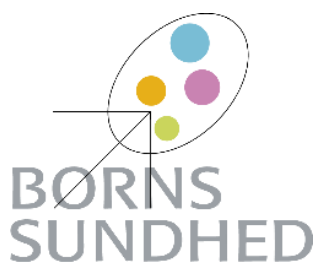




Ishøj Kommune

**Kommunal temarapport om sundhedsplejerskers bemærkninger
til motorisk udvikling i det første leveår**

Sundhedsprofil for børn født i 2017 fra Databasen Børns Sundhed



Samarbejde mellem
sundhedsplejersker og
Statens Institut for
Folkesundhed



Ishøj Kommune. Kommunal temarapport om sundhedsplejerskers bemærkninger til motorisk udvikling i det første leveår. Sundhedsprofil for børn født i 2017 fra Databasen Børns Sundhed.

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

Udarbejdet for bestyrelsen for Databasen Børns Sundhed af:
Sofie Weber Pant, Amalie Aalund Søholm & 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 Rønnenkamp, 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, Søholm AA & Pedersen TP. Ishøj Kommune. Kommunal temarapport om sundhedsplejerskers bemærkninger til motorisk udvikling i det første leveår. 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

1. udgave, juni 2019 (revideret juli 2019, figur 1b og 3b).

Forord

Denne rapport fra Databasen Børns Sundhed indeholder én kommunedel for børn født i 2017 i Ishøj Kommune og én sundhedsprofil for alle børn født i 2017 i de 33 kommuner, der har indsendt data til Databasen Børns Sundhed.

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. Med en øget interesse i børns motorik har sundhedsplejersker i Databasen Børns Sundhed valgt, at dette års temarapport om børn født i 2017 skal fokusere på sundhedsplejerskers bemærkninger til motorisk udvikling, hvorfor kommunerapporten har samme fokus.

Motoriske færdigheder er vigtige for barnets øvrige udvikling, både i første leveår og senere. Det skyldes, at nye motoriske færdigheder åbner op for, at barnet kan lære mere om både den fysiske og sociale verden, hvilket påvirker den kognitive, sociale og sproglige udvikling. Tidlige tegn på forsinket motorisk udvikling kan være tegn på sygdom, omsorgssvigt eller psykosociale problemer. Det er derfor vigtigt tidligt at opspore forsinket motorisk udvikling, sådan at indsatser, der kan støtte barnets udvikling, sættes i gang hurtigst muligt. Det er desuden vigtigt, at sundhedsplejerskerne er ajourført med den nyeste viden om hvilke grupper af børn og sammenfaldende faktorer, som de skal være særligt opmærksomme på ved deres besøg i hjemmene. I januar 2020 bliver denne rapport fulgt op af en anden rapport fra Databasen Børns Sundhed, der kommer til at omhandle børns motoriske udvikling ved indskolingsalderen, og databasen kan dermed give fyldestgørende viden om børn motoriske udvikling fra fødsel til indskoling.

Sundhedsplejersken er en af de første fagpersoner, der møder barnet og dets familie, og sundhedsplejen har derfor en enestående mulighed for at bidrage til en tidlig og forebyggende indsats. Sundhedsplejersken ser tæt mod 100 % af alle nulårige børn og kan derfor opfange tidlige signaler på en forsinket motorisk udvikling samt vejlede nybagte forældre i, hvordan de kan arbejde med at udvikle barnets motorik.

Den kommunespecifikke del omhandlende motorik er baseret på sundhedsplejerskers journaldata om 254 børn født i 2017 i Ishøj Kommune. Sundhedsprofilen om børn født i 2017 fra Databasen Børns Sundhed indeholder data om 22.397 børn født i 2017 i de 33 kommuner, der indgår i databasen.

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 akademisk medarbejder Sofie Weber Pant, praktikant Amalie Aalund Søholm og projektleder Trine Pagh Pedersen. Data er oparbejdet af seniorforsker Bjarne Laursen. Konsulent og sundhedsplejerske med master i sundhedspædagogik Hannah Glismann har bistået med sundhedsfaglig gennemlæsning og rådgivning.

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 endnu 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

Introduktion	1
Kommunal temarapport om sundhedsplejerskers bemærkninger til motorisk udvikling i det første leveår	3
1 Introduktion	4
2 Resultater	8
3 Diskussion	12
4 Konklusion	14
Sundhedsprofil for børn født i 2017 fra Databasen Børns Sundhed	15
1 Introduktion	16
1.1 Sundhedsplejerskernes virke.....	16
1.2 Databasen Børns Sundhed	16
1.3 Datasikkerhed	16
1.4 Formål og opbygning af sundhedsprofilen	17
1.5 Datagrundlag.....	17
2 Resultater	19
2.1 Graviditetsbesøg	19
2.2 Indlæggelseslængde	20
2.3 Gestationsalder	21
2.4 Apgarscore	22
2.5 Fødselsvægt.....	23
2.6 Medfødte misdannelser	25
2.7 Besøg i første leveår	26
2.8 Barnets alder ved første besøg af sundhedsplejen	27
2.9 Tobaksrøg i hjemmet.....	29
2.10 Mors psykiske tilstand	33
2.11 Forældre-barn relationen	37
2.12 Amning.....	41
2.13 Søvn.....	44
2.14 Uro/gråd	47
2.15 Vækst.....	47
3 Opsamling	52
Sundhedsprofil for børn født i 2017 i Ishøj Kommune	53
Manglende registreringer	56
Referencer	57

Introduktion

Ud over temarapporten udarbejdes der en samlet rapport med en kommunespecifik del omhandlende temarapportens tema samt en del, der tegner en sundhedsprofil for børn i Databasen Børns Sundhed. Denne rapport indeholder derfor flere dele.

Første del er en kommunespecifik del omhandlende sundhedsplejerskers bemærkninger til motorisk udvikling. Denne del af rapporten har til formål at beskrive forekomsten af sundhedsplejerskers bemærkninger til barnets motoriske udvikling i Ishøj Kommune og udviklingen over tid. Derudover undersøger denne del af rapporten, hvilke sociodemografiske karakteristika og forhold relateret til fødslen der er prædiktive for bemærkninger til barnets motoriske udvikling. Ligeledes analyserer denne del af rapporten betydningen af bemærkninger til barnets trivsel og udvikling, forældre-barn relationen og efterfødselsreaktioner hos mor og far for bemærkninger til barnets motoriske udvikling.

Anden del er en sundhedsprofil for børn født i 2017 for alle de deltagende kommuner i Databasen Børns Sundhed, hvor den enkelte kommune kan 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.

Tredje del er en sundhedsprofil for børn født i 2017 i Ishøj Kommune, der viser forekomsten af en række sociodemografiske faktorer, faktorer relateret til fødslen og faktorer relateret til barnets første leveår, for Ishøj Kommune og for hele populationen. Formålet med dette afsnit er at give et hurtigt overblik over, hvordan kommunen placerer sig på en række centrale variable set i forhold til hele databasepopulationen.

Fjerde del indeholder et afsnit, der viser omfanget af missing data i Ishøj Kommune sammenlignet med hele databasepopulationen. Formålet med dette afsnit er at nedbringe andelen af manglende data i den enkelte kommune og i den samlede population.

Procenterne i de forskellige dele af rapporten er beregnet på et forskelligt antal af spædbørn. Det skyldes, at første del omhandlende sundhedsplejerskers bemærkninger til motorisk udvikling i Ishøj Kommune kun inddrager børn, hvor der er oplysninger om motorik. I anden og tredje del, der ikke omhandler barnets motoriske udvikling, indgår der flere børn. Det skyldes, at det kun er børn, der ikke har haft kontakt med sundhedsplejen ved A-, B-, C- og/eller D-besøget i første leveår, der er udtaget. Det betyder, at der indgår færre børn i første del af rapporten end i anden, tredje og fjerde del af rapporten, og at procenttallene i de forskellige dele af rapporten kan være forskellige.

Kommunal temarapport om sundhedsplejerskers bemærkninger til motorisk udvikling i det første leveår

1 Introduktion

Udviklingen af børns bevægelser starter allerede i fosterlivet, og den motoriske udvikling fortsætter gennem spædbarnsalderen og den tidlige barndom (Bentsen, 2010, Shumway-Cook & Woollacoot, 2012, Stegger & Harboe, 2013). Motoriske færdigheder er vigtige for barnets udvikling i det første leveår og er prædiktive for barnets senere udvikling (Libertus & Landa, 2013). At opnå nye motoriske færdigheder kan åbne op for, at barnet lærer mere om den fysiske og sociale verden, og dermed have en effekt på den kognitive, sociale og sproglige udvikling (Iverson, 2010). Med nye tilegnede motoriske færdigheder er det muligt for børn at udforske verden og interagere med deres forældre og andre, hvilket stimulerer til blandt andet sprogudvikling (LeBarton & Landa, 2018, Choi et al., 2018).

Motorisk udviklingsforstyrrelse kan kaldes udviklingsmæssig dyspraksi, fumler-tumler-syndrom eller clumsy child syndrom, og diagnosen benævnes developmental coordination disorder (DCD) (Thomsen & Skovgaard, 2012). DCD er en unik og separat neurologisk lidelse, som ofte optræder sammen med andre neurologiske udviklings- og adfærdslidelser, såsom ADHD (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder), autismespektrumlidelse, indlæringsvanskeligheder, ordblindhed samt sproglige vanskeligheder (Blank et al., 2019). Der er dog sparsom forskning om, hvorvidt tidlige tegn på motoriske problemer kan være tegn på, at barnet senere diagnosticeres med en motorisk udviklingsforstyrrelse (Faebø Larsen et al., 2013).

Tidlige tegn på forsinket motorisk udvikling kan være tegn på sygdom, omsorgssvigt eller psykosociale problemer (Kjølbye et al., 2018). Det er derfor vigtigt tidligt at opspore forsinket motorisk udvikling, sådan at indsatser, der kan støtte barnets udvikling, sættes i gang hurtigt. Blandt andet ses der en sammenhæng mellem motoriske problemer og ADHD. Over halvdelen af de 6- til 16-årige børn, der diagnosticeres med ADHD, har problemer med deres grov- og finmotorik (Kaiser et al., 2015). Derudover er der flere studier, der finder sammenhænge mellem forsinket motorisk udvikling i de første leveår og senere diagnosticeret ADHD (Havmøller et al., 2018, Lemcke et al., 2016).

Derudover indikerer nyere forskning, at forsinket motorisk udvikling i første leveår kan være tegn på senere autismespektrumlidelse (LeBarton & Landa, 2018, Sacrey et al., 2014, Sacrey et al., 2018, Choi et al., 2018, Elberling et al., 2014) og senere mentale lidelser, såsom skizofreni, samt på neurotisme (beskrevet som for eksempel tendens til angst og depression) (Burton et al., 2016, Flensburg-Madsen et al., 2013). Derudover kan forsinket motorisk udvikling i sjældne tilfælde være et tidligt tegn på cerebral parese. Cerebral parese er en alvorlig sygdom, men bliver i de fleste tilfælde først diagnosticeret omkring halvandet- til toårsalderen (Kwong et al., 2018). I den forbindelse finder et nyligt studie, at tidlige tegn på cerebral parese kan være mangel på eller abnorme spontane bevægelser fra barnet i de første måneder (Kwong et al., 2018). Desuden kan forsinket motorisk udvikling være tegn på mental retardering, for eksempel udvikler børn med Downs syndrom sig langsommere end andre børn (Stegger & Harboe, 2013). Børn, der er hyper-mobile, kan også vise tegn på forsinket motorisk udvikling (Stegger & Harboe, 2013).

Et dansk studie viser, at forekomsten af børn, der har en forsinket grovmotorisk udvikling, er 1,9 % i de første to måneder, 10,4 % ved to- til seksmånedersalderen og 6,0 % ved seks- til ottemånedersalderen. Den overordnede forekomst for de første ti måneder estimerer forskerne til at være 14,1 % (Skovgaard, 2010). Det er vigtigt tidligt at opspore forsinket motorisk udvikling, sådan at indsatser, der kan støtte barnets udvikling, sættes i gang hurtigt. Undersøgelser viser, at tidlige interventioner har en positiv effekt på børnenes motoriske udvikling. Det gælder blandt andet interventioner, hvor sundhedsprofessionelle vejleder forældre i øvelser (Hughes et al., 2016). Sundhedsplejersken er en af de første fagpersoner, der møder barnet og dets familie, og sundhedsplejen er uddannet til at vurdere, om barnet udvikler sig alderssvarende, og har stor erfaring med at vurdere dette samt vejlede forældrene i, hvordan de kan stimulere barnets udvikling.

Prædiktorer for forsinket motorisk udvikling: Der er en del videnskabelige studier om faktorer, der viser en sammenhæng med forsinket motorisk udvikling i spædbarnsalderen. Opsummerende viser disse, at gestationsalderen og fødselsvægten er to vigtige prædiktorer for opnåelse af motoriske milepæle (Flensburg-Madsen & Mortensen, 2017, van Dokkum et al., 2018). Derudover er der flere studier, der finder en

sammenhæng mellem sociodemografiske faktorer (forældrenes uddannelse og tilknytning til arbejdsmarked, områdets socioøkonomisk status, social klasse, indkomst, farens alder og antallet af søskende) og motorisk udvikling (Flensborg-Madsen & Mortensen, 2017, Golding et al., 2014). Der er dog også undersøgelser, der finder, at lavere socioøkonomisk status ikke er associeret med forsinket motorisk udvikling (Veldman et al., 2018).

Når det kommer til forskning om sammenhænge mellem amning og motorisk udvikling, er der divergerende fund. Der er både studier, der viser, at der ikke er nogen sammenhæng (Golding et al., 2014, Michels et al., 2017), og studier, der viser, at amning er en prædiktor for opnåelse af motoriske milepæle (Flensborg-Madsen & Mortensen, 2017, Golding et al., 2014). Ligeledes er der divergerende fund, når det kommer til at undersøge, om fødselsdepression påvirker barnets motoriske udvikling, og der ses både studier, der ikke finder en sammenhæng (Piteo et al., 2012), og studier, der finder en sammenhæng mellem finmotorisk udvikling og fødselsdepression (Koutra et al., 2013). Ligeledes finder en tidligere rapport fra Databasen Børns Sundhed, at der er en forhøjet forekomst af bemærkninger til barnets motoriske udvikling blandt børn, der har bemærkninger til forældre-barn relationen i første leveår (Databasen Børns Sundhed et al., 2018).

Derudover vides det, at barnets motoriske udvikling ofte hænger sammen med barnets øvrige trivsel og udvikling, men det kan være svært at udtale sig om, hvilke faktorer der kommer først. Blandt andet kan man argumentere for, at børn, der vejer mere, end de bør, kan blive forhindret i den motoriske udvikling. Men man kan også argumentere for, at forsinket motorisk udvikling kan være medvirkende årsag til udvikling af overvægt, og fundene, der forefindes for spædbørn, er ligeledes divergerende (Shoaibi et al., 2019). I et nyligt studie finder Shoaibi, Neelon et al. (2019) dog, at spædbørn i alderen 3-12 måneder, der ikke ligger over deres alders og kønsstandardiserede vækstkurver har en højere score på motorisk udvikling sammenholdt med børn, der ligger over deres vækstkurver, men dette er særligt tydeligt for drengebørn (Shoaibi et al., 2019).

Motoriske milepæle og teoretiske tilgange: Når motorisk udvikling beskrives i lærebøger, er noget af det første, der nævnes, motorisk kontrol, postural kontrol og læring, da disse er afhængige af hinanden. *Motorisk kontrol* er barnets evne til at tilpasse sine handlinger efter de udfordringer, det møder i omgivelserne (Stegger & Harboe, 2013, Sundhedsstyrelsen, 2016). *Postural kontrol* er en del af motorisk kontrol, hvor man ser mere detaljeret på barnets evne til at positionere sig. God postural kontrol kaldes også kvaliteten af bevægelsen og er kendetegnet ved, at barnet kan udføre varierende bevægelser (tilpasse vægtoverførsel) og finde tilbage til udgangspunktet, når det for eksempel mister balancen (Stegger & Harboe, 2013, Sundhedsstyrelsen, 2016). For at barnet kan opnå motorisk kontrol er det en forudsætning, at barnet oplever en *motorisk læring*. Denne læring opnås gennem leg og aktiviteter, hvor barnet prøver sig frem og gentager forskellige bevægelsesmønstre (Stegger & Harboe, 2013).

På sundhedsplejerskeuddannelsen uddannes sundhedsplejerskerne i at vurdere, om barnet følger en normal motorisk udvikling både grovmotorisk, men også finmotorisk. I nedenstående tabel er udviklingstrinene i de første 18 måneder kort skitseret. Aldersangivelserne skal dog tages med forbehold og forstås som vejledende (Stegger & Harboe, 2013).

Tabel 1. Grov- og finmotorisk udvikling i de første 18 måneder	
Alder	Grovmotorisk udvikling
0 måneder	Øget fleksionstonus
2-3 måneder	Hovedløft
5-6 måneder	Rulning
5-6 måneder	Krybefunktion
5-7 måneder	Pivoting udvikles – barnet drejer om sig selv
6-7 måneder	Sidde uden støtte
7-11 måneder	Kravlefunktionen udvikles, og barnet vil kunne skubbe sig selv til siddende stilling
9-11 måneder	Barnet rejser sig selv til stående stilling
11-13 måneder	Barnet går sidelæns ved møblerne
10-18 måneder	Barnet opnår selvstændig gangfunktion
Alder	Finmotorisk udvikling
0-2 måneder	Ukoordinerede armbevægelser
3-4 måneder	Barnet vil gribe ud efter ophængt legetøj
5-6 måneder	Legetøjet flyttes fra hånd til hånd
8-9 måneder	Pincetgreb
12-15 måneder	Topgreb på fx blyant

Beskrivelsen er fra Stegger og Harboe, 2013

I barnets første leveår er der flere motoriske milepæle, og sundhedsplejerskerne følger barnets motoriske udvikling i det første leveår. Det sidste besøg i det første leveår ligger oftest i otte- til timånedersalderen, og i denne alder må børnene forventes at have opnået flere af de alderssvarende milepæle. I analyserne af data er der derfor fokus på motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen.

Formålet med denne del, omhandlende børns motoriske udvikling i Ishøj Kommune, er 1) at beskrive forekomsten af sundhedsplejerskers bemærkninger til barnets motoriske udvikling ved otte- til timånedersalderen i Ishøj Kommune og udviklingen over tid, 2) at undersøge, hvilke sociodemografiske karakteristika og forhold relateret til fødslen der er prædiktive for bemærkninger til barnets motoriske udvikling ved otte- til timånedersalderen i Ishøj Kommune, 3) at analysere betydningen af bemærkninger til barnets trivsel og udvikling for bemærkninger til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen i Ishøj Kommune, og 4) at analysere betydningen af forældre-barn relationen og efterfødselsreaktioner hos mor og far for barnets motoriske udvikling ved otte- til timånedersalderen i Ishøj Kommune.

