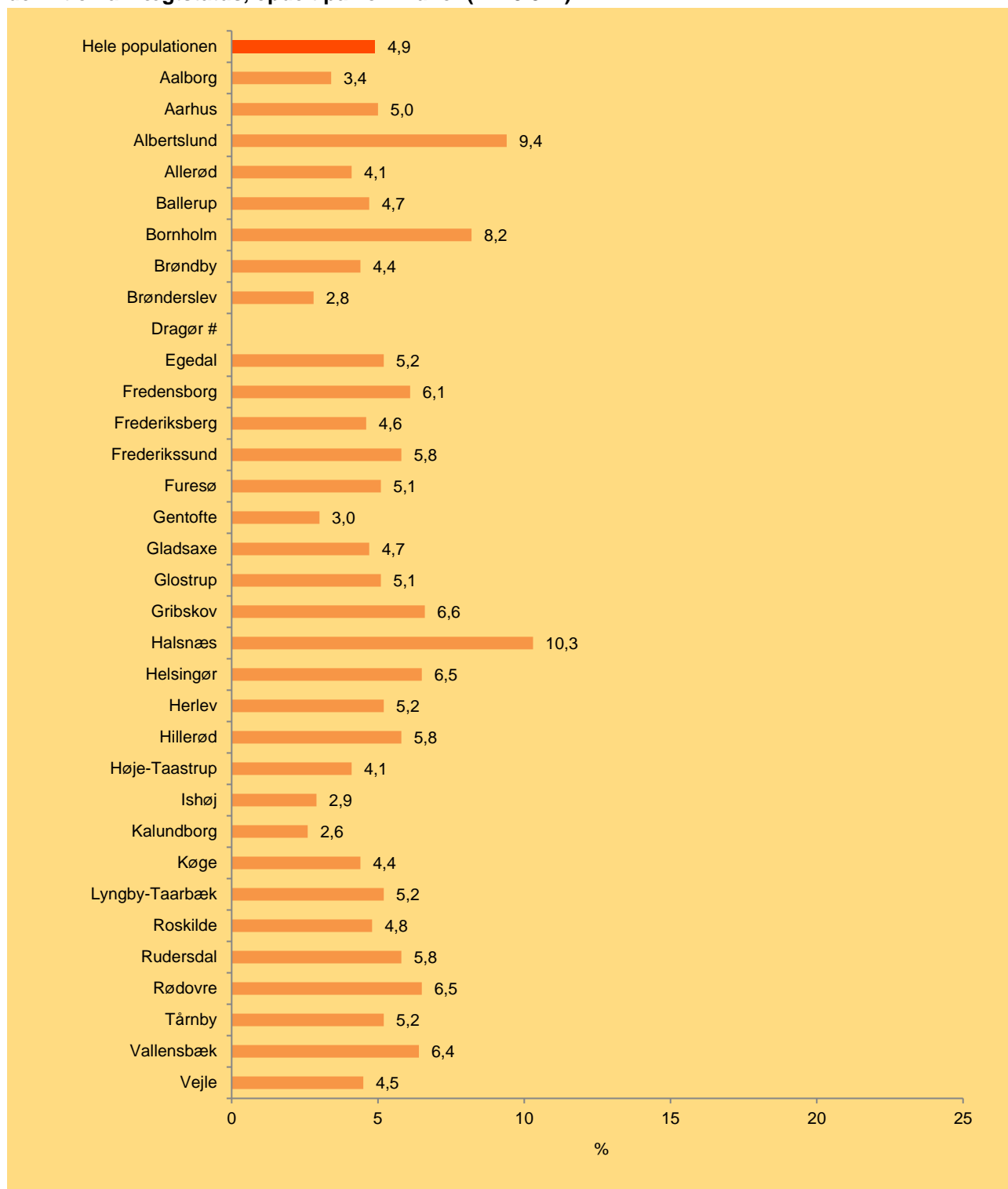
I tabel 5a ses fordelingen af børn født i 2017 i forhold til WHO's definition af undervægt, normalvægt og overvægt. Af tabellen ses, at 2,1 % af børnene i sundhedsprofilen ud fra WHO's definition af vægtstatus er undervægtige, 75,5 % er normalvægtige, 17,5 % er i risiko for overvægt, 4,3 % er overvægtige, og 0,5 % er svært overvægtige. Samtidig viser tabellen, at fordelingen er næsten ens for drenge og piger.