Databasen Børns Sundhed er tilrettelagt således, at den kan beskrive børns sundhed med udgangspunkt i sundhedsplejerskens virksomhed. Databasen Børns Sundhed indeholder data om nulårige 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 sundhedsplejerskejournaler; én udarbejdet til TM Sund-journalen og én udviklet til NOVAX-journalen. Data til denne del er indsamlet via NOVAX-journalen. I begge journaler følger sundhedsplejerskerne en ensartet praksis og noterer systematisk sammenlignelige data om barnet, familien og sundhedsplejens ydelser. Brugen af journalerne er beskrevet i en detaljeret vejledning, der løbende justeres og opdateres (Databasen Børns Sundhed, 2018, NOVAX, 2017). En uddybende beskrivelse af databasen og baggrunden for databasen findes i en række publikationer (Lichtenberg, 2003, Skovgaard et al., 2018).

I første leveår indsamles data ved fire sundhedsplejerskebesøg, som er placeret på centrale tidspunkter for spædbarnets udvikling og tilknytning. 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.

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.

Datagrundlag: Denne del af rapporten omhandlende sundhedsplejerskers bemærkninger til motorisk udvikling i Ishøj Kommune bygger på data fra sundhedsplejerskejournaler og registerdata fra barnets første leveår. Hovedfokus i analyserne er på motorik ved D-besøget, hvorfor der kun indgår børn, hvor der er oplysninger om motorik ved D-besøget. D-besøget skal gerne foreligge mellem otte og ti måneder, men nogle børn kan også være yngre eller ældre ved D-besøget afhængigt af, hvad der er muligt i kommunerne. I analyserne til denne rapport har vi ekskluderet børn, der er under otte måneder ved D-besøget. Derudover er børn, der får D-besøget op til 13-månedersalderen, medtaget i analyserne for at tage højde for, at for tidligt fødte børn kan få deres D-besøg senere end timånedersalderen. Dermed bygger denne del på data om 254 børn født i 2017 i Ishøj Kommune.

Resultaterne i denne del angives både for Ishøj Kommune og for hele populationen. Populationen, der kun inkluderer kommunens børn, er selvsagt mindre end hele populationen, og det er derfor oftest ikke muligt at finde præcis de samme sammenhænge. Det skyldes, at analyserne på en mindre population er forbundet med større usikkerhed.

Bemærkninger til motorisk udvikling: Motorisk udvikling registreres ved 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 (fire- til seksmånedersalderen) og D-besøget (otte- til timånedersalderen). I både TM Sund og NOVAX registrerer sundhedsplejersken i et udviklingsskema i forbindelse med de fire hjemmebesøg, hvorvidt der er en bemærkning til den motoriske udvikling. I NOVAX kan bemærkningen sættes som, at der skal følges op eller at der skal foretages en indsats. En bemærkning betyder, at sundhedsplejersken ved sin kontakt med familien har registreret noget bemærkelsesværdigt til barnets motorik, det vil sige forhold, som vækker bekymring eller kræver ekstra indsats eller opfølgning. En bemærkning dækker sædvanligvis over, at den motoriske udvikling ikke opfylder den forventelige udvikling i forhold til barnets alder. I tabel 2 ses en beskrivelse af, hvad NOVAX-journalsystemet benytter som kriterier for den motoriske udvikling ved de fire besøg. I denne rapport er der fokus på D-besøget, som er markeret nederst i tabellen.

Tabel 2. Beskrivelse af variablen motorisk udvikling og øje-hånd koordination i TM Sund-journalsystemet

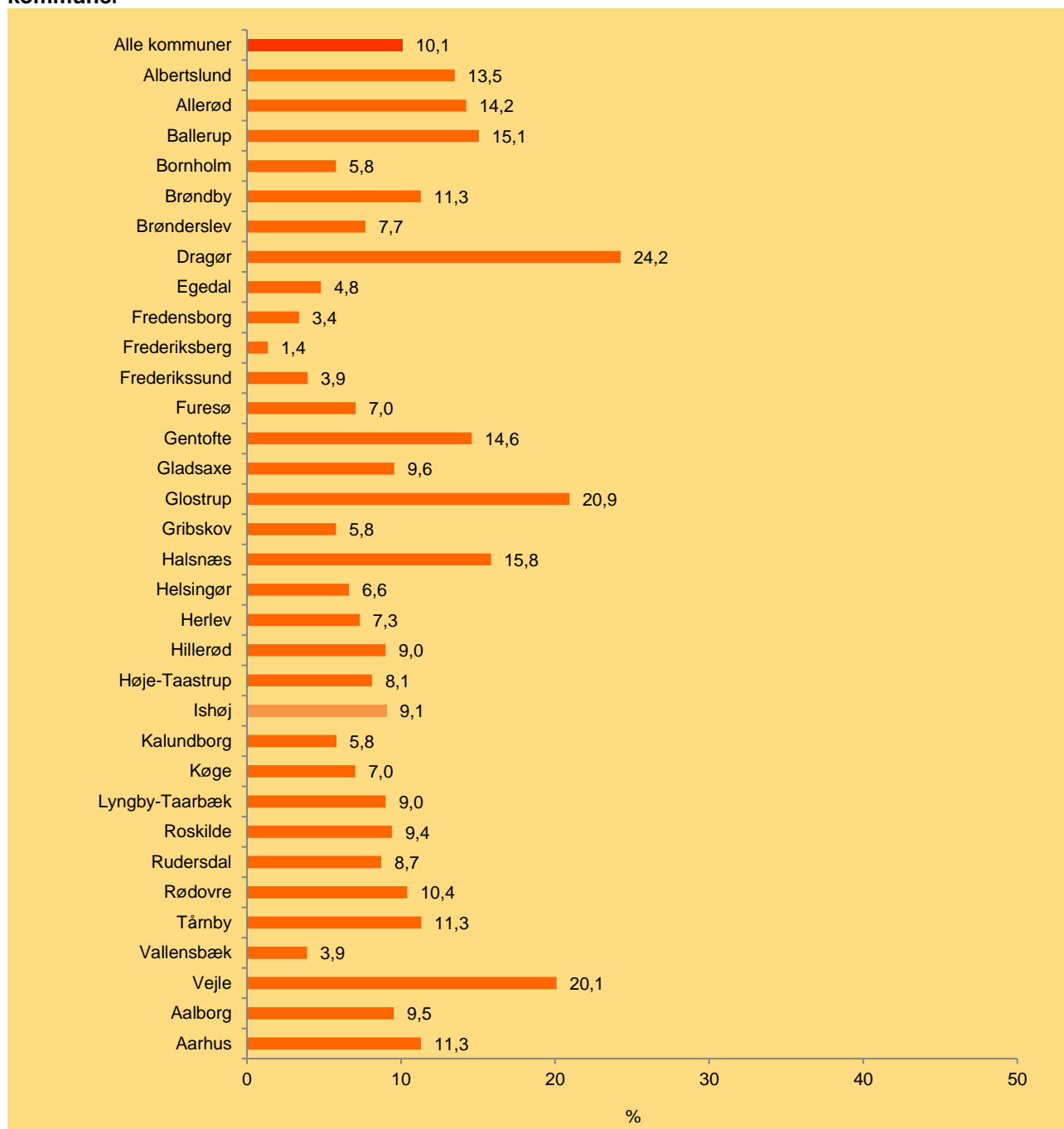
A-besøget	Der sættes kryds ved bemærkning, hvis barnet eksempelvis virker påfaldende slapt, spændt eller har en asymmetrisk tonus.
B-besøget	Opmærksomhed på muskeltonus, hvis barnet ikke kan løfte hoved og skuldre. Barnet holder hovedet i midtlinjen. Barnet løfter hoved og skuldre i maveleje. Barnet putter sine hænder i munden. Barnet ser sin hånd.
C-besøget	Barnet holder hovedet i midtstilling og har hovedkontrol i siddende stilling, Barnet kan lide at ligge på maven og kan støtte på strakte arme i bugleje. Barnet triller fra mave til ryg og måske fra ryg til mave. Hvis barnet er mellem 4 og 5 mdr. og ikke triller fra mave til ryg, sættes ikke kryds ved feltet "Triller fra mave til ryg". Hvis barnet er mellem 5 og 6 mdr. og ikke triller fra mave til ryg, sættes kryds ved feltet "Triller fra mave til ryg". Barnet kan ved hjælp trække sig op til siddende stilling. Barnet rækker armene frem for at få fat i legetøj og holder fast i det.
D-besøget	Barnet triller fra ryg til mave og omvendt og sidder sikkert selv. Barnet kryber eller kravler forlæns eller baglæns - det er vigtigt, at barnet bevæger sig rundt. Barnet begynder at rejse sig ved støtte og trækker sig op i armene. Omkring nitemånedersalderen kan mange børn kravle, kan selv sætte sig op og sidder sikkert. Barnet flytter ting fra hånd til hånd og putter det i munden, kan bevæge øjnene uden at bevæge hovedet. Følger eksempelvis legetøj, der falder inden for synsfeltet. Der er begyndende udvikling af pincetgrebet.

2 Resultater

Andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling

Figur 1 viser fordelingen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen opdelt på kommune. Figuren viser, at 9,1 % af børnene i Ishøj Kommune har bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen, svarende til 23 børn. Ishøj Kommune er dermed hverken en kommune med den højeste eller laveste andel af børn med bemærkning til motorik.

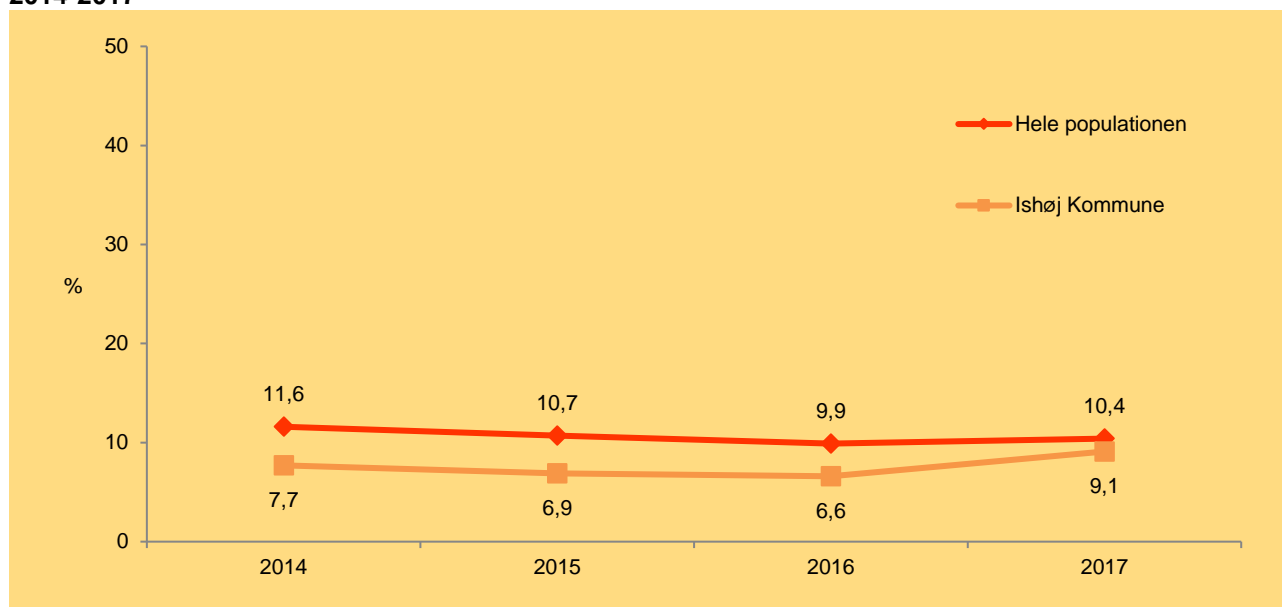
Figur 1. Andelen med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen opdelt på kommuner



Figur 2 viser udviklingen i andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen i perioden 2014-2017 for Ishøj Kommune og hele populationen samlet. Antallet og sammensætningen af deltagende kommuner i Databasen Børns Sundhed har ikke været den samme alle år i databasens historie. Det er derfor ikke muligt at sammenligne hele den undersøgte population fra år til år. For eksempel kan deltagelse af en ny stor kommune med gennemsnitligt flere veluddannede forældre medføre, at man ser en positiv udvikling i hele populationen på trods af, at udviklingen ikke har ændret sig i de kommuner, der var med året før. Derfor indbefatter hele populationen de 29 kommuner, der har været med alle de seneste fire fødselsår.

Figuren viser, at andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen i perioden 2014-2017 har svinget mellem 6,6 % og 9,1 % i Ishøj Kommune og mellem 11,6 % og 9,9 % i hele populationen. Andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling var højest i 2017 og lavest i 2016 i Ishøj Kommune. Af figuren ses, at andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen ikke har ændret sig væsentligt de seneste år.

Figur 2. Andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen fra 2014-2017



Hele populationen indbefatter de 29 databasekommuner, som har indgået i databasesamarbejdet i de seneste fire fødselsår. Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholm, Brøndby, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Herlev, Hillerød, Høje-Taastrup, Ishøj, Lyngby-Taarbæk, Roskilde, Rudersdal, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk, Vejle og Aarhus.

Vi har derudover undersøgt antallet og andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved de enkelte besøg i første leveår. I Ishøj Kommune er der flest børn med bemærkning til motorisk udvikling ved D-besøget (9,1 %), B-besøget (7,3 %) og C-besøget (5,1 %). I hele populationen med alle kommunerne i databasen og børn, der har haft mindst ét besøg i første leveår, er der flest børn med bemærkning til motorisk udvikling ved D-besøget, idet der er 0,9 % af børnene, der har bemærkning til motorisk udvikling ved A-besøget, 9,1 % ved B-besøget, 9,8 % ved C-besøget og 10,1 % ved D-besøget.

Karakteristik af børn med bemærkning til motorisk udvikling i otte- til timånedersalderen

Dette afsnit præsenterer de subgrupper af børn i hele populationen og i Ishøj Kommune, der gennemsnitligt har en højere forekomst af bemærkninger til motorisk udvikling i otte- til timånedersalderen. Der præsenteres kun analyser, hvor der er nok børn i de enkelte kategorier til, at det er statistisk forsvarligt at lave analyser. Hvis der er for få tilfælde, bliver analyserne for usikre, og der kan endvidere være risiko for at identificere barnet/familierne.

Sociodemografiske faktorer

I hele populationen finder vi, at der er få sociale forskelle i bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen. Analyserne viser, at børn, hvis mor og far er over 30 år ved fødslen, hvis forældres højeste fuldførte uddannelse er grundskolen samt børn, hvis forældre ikke er i erhverv, har en øget forekomst af bemærkninger til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen. I analyserne, hvor der er taget højde for relevante variable, forsvinder den øgede forekomst blandt børn, hvis forældre ikke er i erhverv.

Blandt børn født i 2017 i Ishøj Kommune er det ikke muligt at dokumentere en statistisk sikker sammenhæng mellem sociodemografiske faktorer og barnets motoriske udvikling ved otte- til timånedersalderen.

Faktorer relateret til graviditet og fødsel

I hele populationen finder vi, at alle faktorer relateret til graviditet og fødsel er sammenhængende med motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen. Analyserne viser, at børn, der er født før uge 37, med en fødselsvægt på mindre end 2.500 gram, der er født ved kejsersnit, med en apgarscore på under ni fem minutter efter fødslen, der er flerfødt, der ikke er deres mors førstefødte og har medfødte misdannelser, har en øget forekomst af bemærkninger til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen. I analyserne, hvor der er taget højde for relevante variable, forsvinder den øgede forekomst blandt børn med en apgarscore på under ni fem minutter efter fødslen.

I Ishøj Kommune ses der ligeledes en sammenhæng mellem gestationsalder og motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen. Analyserne viser, at andelen af børn i Ishøj Kommune med bemærkning til motorisk udvikling er højere blandt børn, der er født før uge 37 (27,8 %), end blandt børn, der er født i uge 37 eller senere (7,4 %).

Amning

I hele populationen finder vi, at der er en forhøjet forekomst af børn, der får bemærkning til deres motoriske udvikling ved otte- til timånedersalderen blandt børn, der ikke er blevet ammet fuldt i mindst fire måneder.

Blandt børn født i 2017 i Ishøj Kommune er det ikke muligt at dokumentere en statistisk sikker sammenhæng mellem amning og barnets motoriske udvikling ved otte- til timånedersalderen.

Barnets trivsel og udvikling

I hele populationen finder vi, at de fleste inkluderede forhold vedrørende barnets udvikling og trivsel medfører en forhøjet forekomst af børn med bemærkning til barnets motoriske udvikling ved otte- til timånedersalderen. Analyserne viser, at der er en forhøjet forekomst af børn med bemærkning til deres motoriske udvikling ved otte- til timånedersalderen blandt børn, der er undervægtige ved seks- til timånedersalderen, og blandt børn, der har mindst én bemærkning til sprog/kommunikation, søvn, signaler/reaktioner (TM Sund-variabel) og/eller ernæring/spisning (TM Sund-variabel) inden ottemånedersalderen. I analyserne, hvor der er taget højde for relevante variable, forsvinder den øgede forekomst blandt børn med mindst én bemærkning til ernæring/spisning inden ottemånedersalderen og blandt børn, der er undervægtige. I de justerede analyser ses der dog en øget forekomst af børn med bemærkning til barnets motoriske udvikling blandt børn, der er overvægtige/svært overvægtige.

Blandt børn født i 2017 i Ishøj Kommune er det ikke muligt at dokumentere en statistisk sikker sammenhæng mellem barnets trivsel og udvikling og motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen.

Samvær og kontakt

Begge journalsystemer fokuserer på relationen mellem barnet og forældrene, men på hver sin måde. TM Sund-journalsystemet fokuserer på, om forældrene forstår barnets behov, og NOVAX-journalsystemet fokuserer i højere grad på barnets evne til at signalere følelsesmæssige behov samt barnets kontakt og tilknytning til primære omsorgspersoner såsom forældrene. De to journalsystemer kan derfor siges at fokusere på to forskellige vinkler af forældre-barn relationen, og analyserne er derfor lavet adskilt på journalsystem. I hele NOVAX-populationen finder vi, at der er en forhøjet forekomst af børn, der får bemærkning til deres motoriske udvikling ved otte- til timånedersalderen blandt børn, der har mindst én bemærkning til samvær og kontakt inden ottemånedersalderen.

Blandt børn født i 2017 i Ishøj Kommune er det ikke muligt at dokumentere en statistisk sikker sammenhæng mellem samvær og kontakt og barnets motoriske udvikling ved otte- til timånedersalderen.

Efterfødselsreaktioner

I hele populationen finder vi, at der er en forhøjet forekomst af børn, der får bemærkning til deres motoriske udvikling ved otte- til timånedersalderen blandt børn, hvor der er mindst én bemærkning til mors psykiske tilstand, inden barnet er otte måneder.

Blandt børn født i 2017 i Ishøj Kommune er det ikke muligt at dokumentere en statistisk sikker sammenhæng mellem efterfødselsreaktioner hos forældrene og barnets motoriske udvikling ved otte- til timånedersalderen.

3 Diskussion

Opsummering af resultater

I Ishøj Kommune er der 9,1 % af børnene, der har bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen. Andelen af børn med bemærkning er højest ved D-besøget. Andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen har i alle årene været lidt lavere i Ishøj Kommune end i hele populationen. Den højeste andel ses i 2017 i Ishøj Kommune, hvor andelen af børn med bemærkning var 9,1 %.

Der ses en højere forekomst af børn i Ishøj Kommune med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen blandt børn, der er født før uge 37.