Tabel 5a. Procentfordeling af børn efter WHO's definition af vægtstatus i seks- til timånedersalderen i 2017 (N=19.321)

	Samlet		Drenge		Piger	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Undervægtig	412	2,1	235	2,4	177	1,9
Normalvægtig	14.591	75,5	7.297	74,5	7.294	76,5
I risiko for overvægt	3.376	17,5	1.716	17,5	1.660	17,4
Overvægtig	837	4,3	481	4,9	356	3,7
Svært overvægtig	105	0,5	62	0,6	43	0,5

Figur 28a 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 2,6 % til 10,3 % kommunerne imellem.

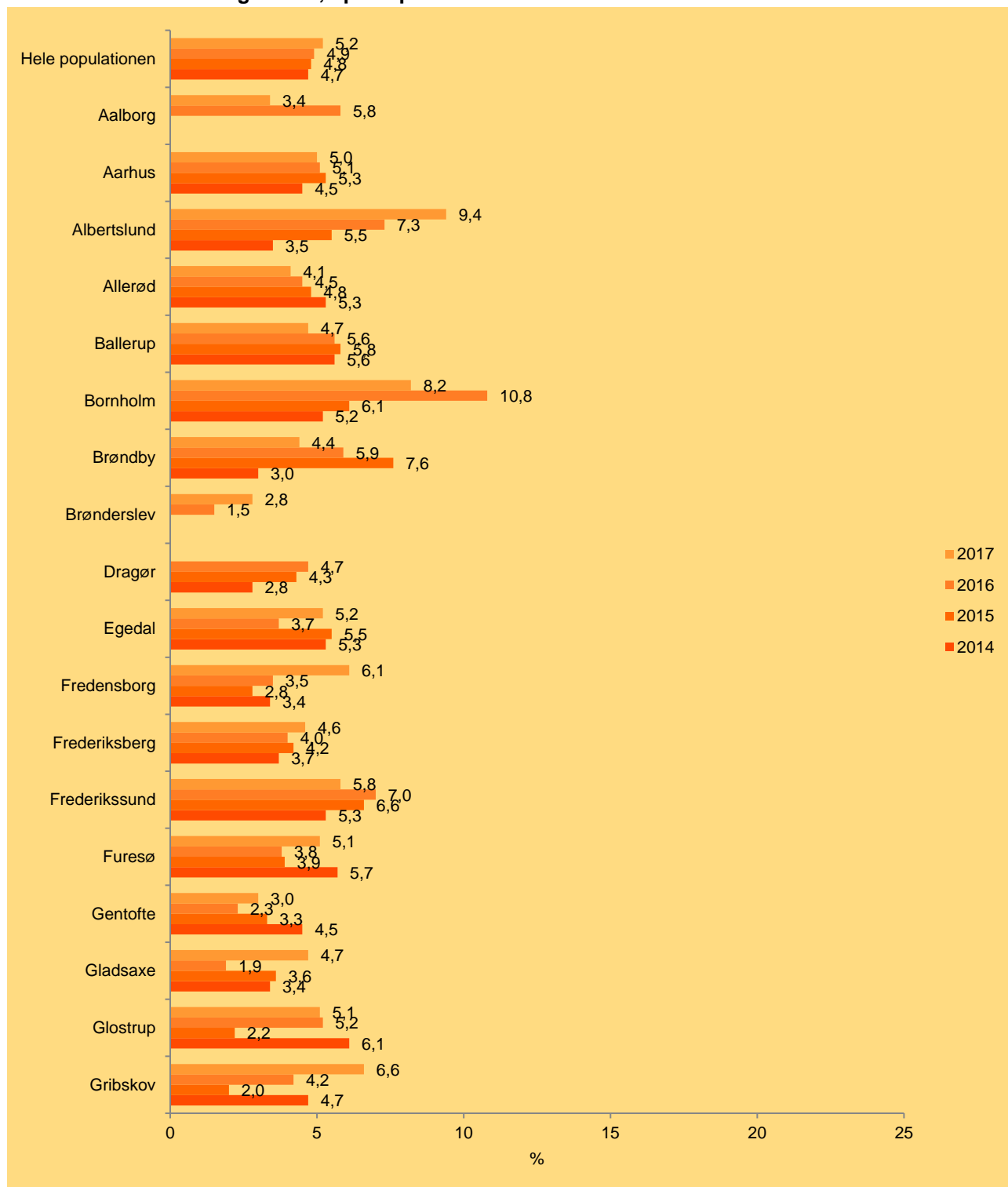
Figur 28a. Forekomsten af overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen i 2017 efter WHO's definition af vægtstatus, opdelt på kommuner (N=19.321)

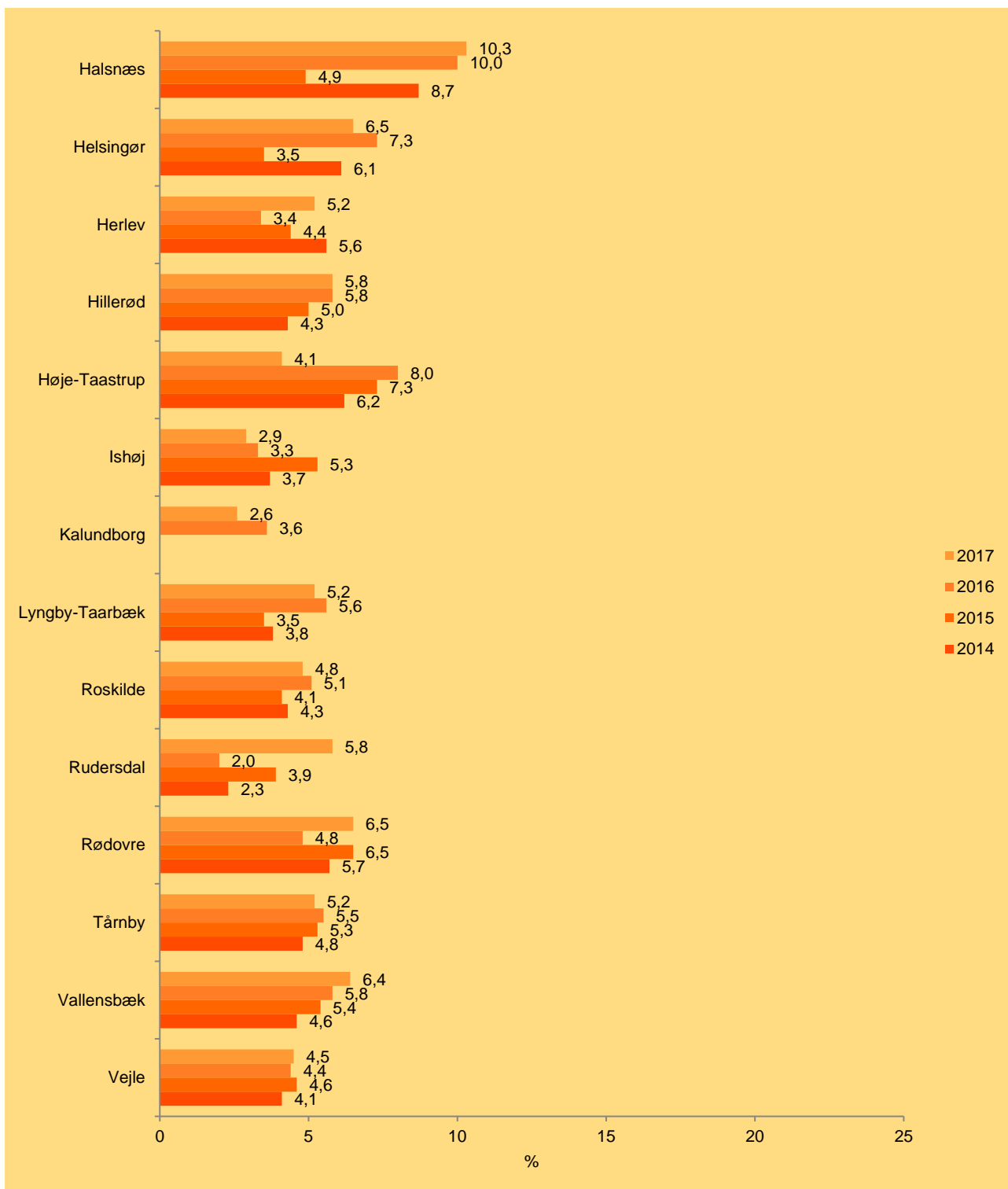


#Vises ikke, da antallet af observationer i kommunen er for få.

Derudover viser figur 29a udviklingen fra 2014 til 2017 i andelen af børn med overvægt/svær overvægt i kommunerne hver for sig og for hele populationen samlet med de kommuner, der har oplysninger fra alle fire år. Andelen af børn med overvægt/svær overvægt har samlet set varieret fra 4,7 % i 2014 til 5,2 % i 2017.

Figur 29a. Udviklingen i forekomsten af overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen efter WHO's definition af vægtstatus, opdelt på kommuner





Hele populationen indbefatter de 28 kommuner, der har oplysninger fra de sidste fire år. Det vil sige Aarhus, Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholm, Brøndby, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Herlev, Hillerød, Høje-Taastrup, Ishøj, Lyngby-Taarbæk, Roskilde, Rudersdal, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk og Vejle.

3 Opsamling

Denne sundhedsprofil for børn født i 2017 fra Databasen Børns Sundhed er baseret på journal- og registeroplysninger om 22.397 børn fra 33 kommuner.

Rapporten viser blandt andet, at:

- 12,2 % af børnene har modtaget ét eller flere graviditetsbesøg.