Analyserne i temarapporten viser derudover en højere forekomst af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen blandt børn, hvis forældre er over 30 år ved fødslen, hvis forældres højest fuldførte uddannelse er grundskolen, hvis forældre ikke er i erhverv, med en fødselsvægt på mindre end 2.500 gram, der er født ved kejsersnit, med en apgarscore på under ni fem minutter efter fødslen, der er flerfødt, der ikke er deres mors førstefødte, der har medfødte misdannelser, der ikke er blevet ammet fuldt i mindst fire måneder, der er undervægtige ved seks- til timånedersalderen, der har mindst én bemærkning til sprog/kommunikation, søvn, signaler/reaktioner (TM Sund-variabel), ernæring/spisning (TM Sund-variabel) og/eller samvær/kontakt inden ottemånedersalderen og blandt børn, hvor der er mindst én bemærkning til mors psykiske tilstand, inden barnet er otte måneder.

I temarapporten om sundhedsplejerskers bemærkninger til motorisk udvikling ses der en sammenligning af fundene i hele populationen med anden forskning (Pedersen et al., 2019).

Stærke og svage sider ved data og metode

En af de stærke sider ved denne rapport er, at den omfatter næsten alle børn, der er født i 2017 i Ishøj Kommune og i de andre deltagende kommuner. Da næsten alle børn tilses af en sundhedsplejerske i første leveår, er der næsten ingen problemer med bortfald og dertil relateret bias. Det er dog ikke alle børn i databasen, som får besøg i otte- til timånedersalderen, som analyserne til denne rapport er baseret på, hvilket kan betyde, at forekomsten af bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen eventuelt er underestimeret.

En anden stærk side ved datamaterialet er, at data er indsamlet systematisk; det er sundhedsplejersken og ikke forældrene, der ud fra en standardiseret vejledning og journal vurderer barnets motoriske udvikling. Sundhedsplejerskerne i Databasen Børns Sundhed anvender dog ikke en bestemt skala eller test, men sundhedsplejersken er specialuddannet på børneområdet og den enkelte sundhedsplejerske ser rigtig mange spædbørn i deres daglige arbejde, hvilket sammen med vejledningen til sundhedsplejerskerne, om hvordan data skal vurderes og registreres, er med til at kvalificere deres vurdering af, hvorvidt det enkelte barns motoriske udvikling er alderssvarende. Sundhedsplejerskens vurdering er systematisk og bygger på stor erfaring og må derfor vurderes at være relativt valid sammenlignet med for eksempel selvrapportering fra forældre.

Derudover er koblingen af journaldata med registre ligeledes med til at styrke kvaliteten af data. Koblingen med de sociodemografiske registre og Det Medicinske Fødselsregister betyder, at vi har næsten fuldstændige oplysninger om forældrenes uddannelse og tilknytning til arbejdsmarkedet samt om forhold vedrørende barnets fødsel. Det skal hertil pointeres, at denne kobling sker 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.

Som alle andre undersøgelser har denne også sine svage sider. Der er forskel på sundhedsplejersker, og det er muligt, at flere sundhedsplejersker, som vurderer samme barn, vil komme frem til forskellige konklusioner om barnets motoriske udvikling. Den interpersonelle variation kan være et metodemæssigt problem, som man også ser i andre kliniske databaser. Det er vigtigt at få mere viden om validiteten og reliabiliteten af data, og

hvordan man eventuelt kan styrke denne, hvorfor Databasen Børns Sundhed i foråret 2019 har igangsat en kortlægning af, hvordan motorisk udvikling registreres i de deltagende databasekommuner.

Samtidig finder vi en stor variation i andelen af børn med bemærkning til den motoriske udvikling mellem kommunerne. Det skyldes måske, at der er forskellige traditioner for, hvornår man noterer en bemærkning til motorisk udvikling. Ét bud på de høje andele i nogle kommuner kan tænkes – ud over forskelle i befolkningssammensætningen – at være påvirket af, hvor meget fokus der er på motorisk udvikling i den enkelte kommune. Vi ved fra tidligere rapporter og ikke mindst fra vores diskussioner med de ledende sundhedsplejersker, at jo mere fokus en kommune har på et område, jo højere forekomst af bemærkninger til det givne område er der de efterfølgende år. Nogle kommuner har måske flere børnefysioterapeuter tilknyttet og dermed større fokus på motorisk udvikling, eller de har måske for nyligt været på kursus i motorisk udvikling. I en sådan situation betyder en høj forekomst af bemærkning til motorisk udvikling derfor ikke nødvendigvis, at problemet med motorisk udvikling er større end i andre kommuner, men at der har været fokus på området i kommunen. Ud fra et videnskabeligt perspektiv er det selvfølgelig problematisk, hvis sundhedsplejerskerne i de deltagende kommuner ikke baserer deres vurderinger ud fra de samme standardiserede kriterier. Det er derfor vigtigt at fortsætte arbejdet med at tilpasse journalerne og præcisere vejledningerne, sådan at det så vidt muligt bliver fuldt sammenlignelige informationer, der registreres i alle kommuner.

Rapportens hovedformål er at belyse hvilke faktorer, der øger barnets risiko for at have bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen. Disse variationer mellem kommunerne har formentlig ingen særlig betydning for analyserne af de faktorer, som er associeret med motorisk udvikling, og fundene genfindes i analyser, hvor der er kontrolleret for kommuneforskelle.

4 Konklusion

Temarapporten og denne del af rapporten tyder på, at det er ikke tilfældigt, hvilke børn der får bemærkning til deres motoriske udvikling ved otte- til timånedersalderen. Sociodemografiske faktorer, forhold relateret til graviditeten og fødslen, hvorvidt barnet bliver ammet, barnets trivsel og udvikling, forældre-barn relationen og forældrenes efterfødselsreaktion viser en sammenhæng med barnets motoriske udvikling. Mange af risikofaktorerne handler om forhold, som sundhedsplejersken kan inddrage i sit arbejde; sundhedsplejersken kan prioritere den motoriske udvikling i de typer af familier, hvor risikoen for problemer er størst.

Opgørelsen tyder på, at det er vigtigt med et fokus på barnets motoriske udvikling, og det er således nødvendigt, at kommunerne støtter op omkring en sådan prioritering ved at sikre, at der er tilbud til familierne. Behovsbesøg kan være en god løsning for mange familier, men der er også brug for, at sundhedsplejersken har henvisningstilbud til de familier, hvor der er behov for yderligere hjælp. Der ses et behov for at fortsætte med at sikre kvaliteten af den indsats, som sundhedsplejersken og andre gør for at afdække forsinket motorisk udvikling. Fremadrettet er det vigtigt at sikre validiteten af sundhedsplejerskernes data og at udvikle ensrettede registreringer og metoder til vurdering af motorisk udvikling i det første leveår. Sundhedsplejen opfordres derfor til at drøfte og vurdere indsatser og tilbud i egen kommune i tæt samarbejdet med andre faggrupper.

Sundhedsprofil for børn født i 2017 fra Databasen Børns Sundhed

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.

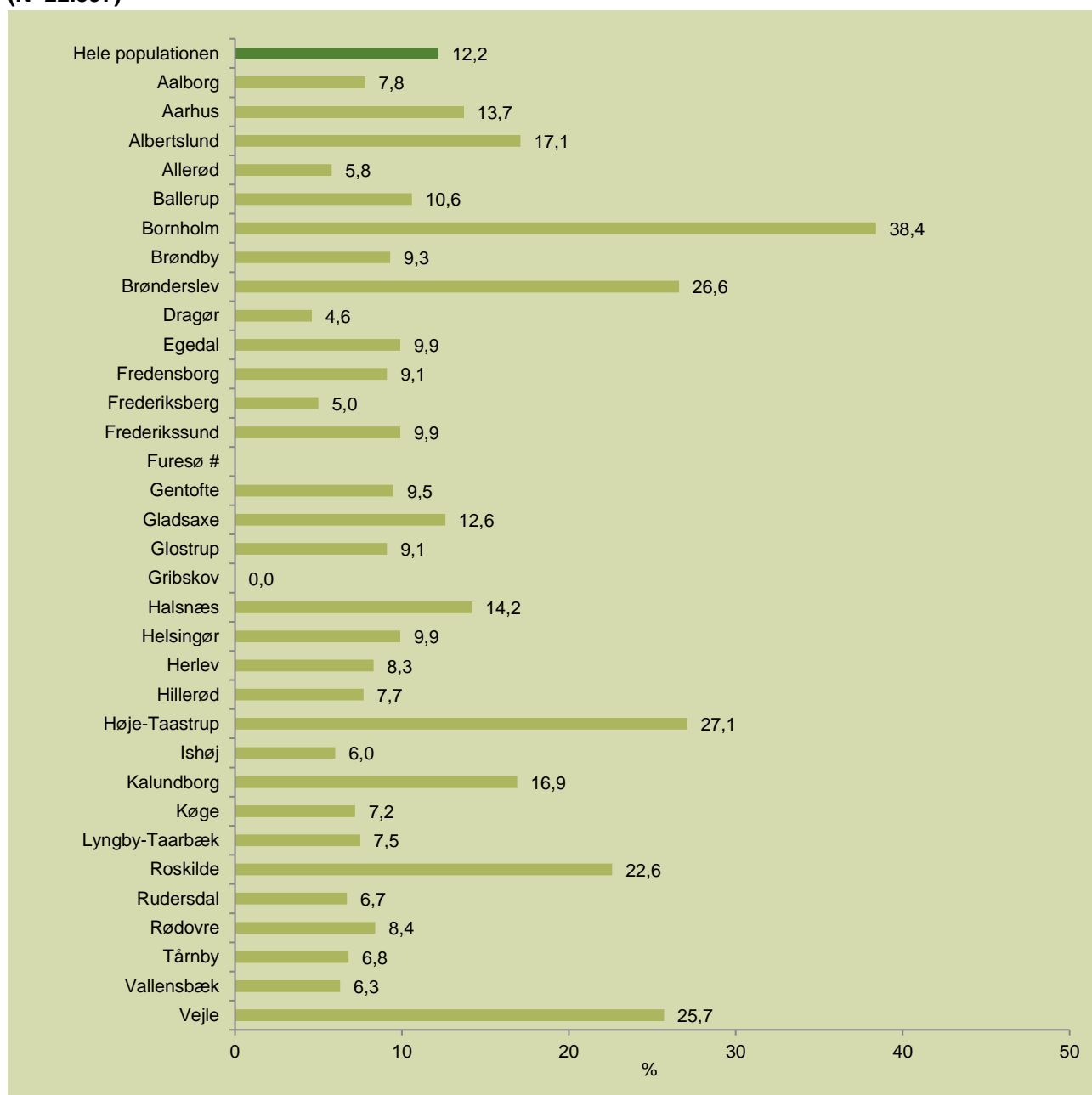
Tabel 1a. Antal børn, der indgår i sundhedsprofilen, opdelt på kommune	
Kommune	Antal børn, der indgår i sundhedsprofilen
Aalborg	2.339
Aarhus	4.678
Albertslund	315
Allerød	259
Ballerup	538
Bornholm	276
Brøndby	432
Brønderslev	380
Dragør	110
Egedal	413
Fredensborg	396
Frederiksberg	1.547
Frederikssund	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)



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

2.2 Indlæggelseslængde

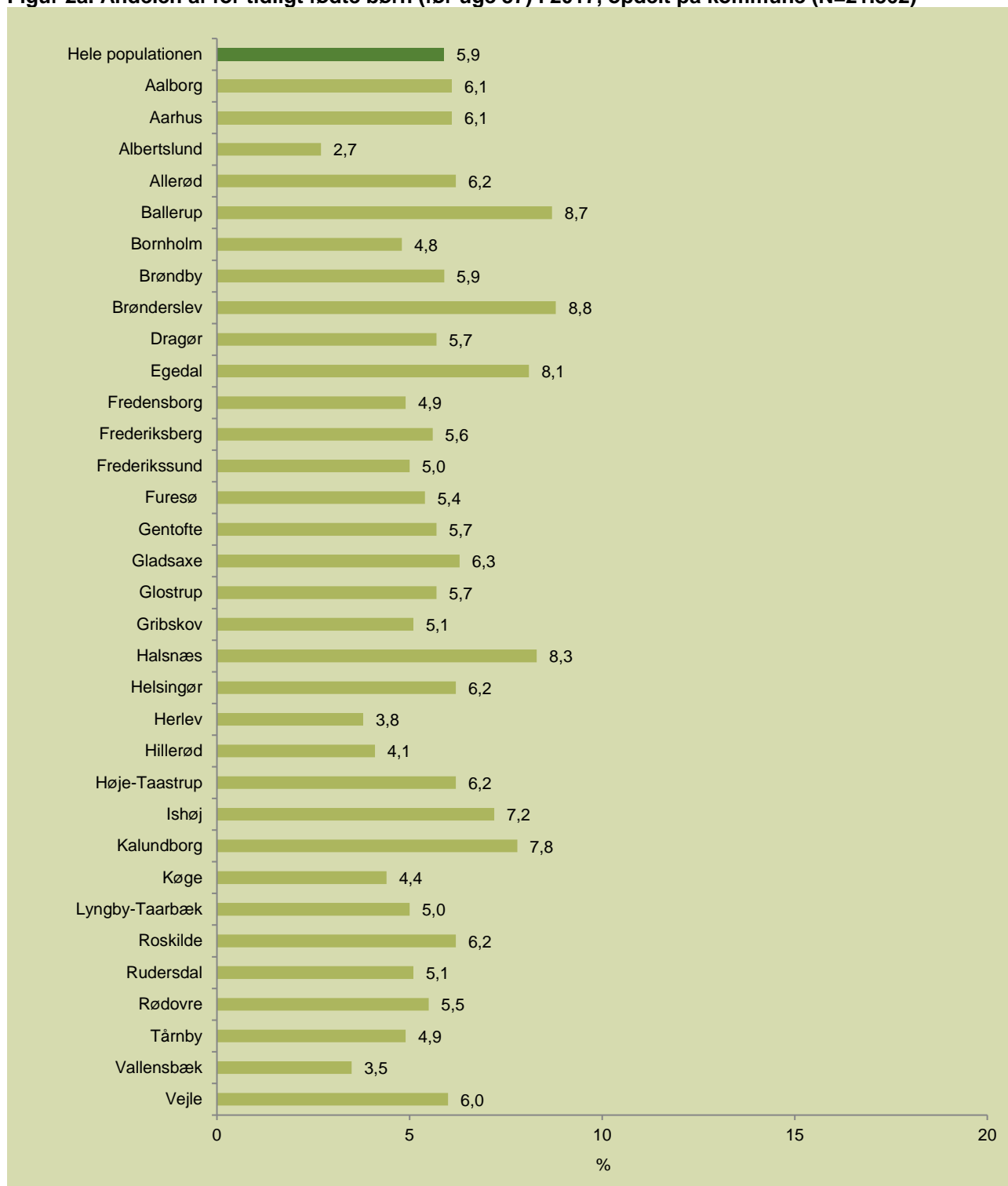
Tablet 2a viser den procentvise fordeling af børn efter indlæggelseslængde i forbindelse med fødslen. Af tabellen ses, at en fjerdedel af børnene bliver udskrevet inden for seks timer efter fødslen (25,7 %). Derudover viser figuren, at den højeste andel af børnene bliver udskrevet to til tre døgn efter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

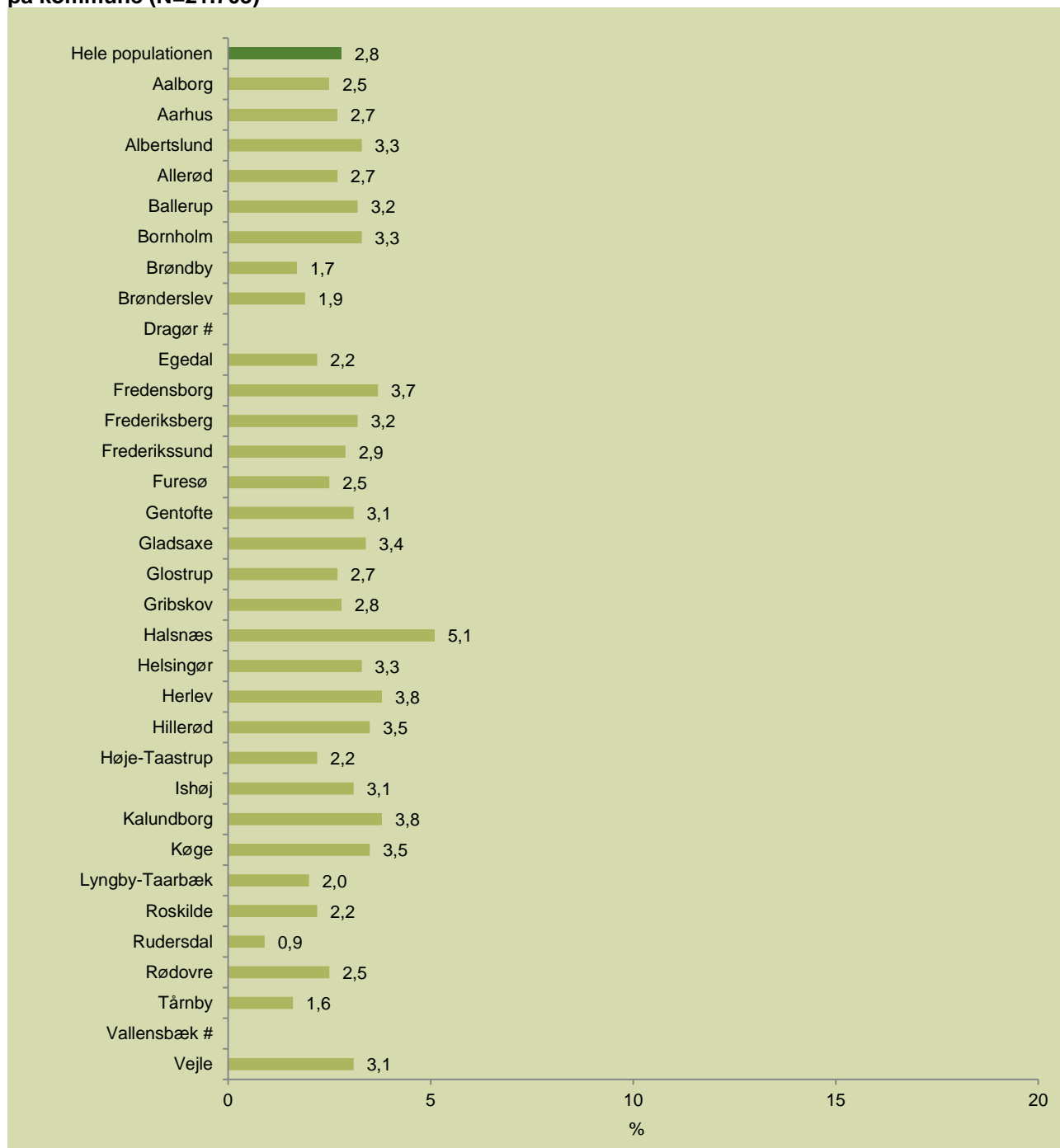
Figur 2a. Andelen af for tidligt fødte børn (før uge 37) i 2017, opdelt på kommune (N=21.862)



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 (vejtrækning, 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)

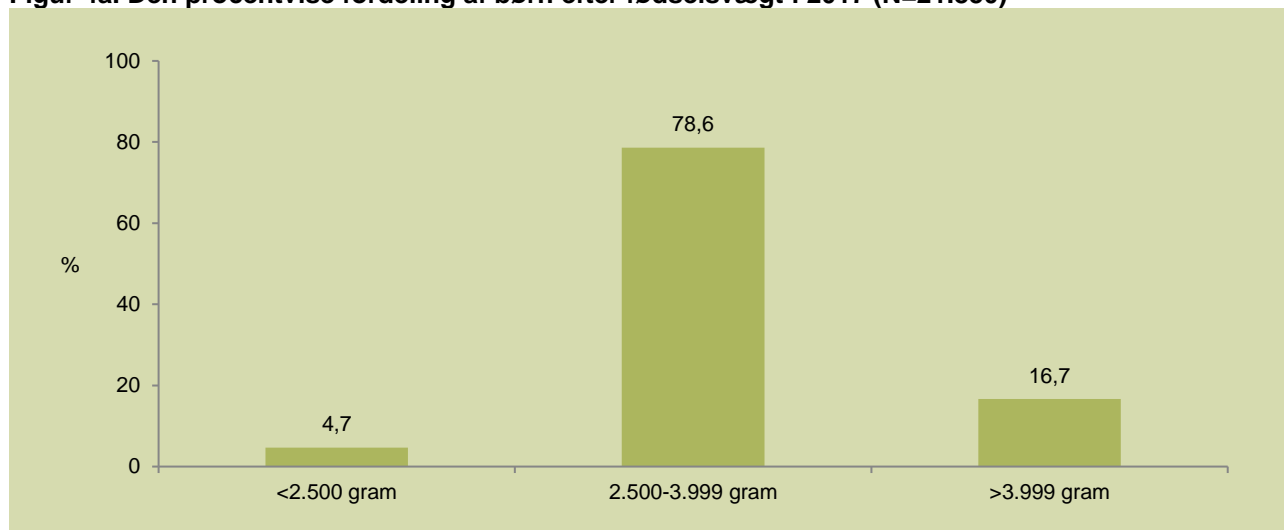


Viser ikke, da antallet af observationer i kommunen er for få.

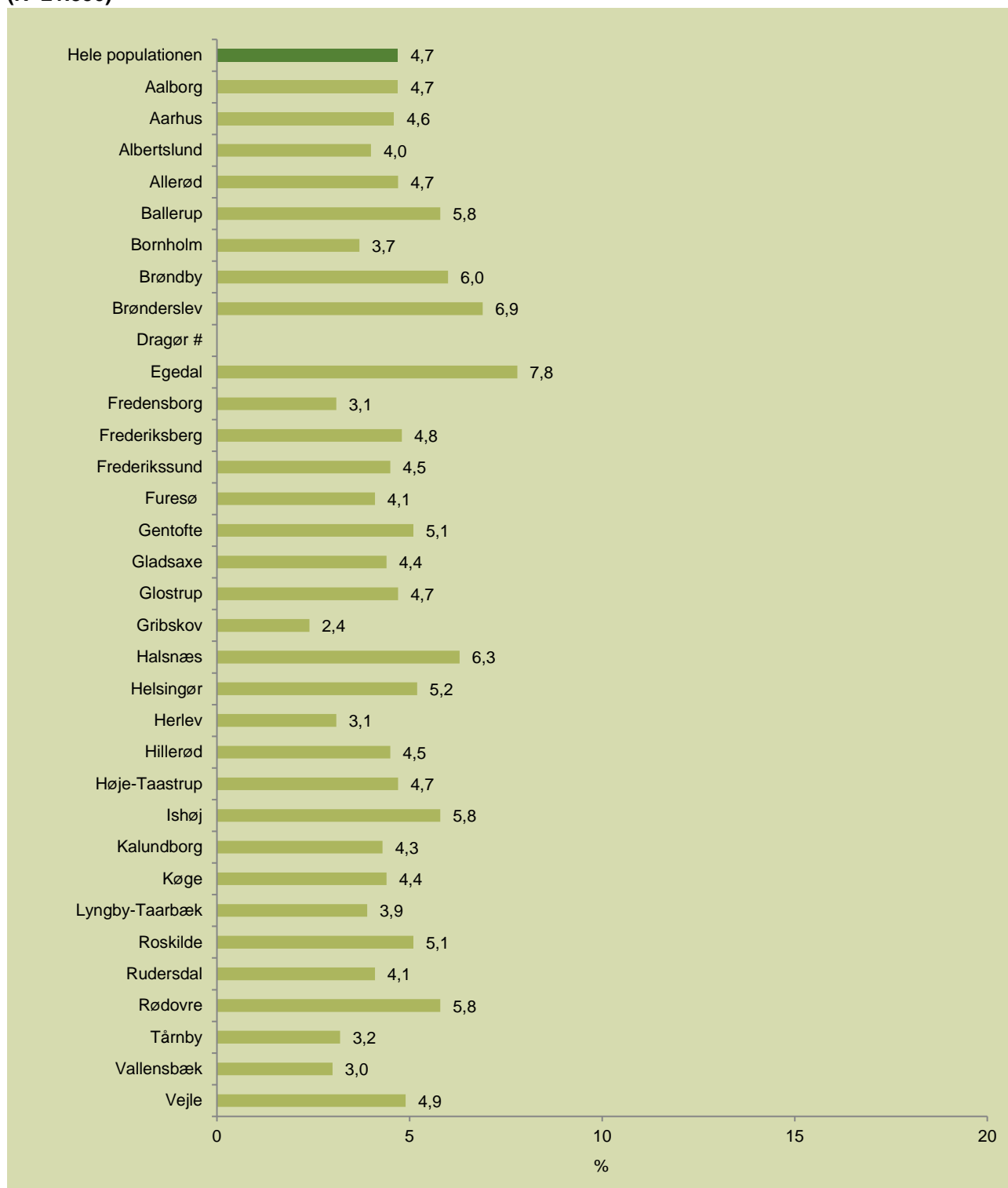
2.5 Fødselsvægt

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)

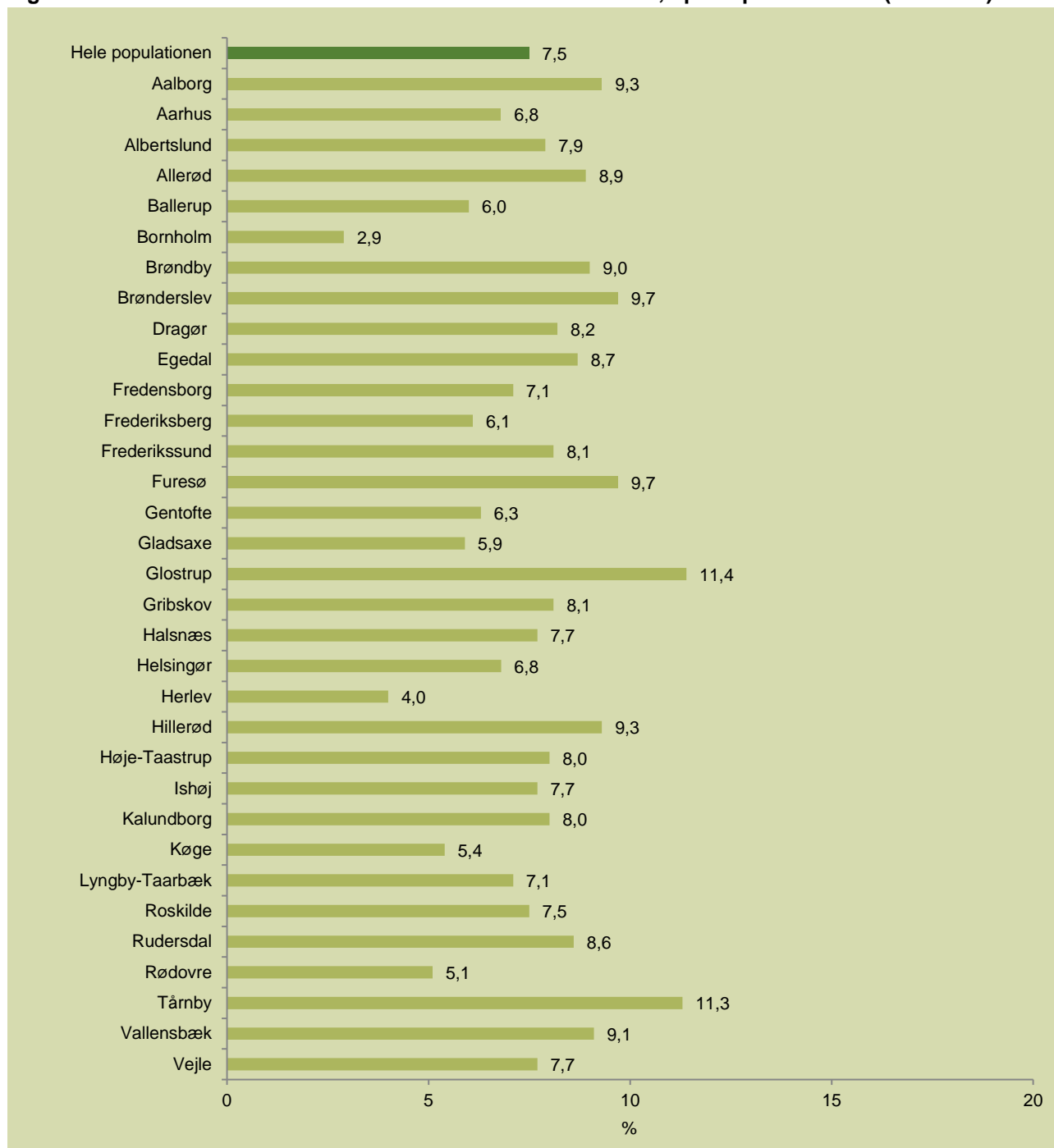


Viser ikke, da antallet af observationer i kommunen er for få.

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 langtidssygdом, 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*

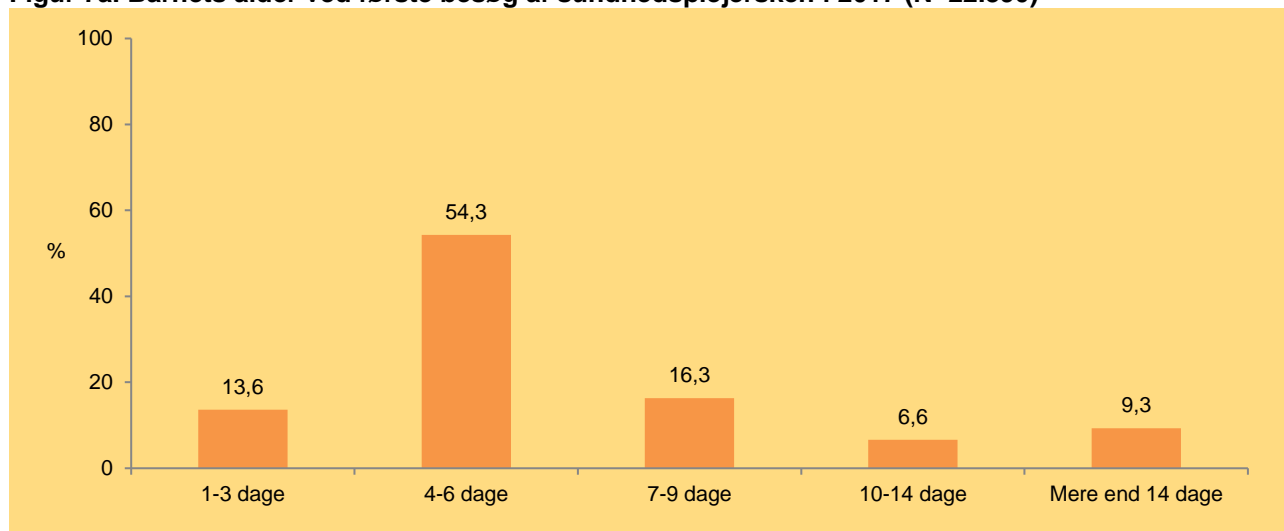
*I Kalundborg Kommune registreres D-besøget som et BOEL-besøg og registreres derfor ikke som et D-besøg. Derfor er denne oplysning hentet fra udviklingsskemaet, hvor der ses på andelen af børn med registreringer i udviklingsskemaet. Det betyder også, at Kalundborg Kommune ikke indgår i hele populationen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

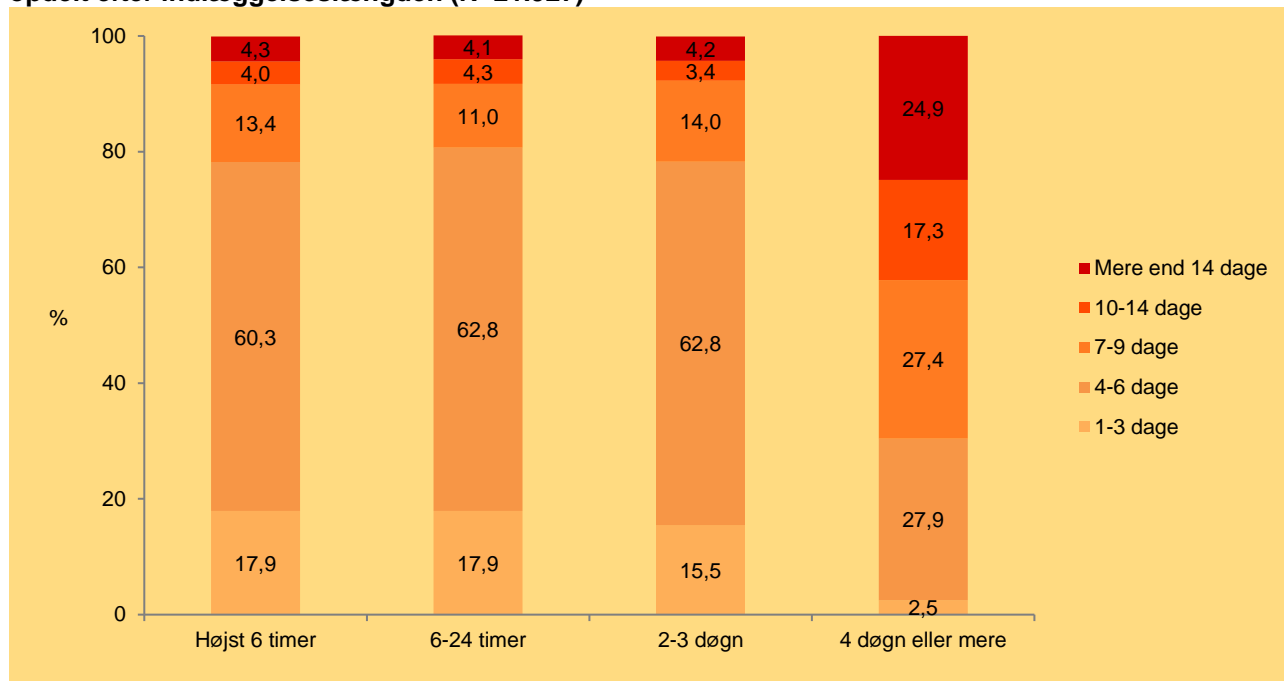
Af figur 7a ses, at 67,9 % af børnene havde det første besøg af sundhedsplejersken, inden barnet var en uge gammelt. Derudover viser figuren, at 9,3 % af børnene modtog deres første besøg, da barnet var mere end 14 dage gammelt. Denne gruppe indeholder blandt andet tilflyttere samt børn, der har været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

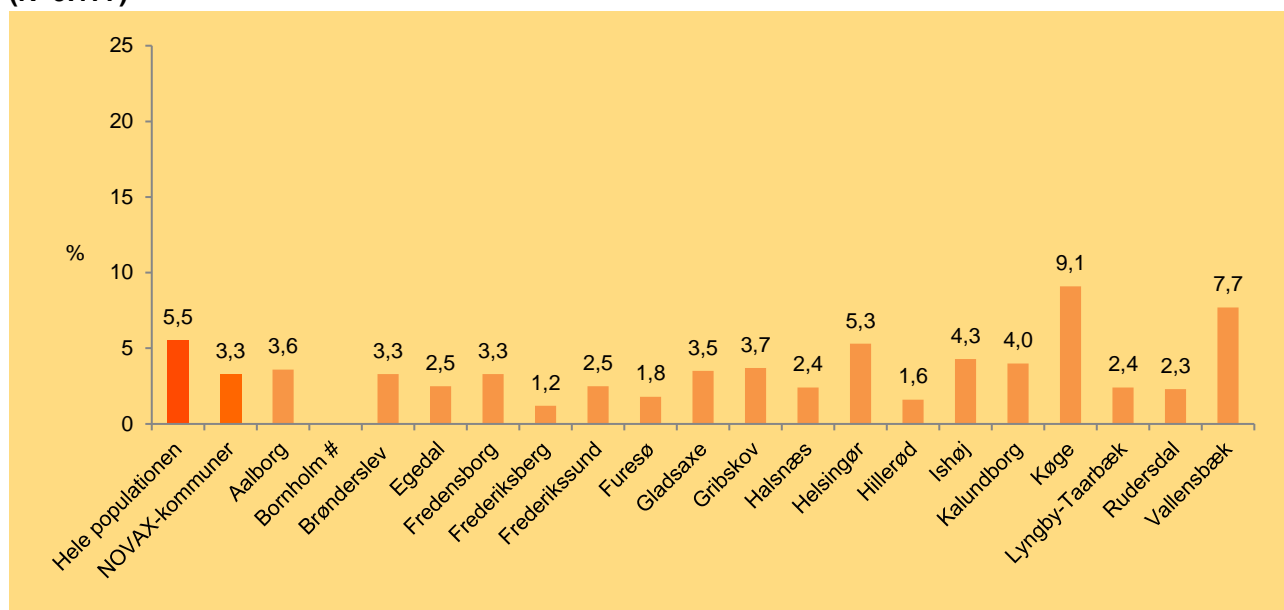
Børn er særligt sårbare over for tobaksrøg, fordi deres lunger ikke er færdigudviklet, og fordi de har en højere respirationsrate. Det betyder, at børn optager flere gange en dosis af røgens stoffer end voksne, der befinder sig i de samme tobaksforurenede omgivelser. Derudover tilbringer børn det meste 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 %.