- 25,7 % af børnene er udskrevet senest seks timer efter fødslen, mens 42,7 % er udskrevet, når de er 2-3 døgn. Indlæggelseslængden har i denne sammenhæng betydning for, hvornår det første besøg af sundhedsplejersken aflægges.
- 67,3 % af børnene har deres første besøg af sundhedsplejersken, inden de er en uge gamle.
- 5,9 % af børnene er for tidligfødte (født før uge 37).
- 2,8 % af børnene har en apgarscore på under ni point fem minutter efter fødslen.
- 4,7 % af børnene vejer under 2.500 gram, når de bliver født, 78,6 % vejer 2.500-3.999 gram, og 16,7 % vejer over 3.999 gram.
- 93,2 % af børnene har modtaget A-besøget, 89,8 % af børnene har modtaget B-besøget, 76,9 % af børnene har modtaget C-besøget, og 85,5 % har modtaget D-besøget. Der kan være mange grunde til, at ikke alle børn modtager alle besøg. Eksempelvis tilbyder nogle kommuner kun C-besøget til førstegangsfødende.
- 61,3 % af børnene er ammet i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefaling om fuld amning i fire måneder.
- 2,1 % af børnene er undervægtige ved seks- til timånedersalderen, 75,5 % er normalvægtige, 17,5 % er i risiko for overvægt, 4,3 % er overvægtige, og 0,5 % er 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 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.