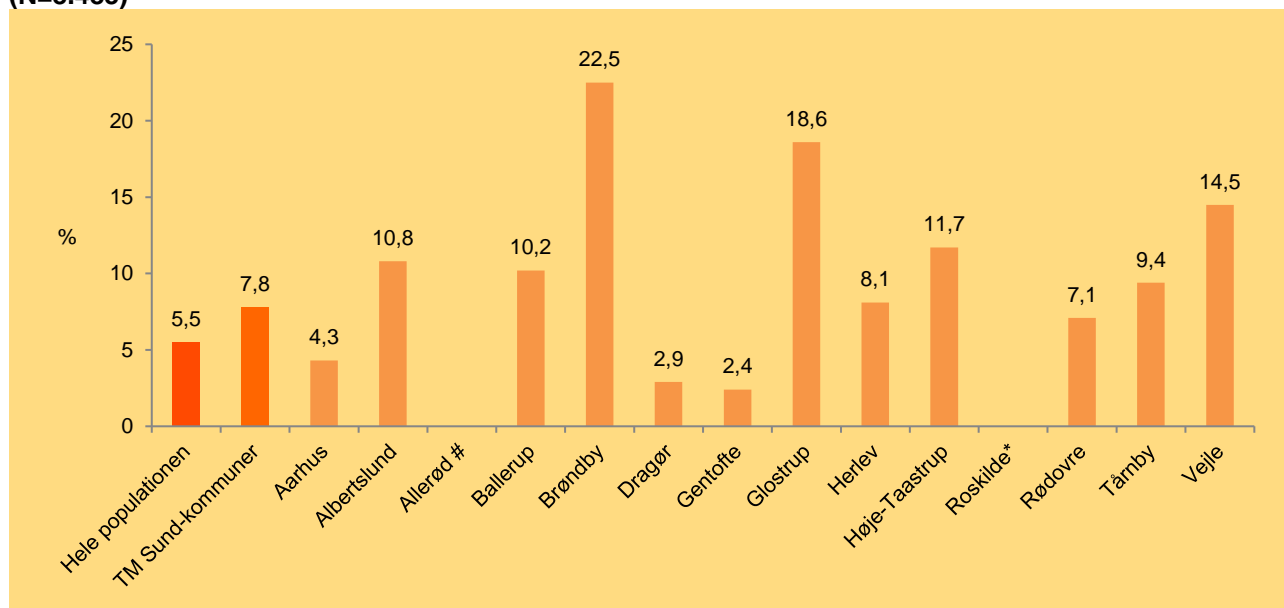
Definitionen af tobaksrøg i hjemmet har varieret gennem tiden, og før 2014 skulle sundhedsplejersken notere, hvorvidt barnet boede sammen med mindst én ryger. De skiftende definitioner kan betyde, at der registreres noget forskelligt i kommunerne på trods af, at vejledningerne til journalerne definerer 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)

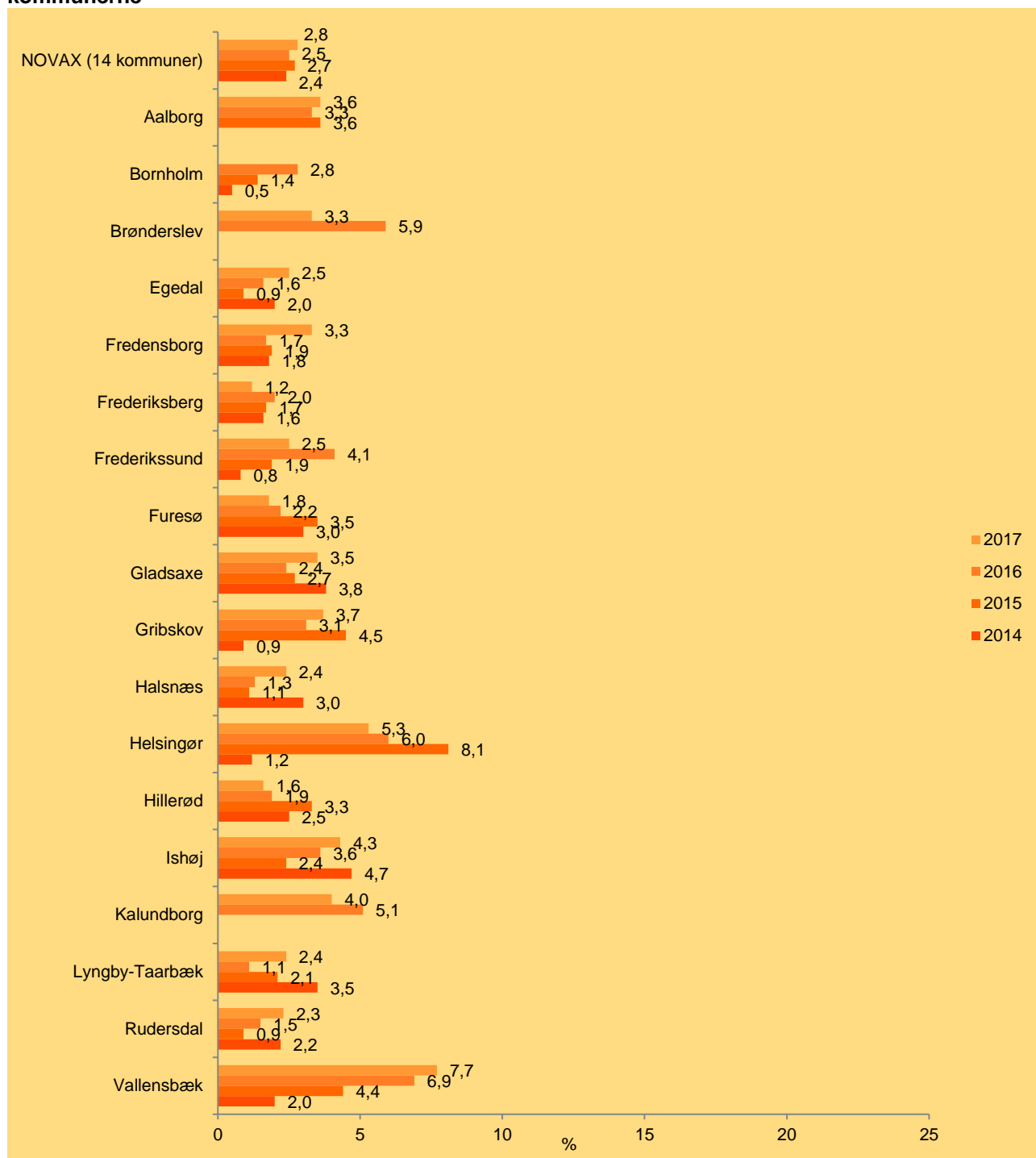


#Viser ikke, da antallet af observationer i kommunen er for få.

*Viser 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.

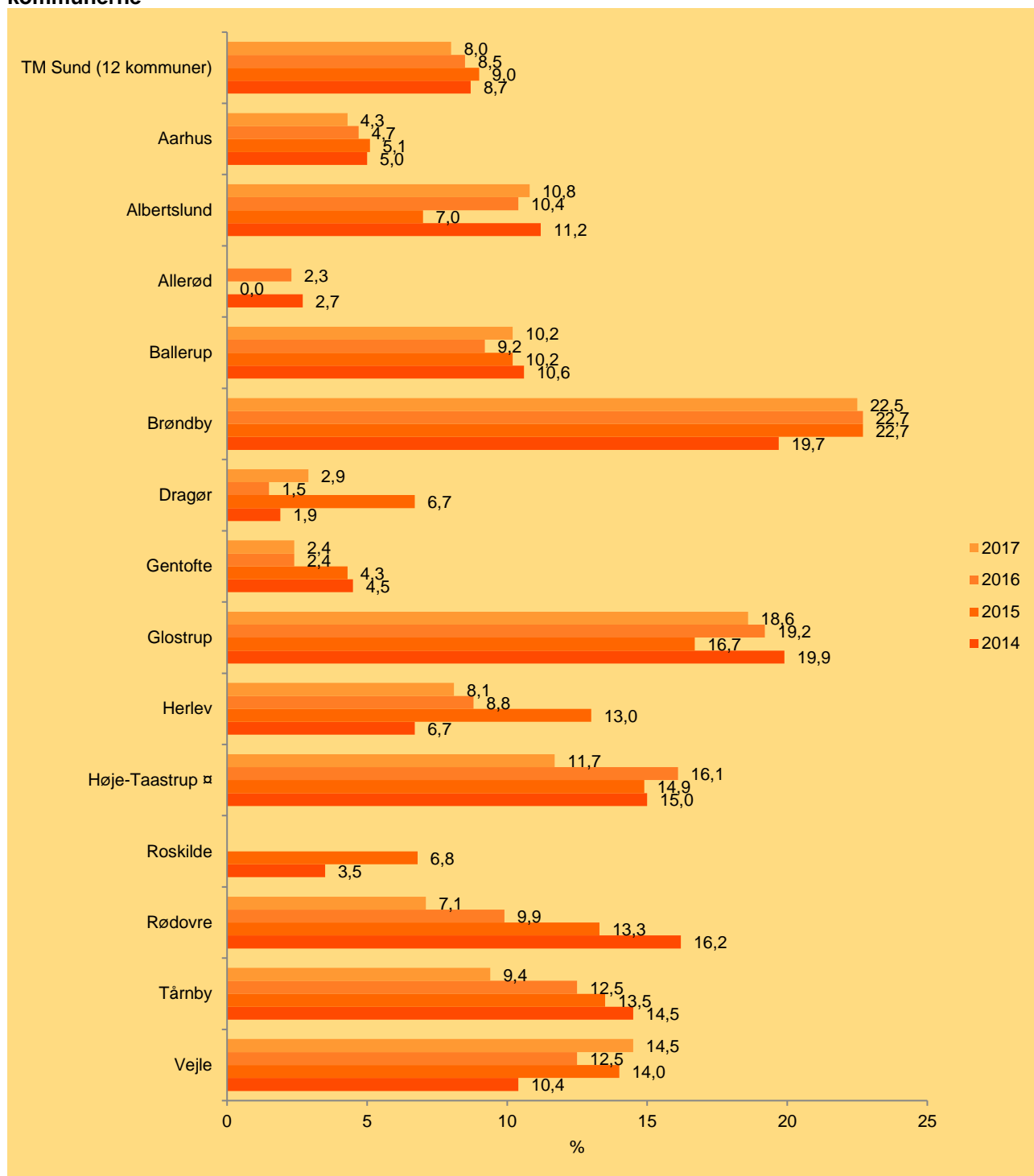
Figur 11a. Udviklingen i andelen af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet, i NOVAX-kommunerne



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



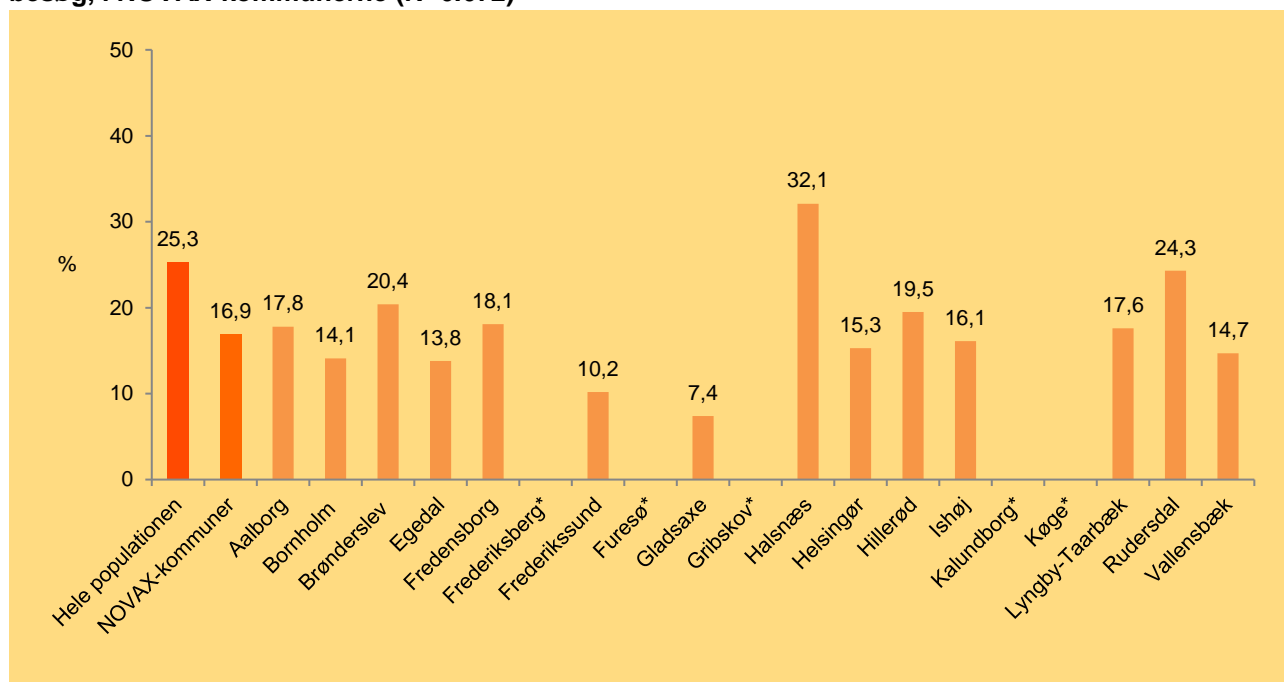
TM Sund (12 kommuner) indbefatter de 12 TM Sund-kommuner, der har oplysninger fra de sidste fire år. Det vil sige Aarhus, Albertslund, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Høje-Taastrup, Rødovre, Tårnby og Vejle.

[⊠] 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 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 %.

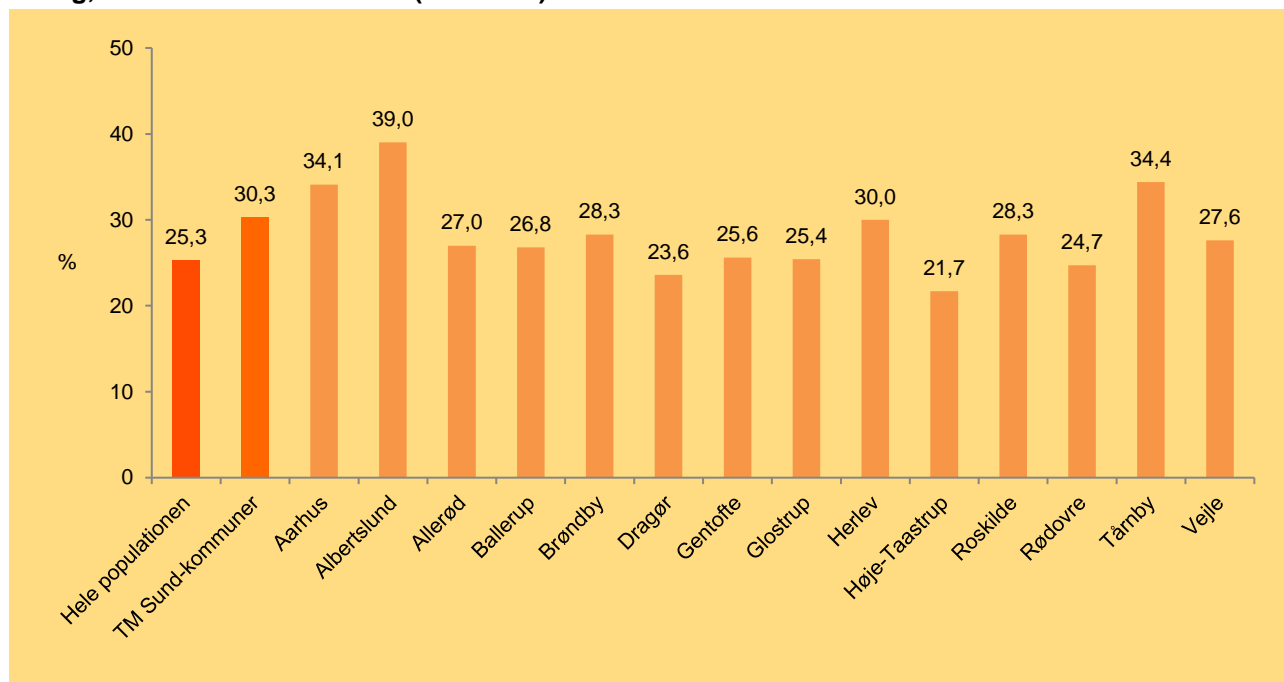
Figur 13a. Andelen af børn i 2017, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg, i NOVAX-kommunerne (N=6.672)



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

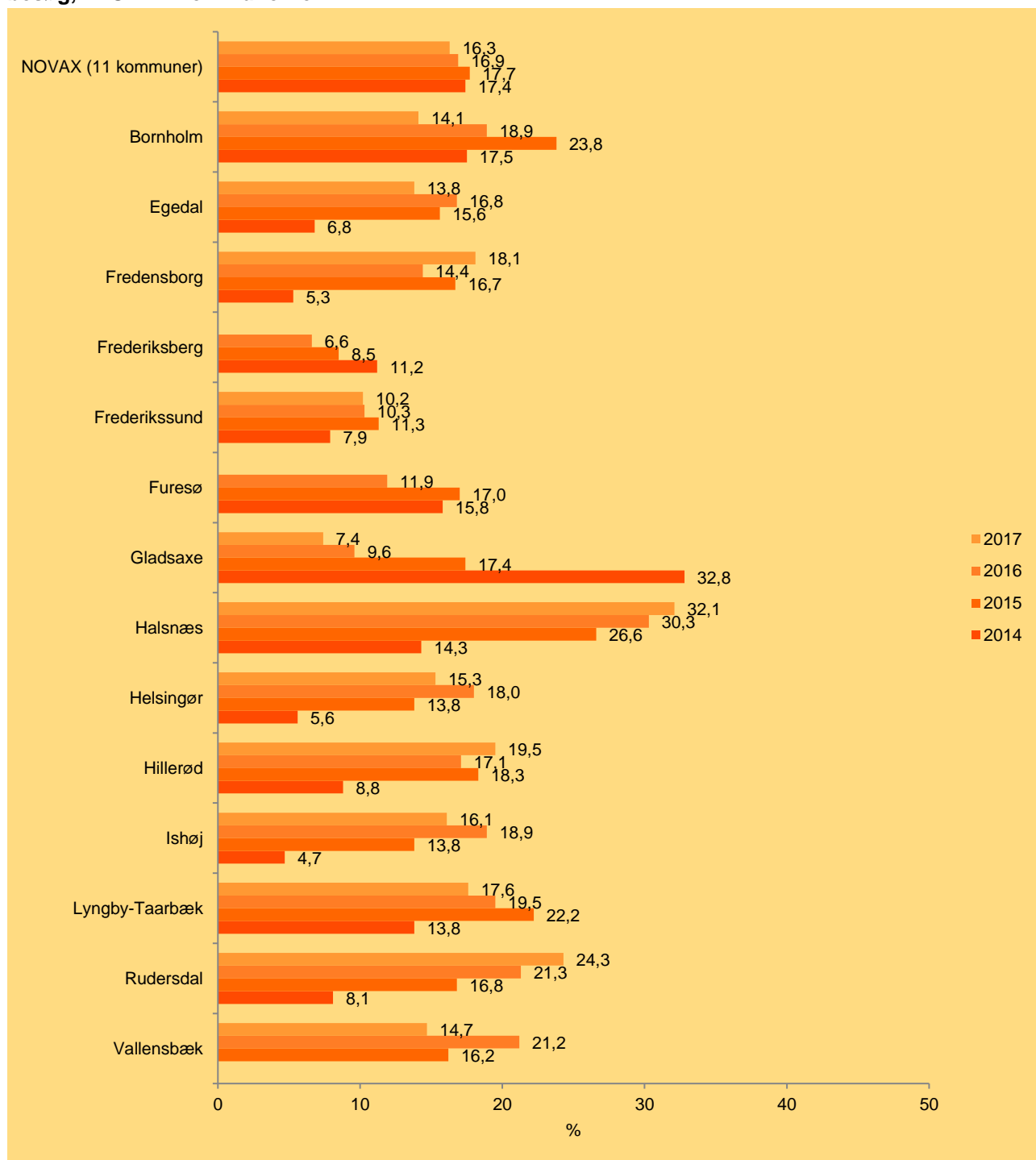
Figur 14a viser andelen af børn, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg i barnets første leveår, i TM Sund-kommunerne. Af figuren ses, at der i næsten en tredjedel af TM Sund-journalerne (30,3 %) er rapporteret bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg i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

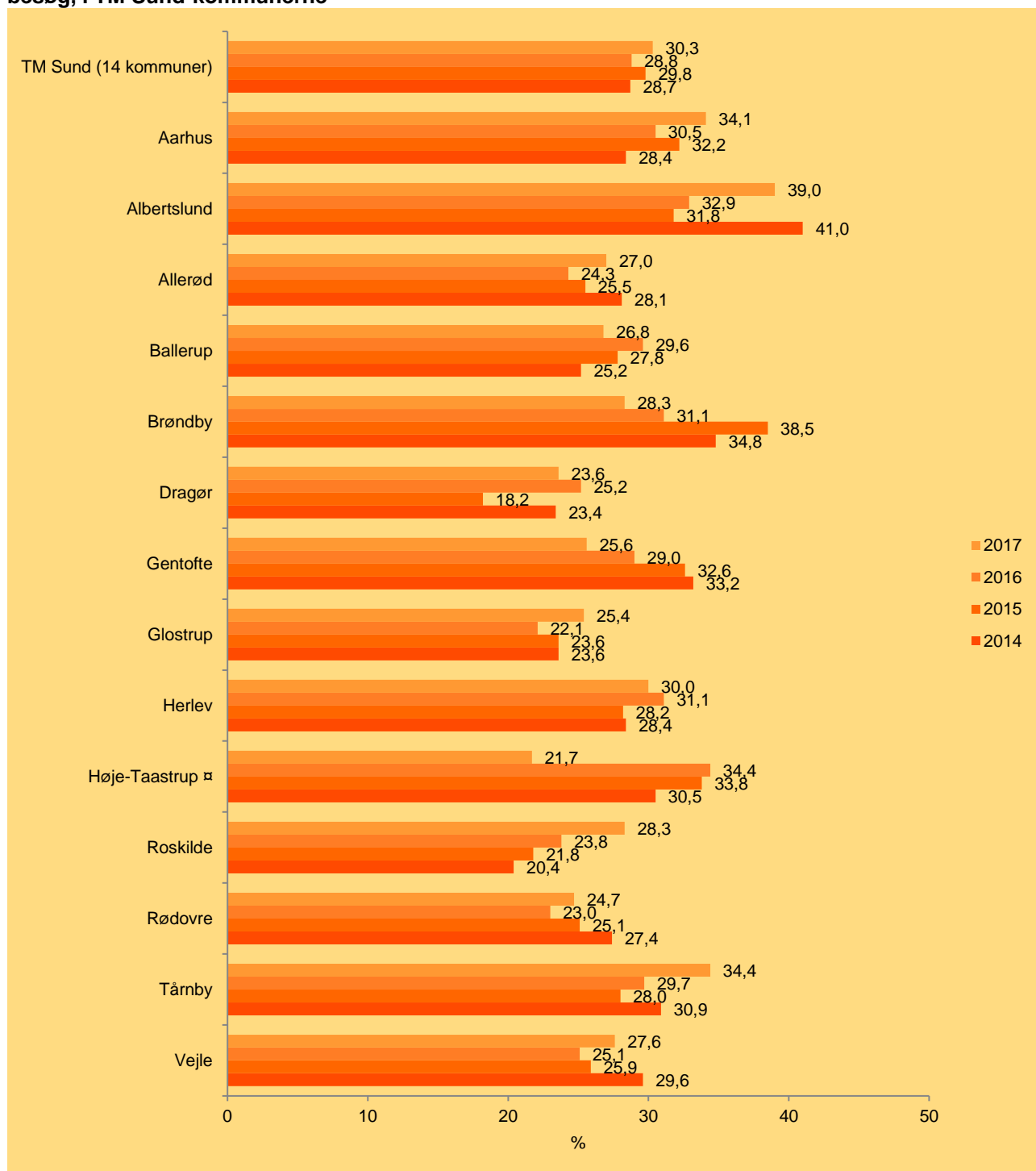
Figur 15a. Udviklingen i andelen af børn med bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg, i NOVAX-kommunerne



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.

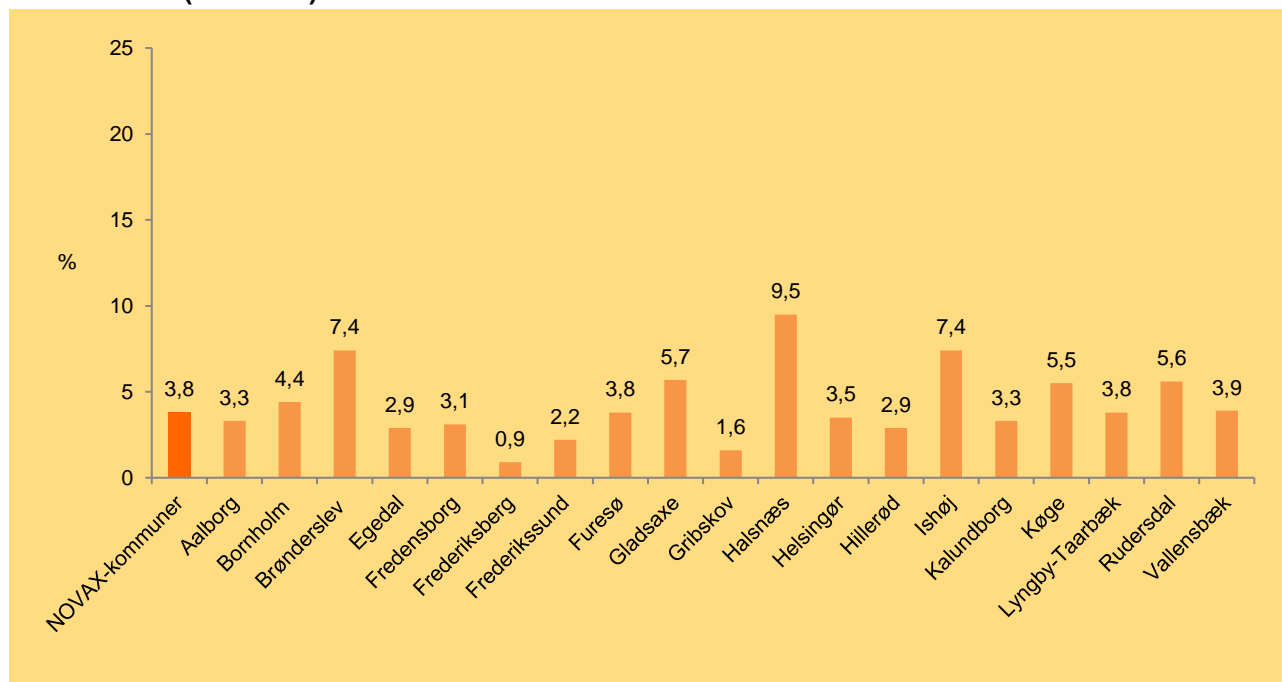
2.11 Forældre-barn relationen

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.

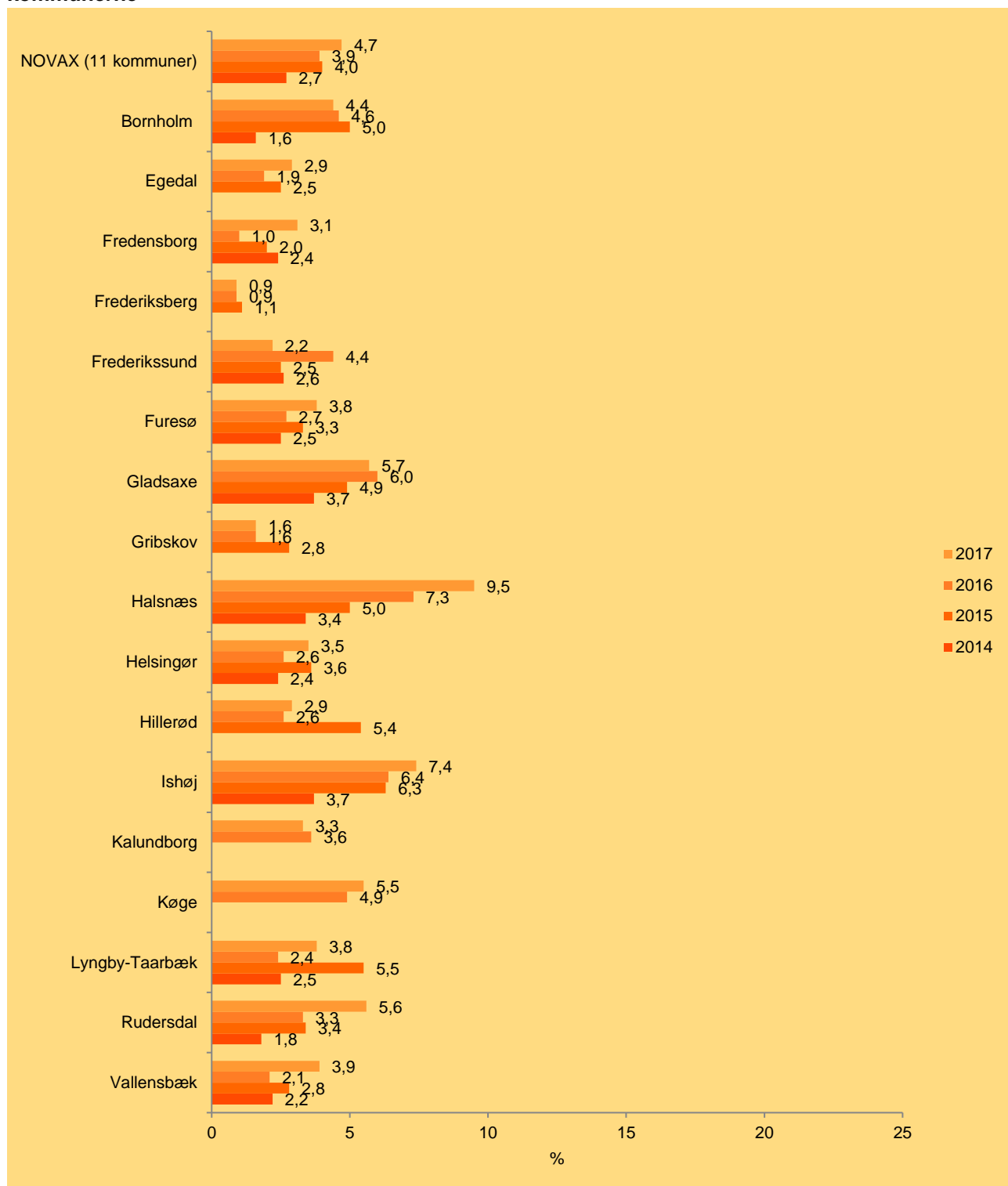
Samvær, kontakt og leg i kommuner, der benytter NOVAX-journalen

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

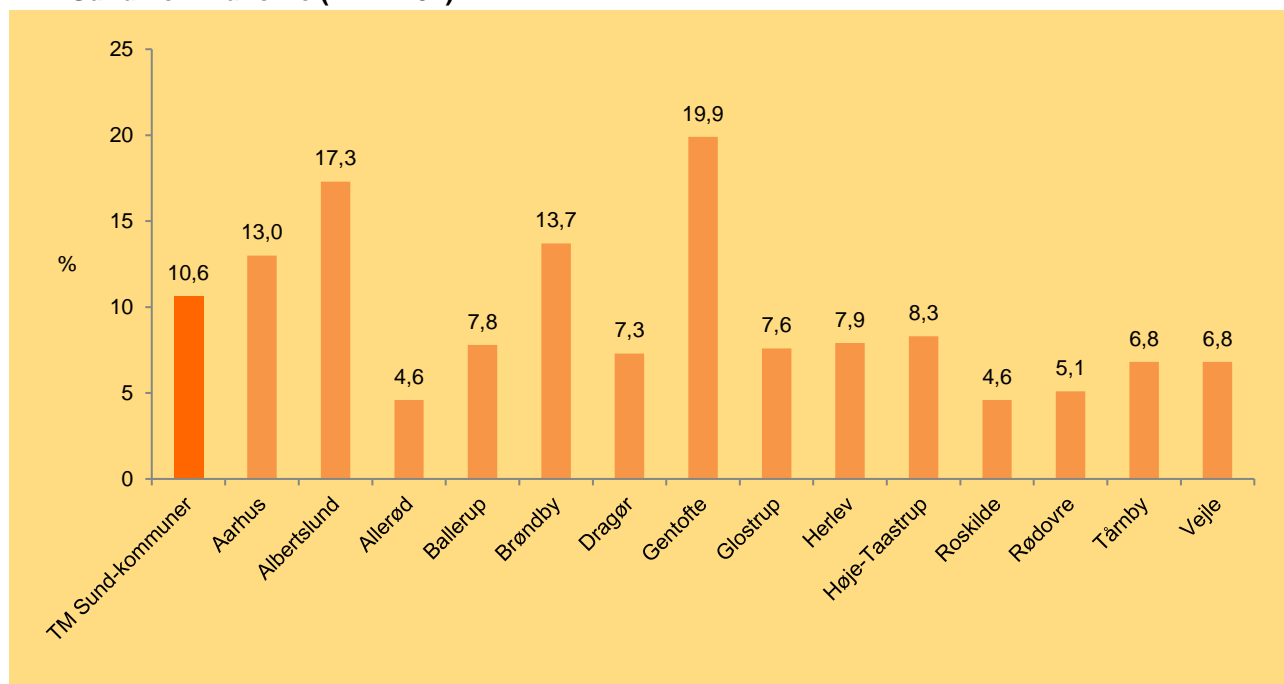


NOVAX (11 kommuner) indbefatter de 11 NOVAX-kommuner, der har oplysninger fra de sidste fire år. Det vil sige Bornholm, Fredensborg, Frederikssund, Furesø, Gladsaxe, Halsnæs, Helsingør, Ishøj, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal og Vallensbæk.

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

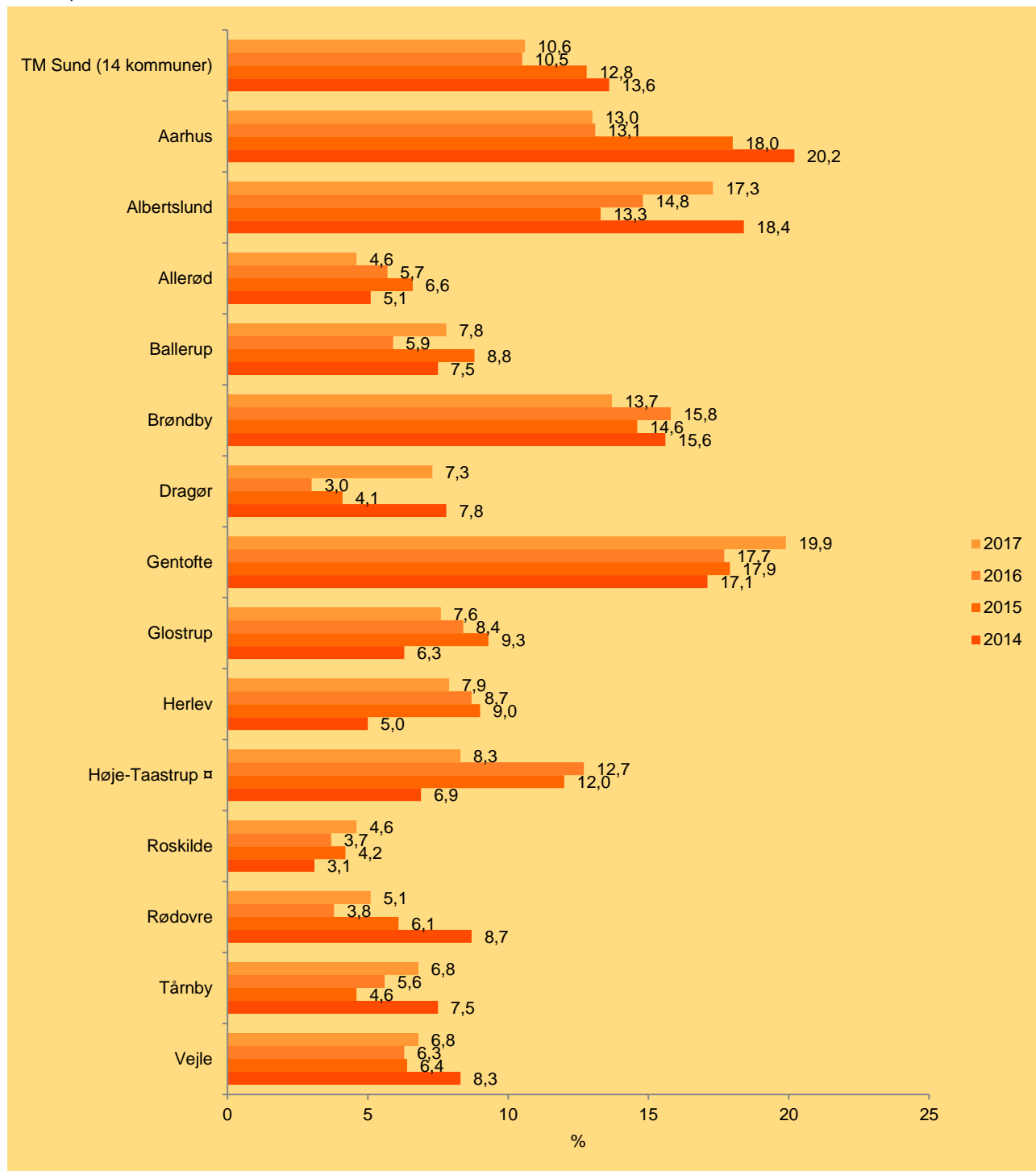
Figur 19a viser andelen af børn, hvor der er bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil ved mindst ét besøg i barnets første leveår, i TM Sund-kommunerne. Af figuren ses, at der i 10,6 % af journalerne er rapporteret bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil ved mindst ét besøg. Forekomsten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



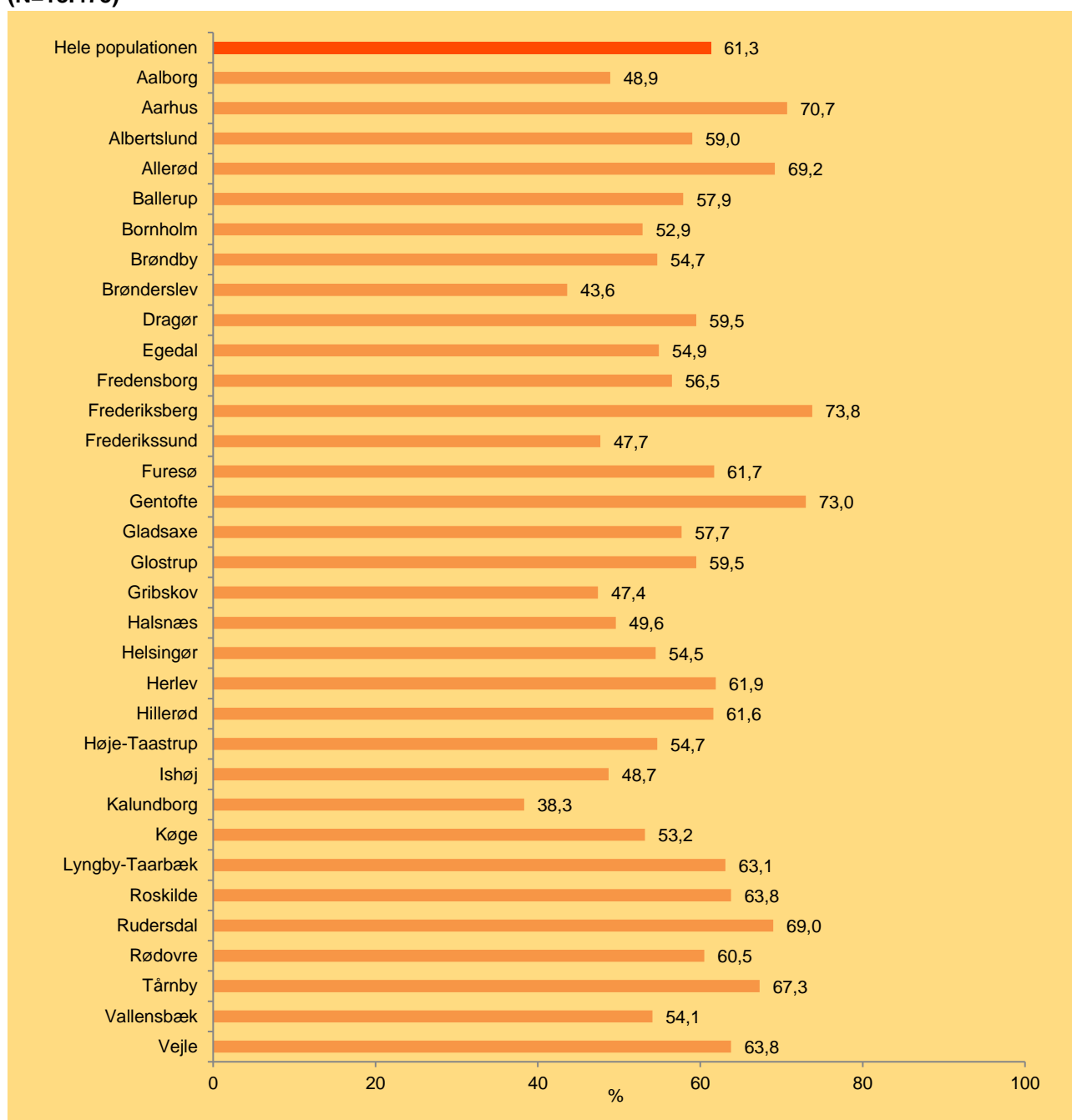
TM Sund (14 kommuner) indbefatter de 14 TM Sund-kommuner, der har oplysninger fra de sidste fire år. Det vil sige Aarhus, Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Høje-Taastrup, Roskilde, Rødovre, Tårnby og Vejle.
 ☒ Høje-Taastrup Kommune er i 2017 overgået fra TM 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.

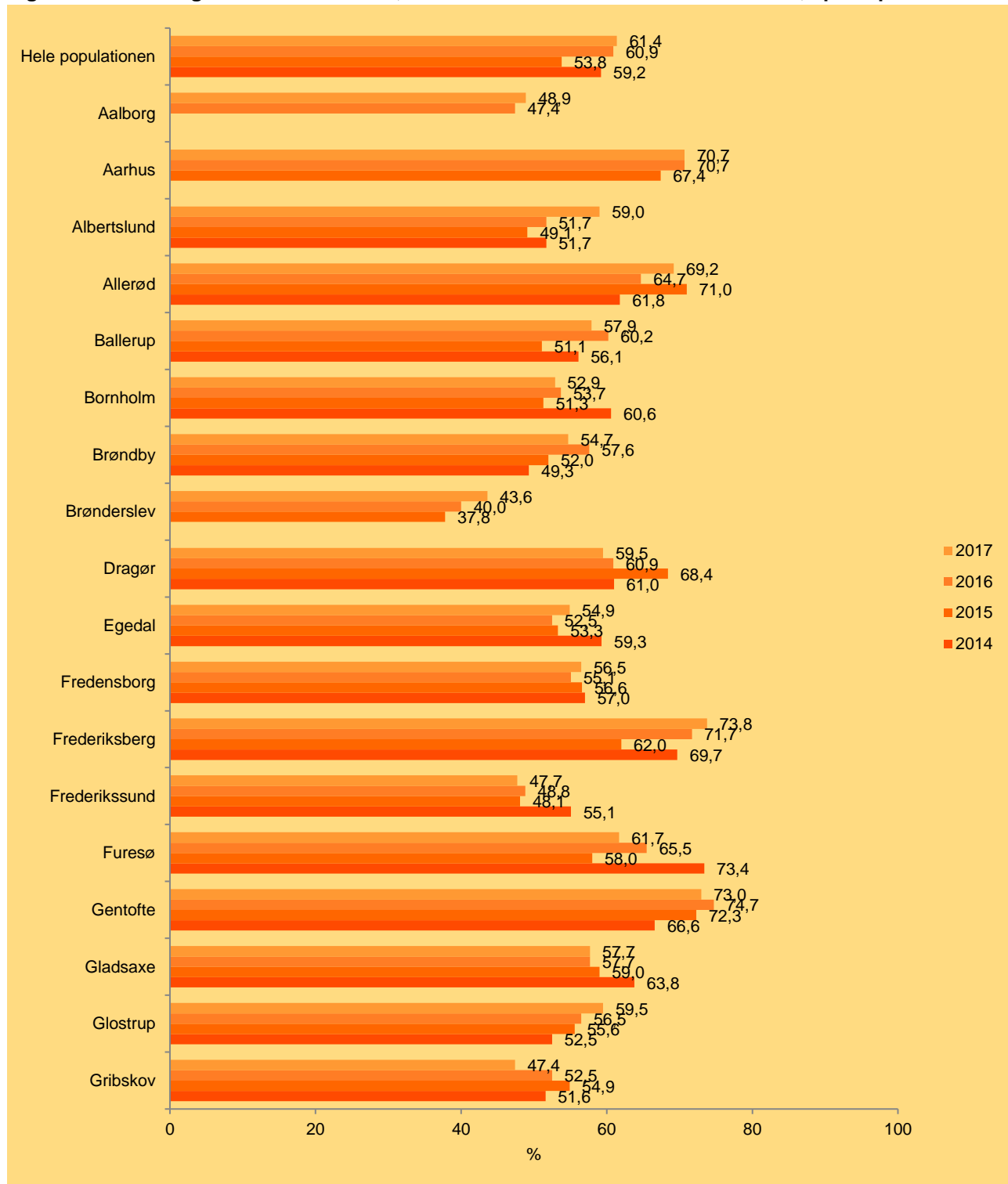
Figur 21a viser forekomsten af børn, der er ammet i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefaling om fuld amning i mindst fire måneder (Sundhedsstyrelsen, 2018). Blandt børnene i sundhedsprofilen blev 61,3 % ammet fuldt i mindst fire måneder, hvilket vil sige, at 38,7 % af børnene ikke blev ammet fuldt i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

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

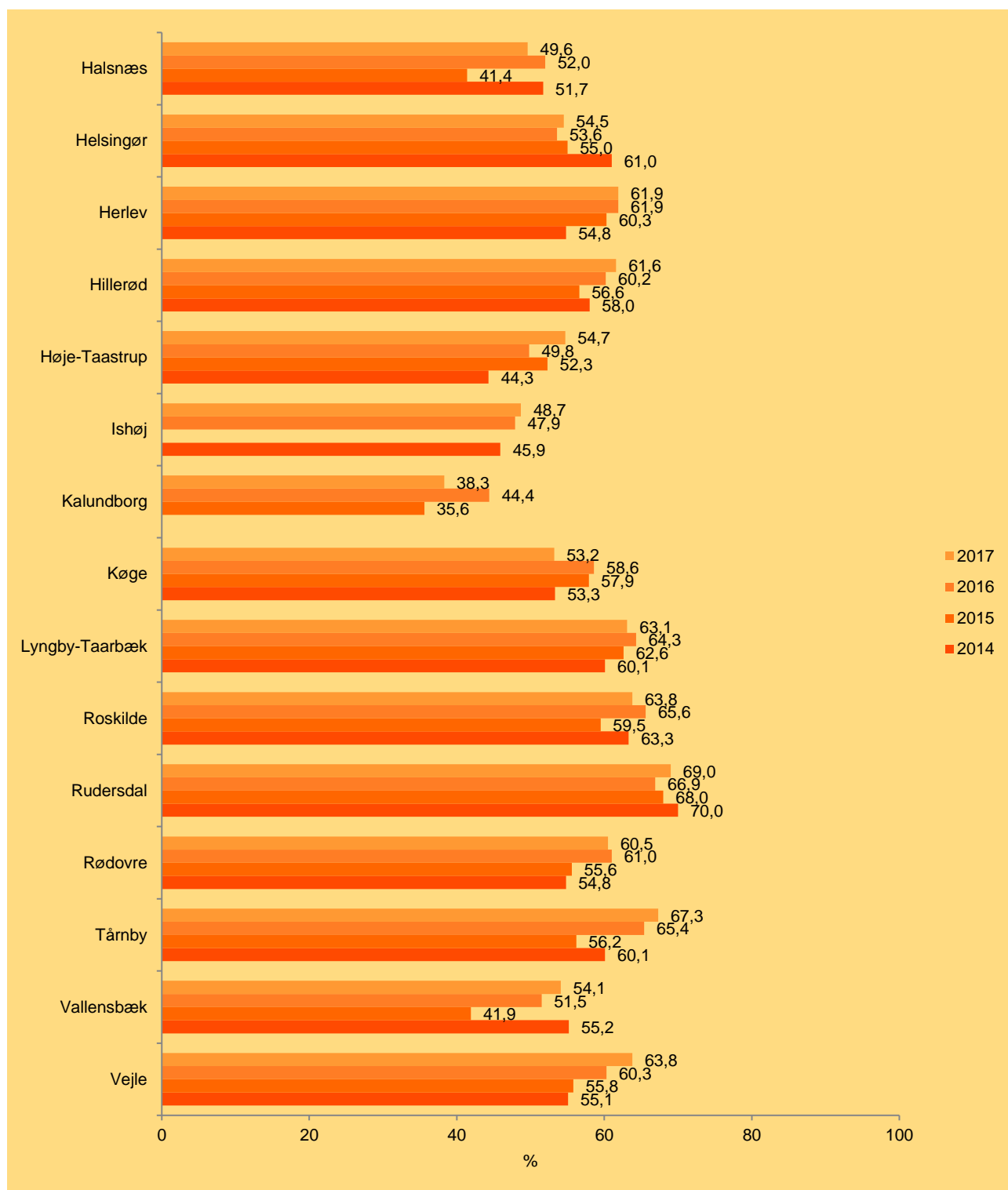


Figur 22a viser udviklingen fra 2014 til 2017 i andelen af børn, der bliver ammet fuldt i mindst fire måneder, for de kommuner, der har oplysninger fra alle fire år, samlet og for hver kommune, hvor der er oplysninger om amning fra mindst to år. Figuren viser, at andelen af børn, der bliver ammet i mindst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



Sundhedsprofil for børn født i 2017 fra Databasen Børns Sundhed



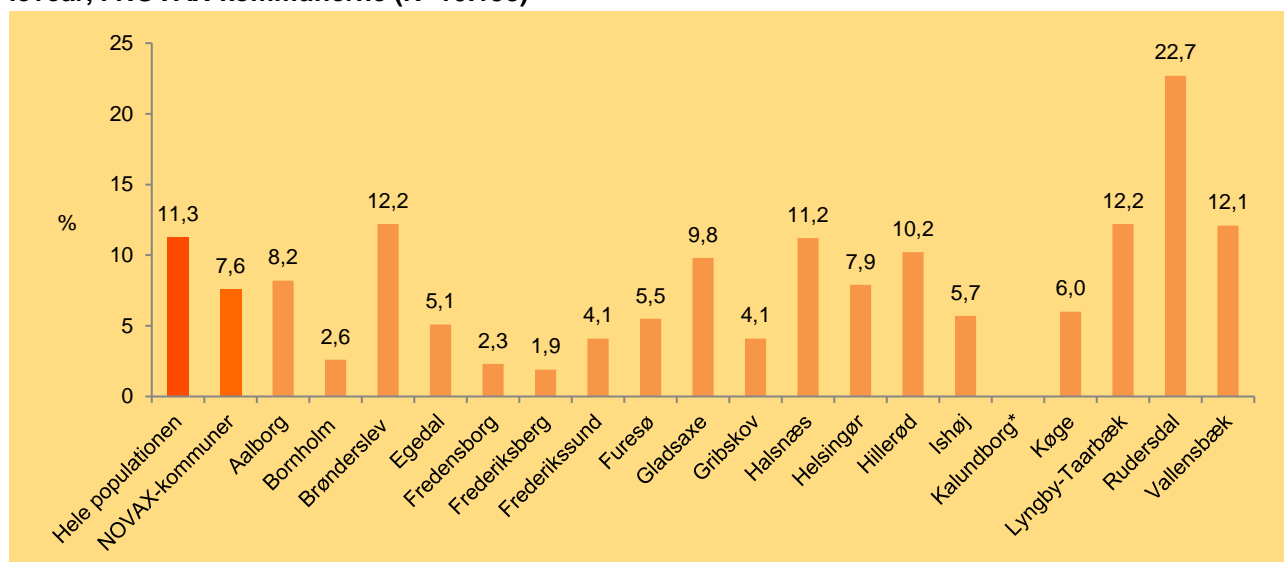
Hele populationen indbefatter de 28 kommuner, der har oplysninger fra de sidste fire år. Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholm, Brøndby, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Herlev, Hillerød, Høje-Taastrup, 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 spisning og trivsel, eller hvis barnets døgnrytme og søvnmønster ikke lever op til den alderstilsvarende udvikling og barnets behov.

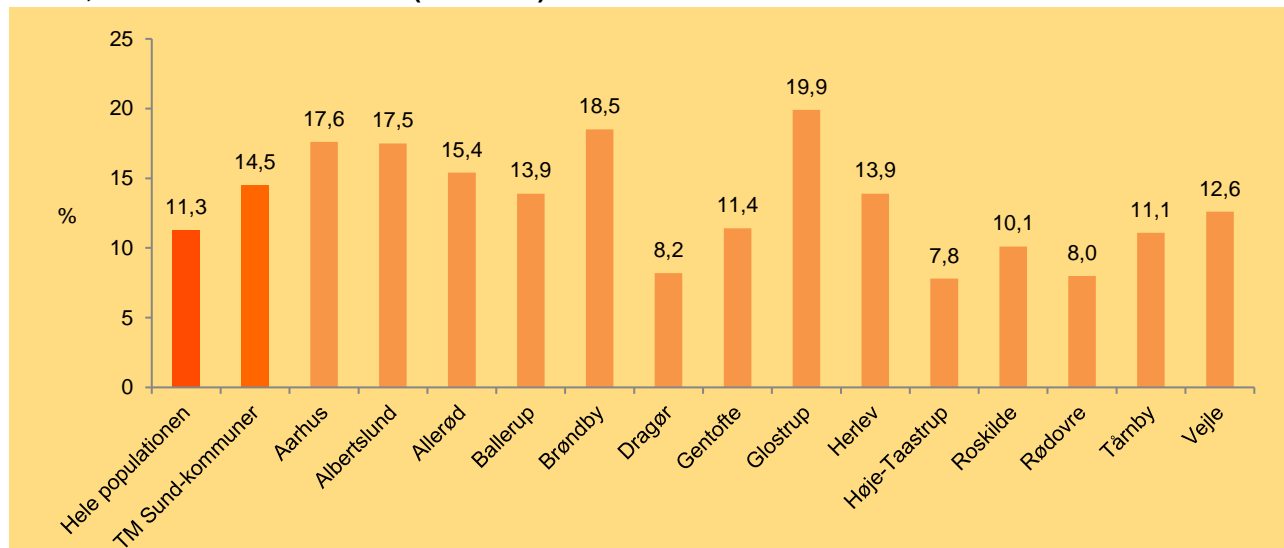
Figur 23a viser forekomsten af børn med bemærkning til barnets søvn ved mindst ét besøg i barnets første leveår i NOVAX-kommunerne. Figuren viser, at 7,6 % af børnene i NOVAX-kommunerne har bemærkning til søvnen ved mindst ét besøg. Forekomsten svinger mellem 1,9 % og 22,7 % kommunerne imellem. I den 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)



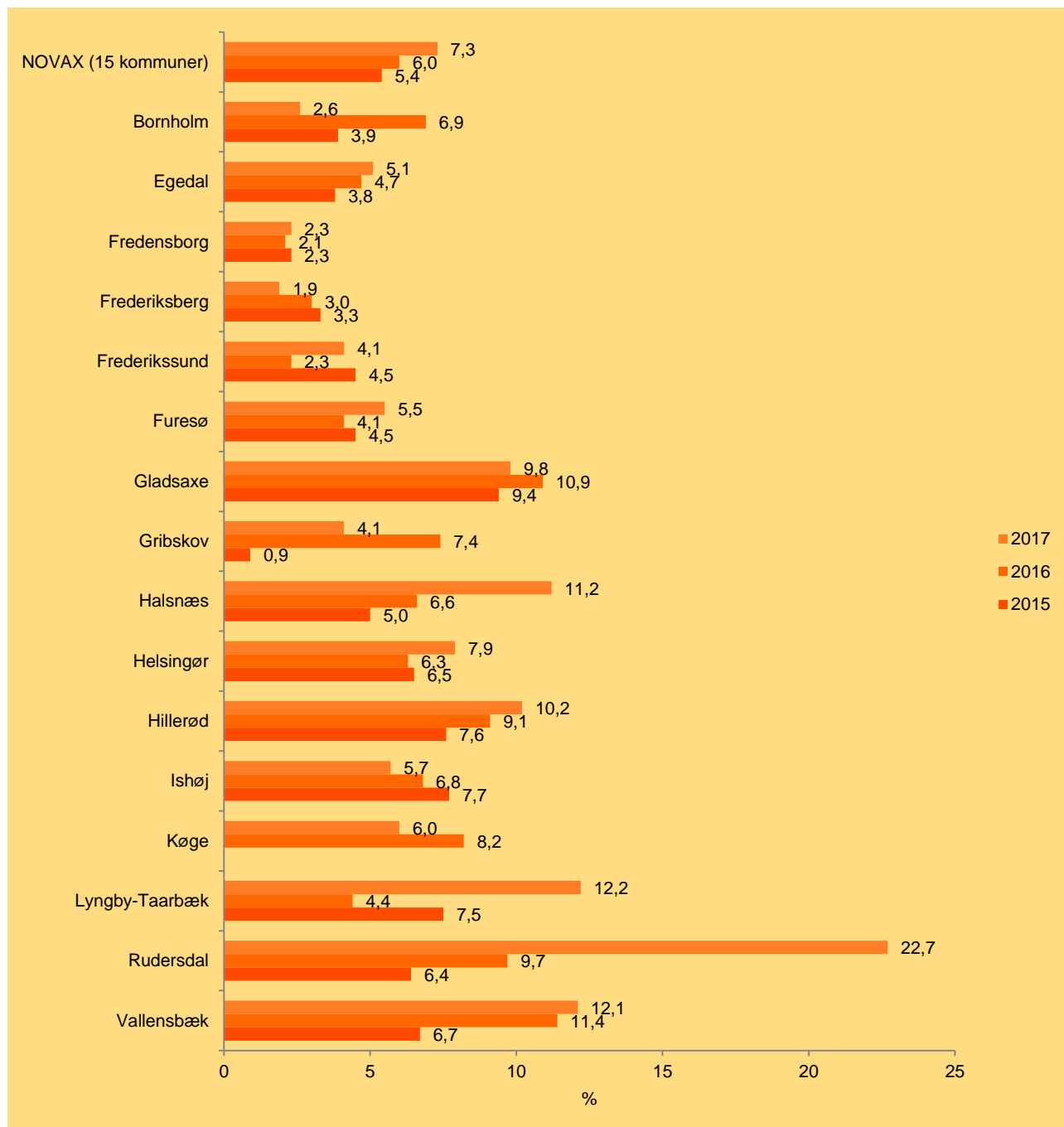
*Vises ikke, da andelen af missing er for høj.

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.

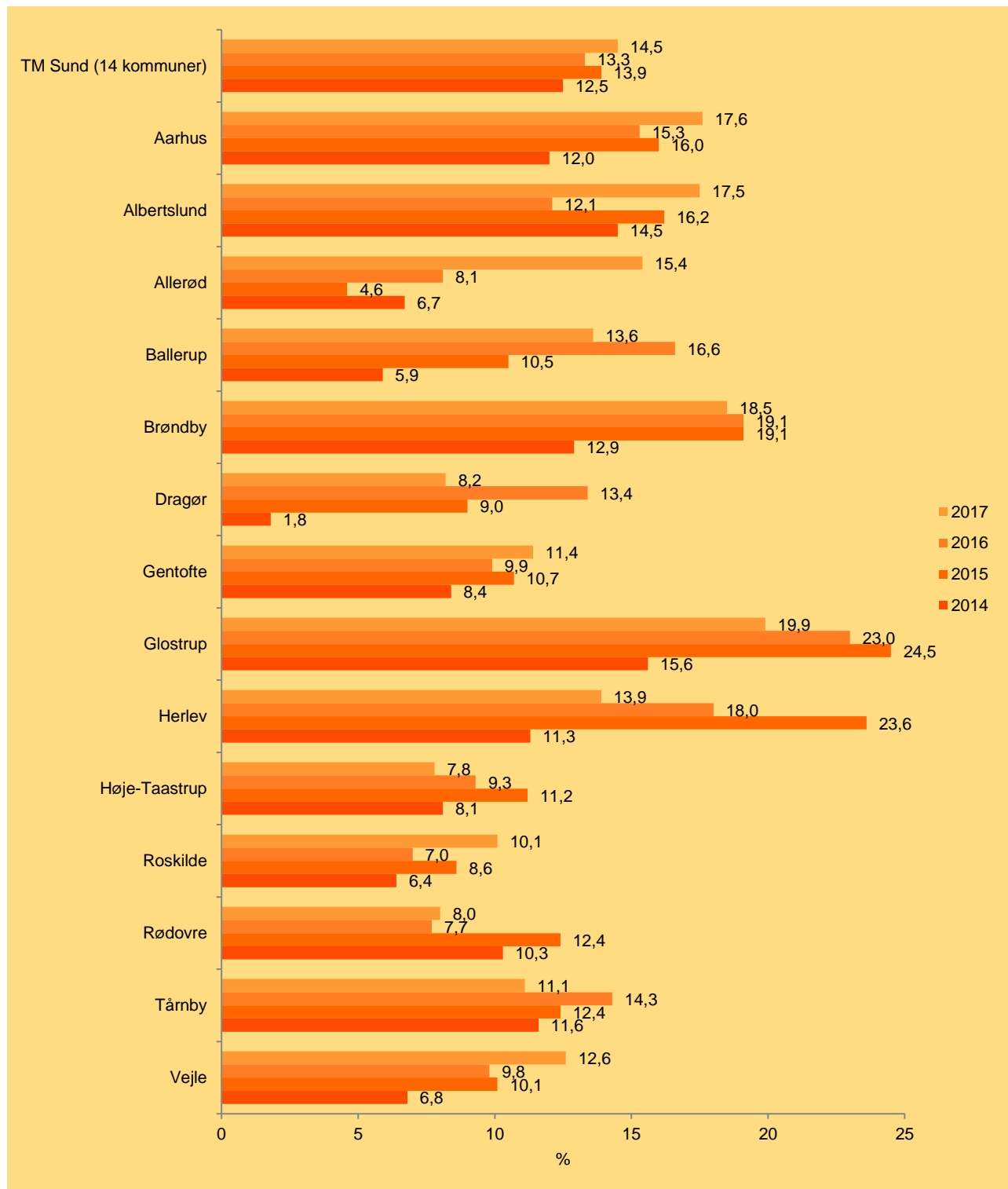
Figur 25a. Udviklingen i andelen af børn med bemærkninger til søvn ved mindst ét besøg i første leveår, i NOVAX-kommunerne



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

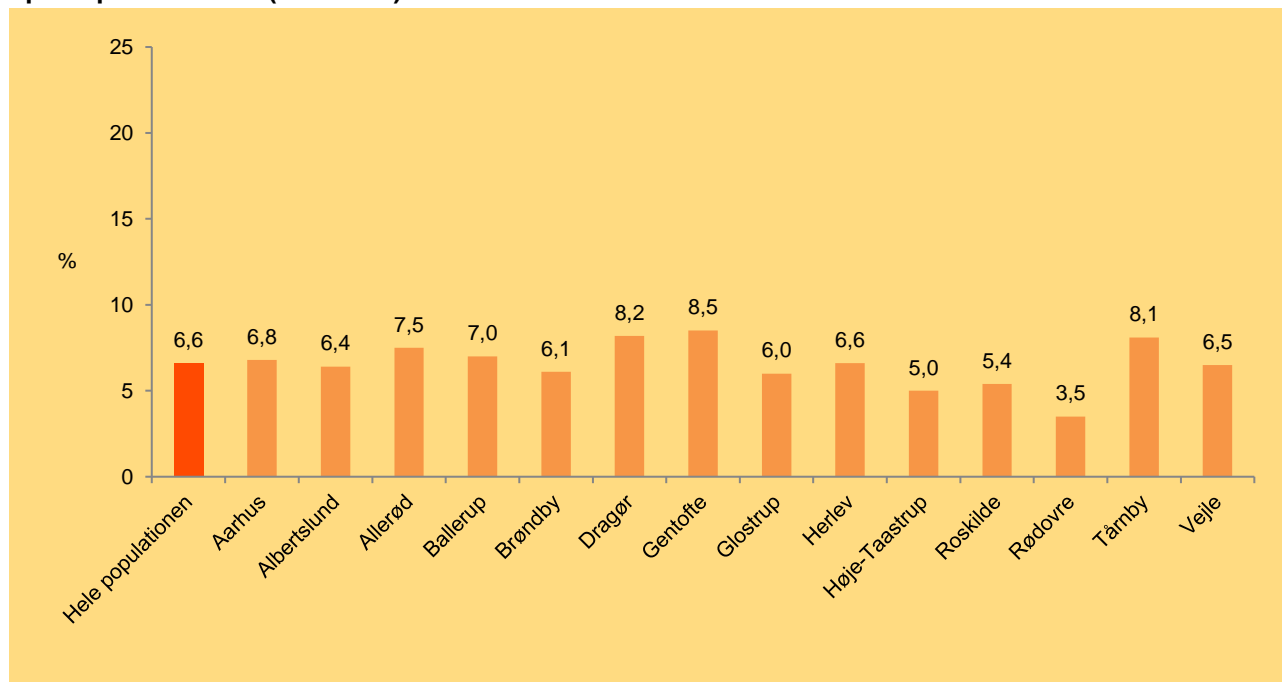


TM Sund (14 kommuner) indbefatter de 14 TM Sund-kommuner, der har oplysninger fra de sidste fire år. Det vil sige Aarhus, Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Høje-Taastrup, Roskilde, Rødovre, Tårnby og Vejle.

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.

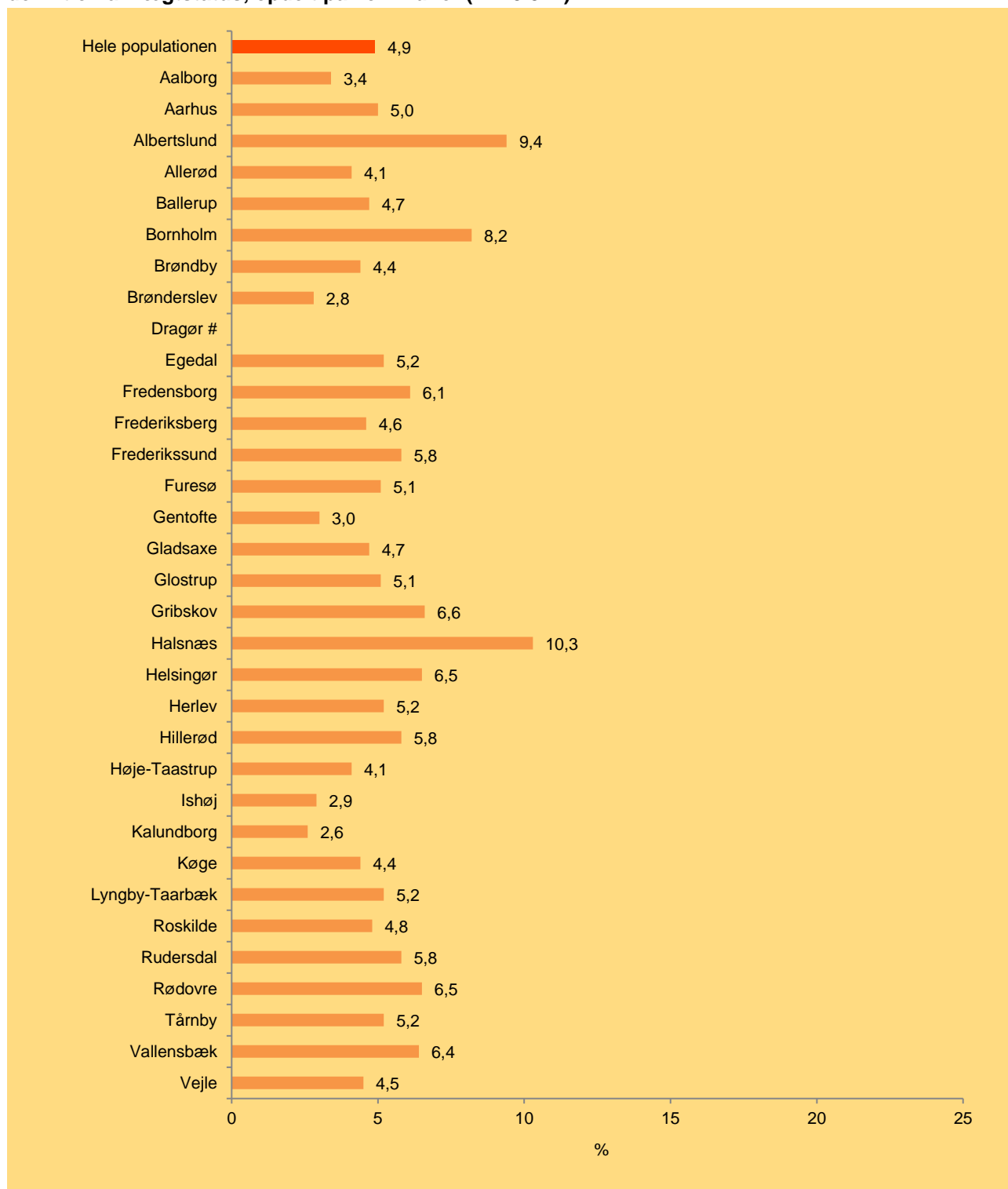
Med brug af WHO-vækstreferencer udregnes en z-score, også kaldet en standardafvigelsesscore. Denne kan benyttes til at beskrive, hvor meget et barns vækst afviger fra gennemsnittet. En z-score på 0 svarer til gennemsnitsværdien, og jo højere eller lavere en z-score, jo længere ligger væksten fra gennemsnittet. 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.

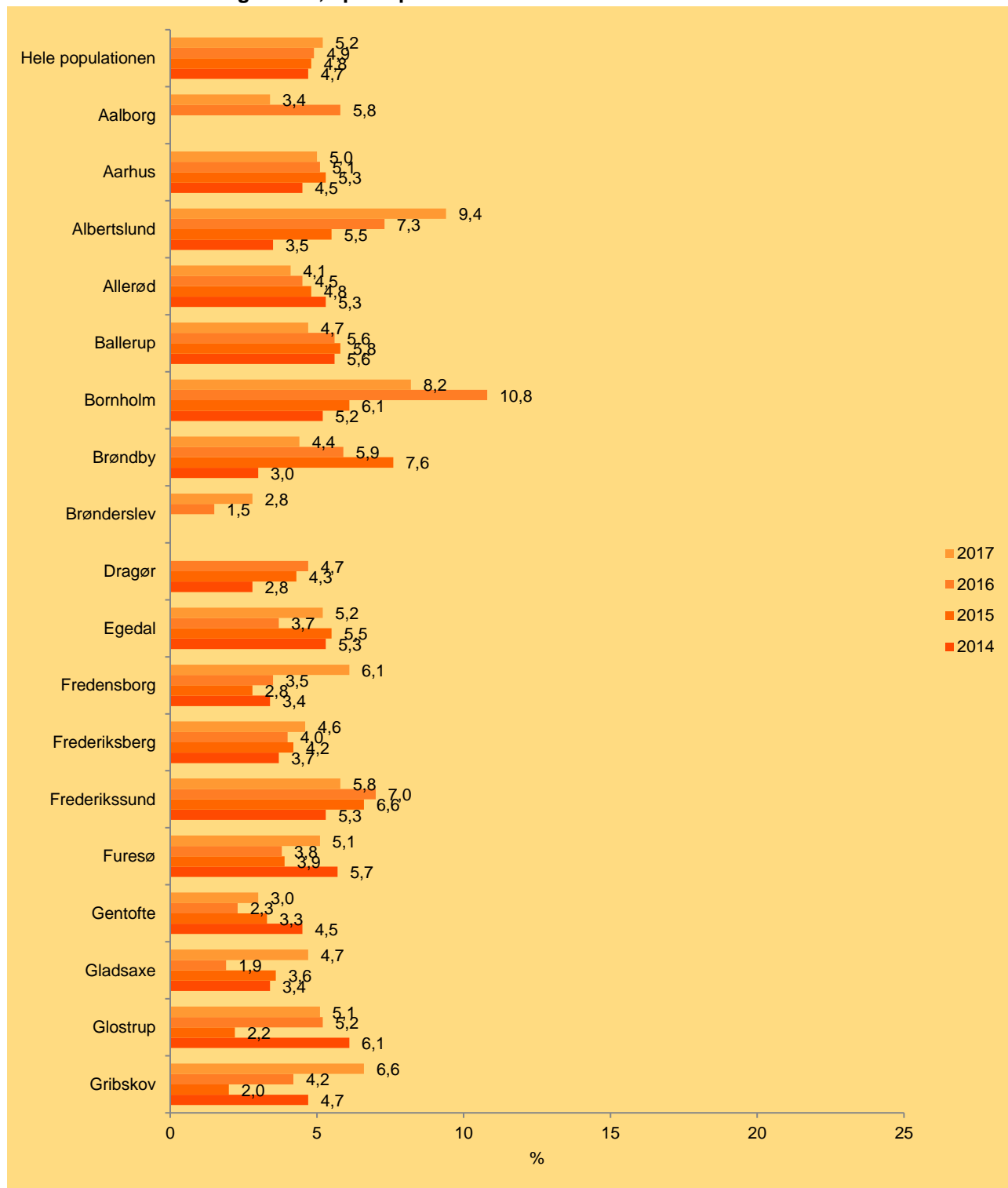
Figur 28a. Forekomsten af overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen i 2017 efter WHO's definition af vægtstatus, opdelt på kommuner (N=19.321)



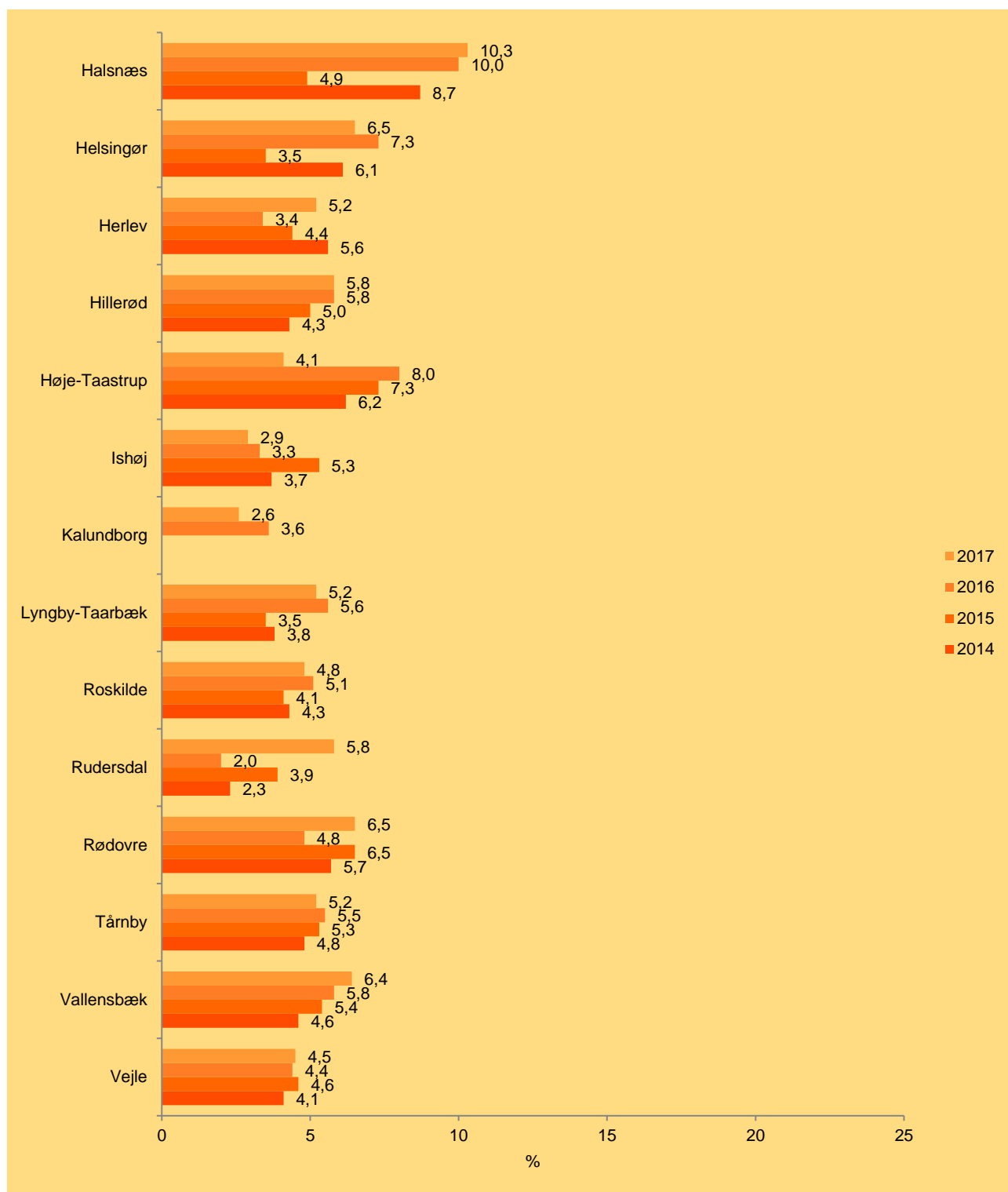
#Vises ikke, da antallet af observationer i kommunen er for få.

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



Sundhedsprofil for børn født i 2017 fra Databasen Børns Sundhed



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.

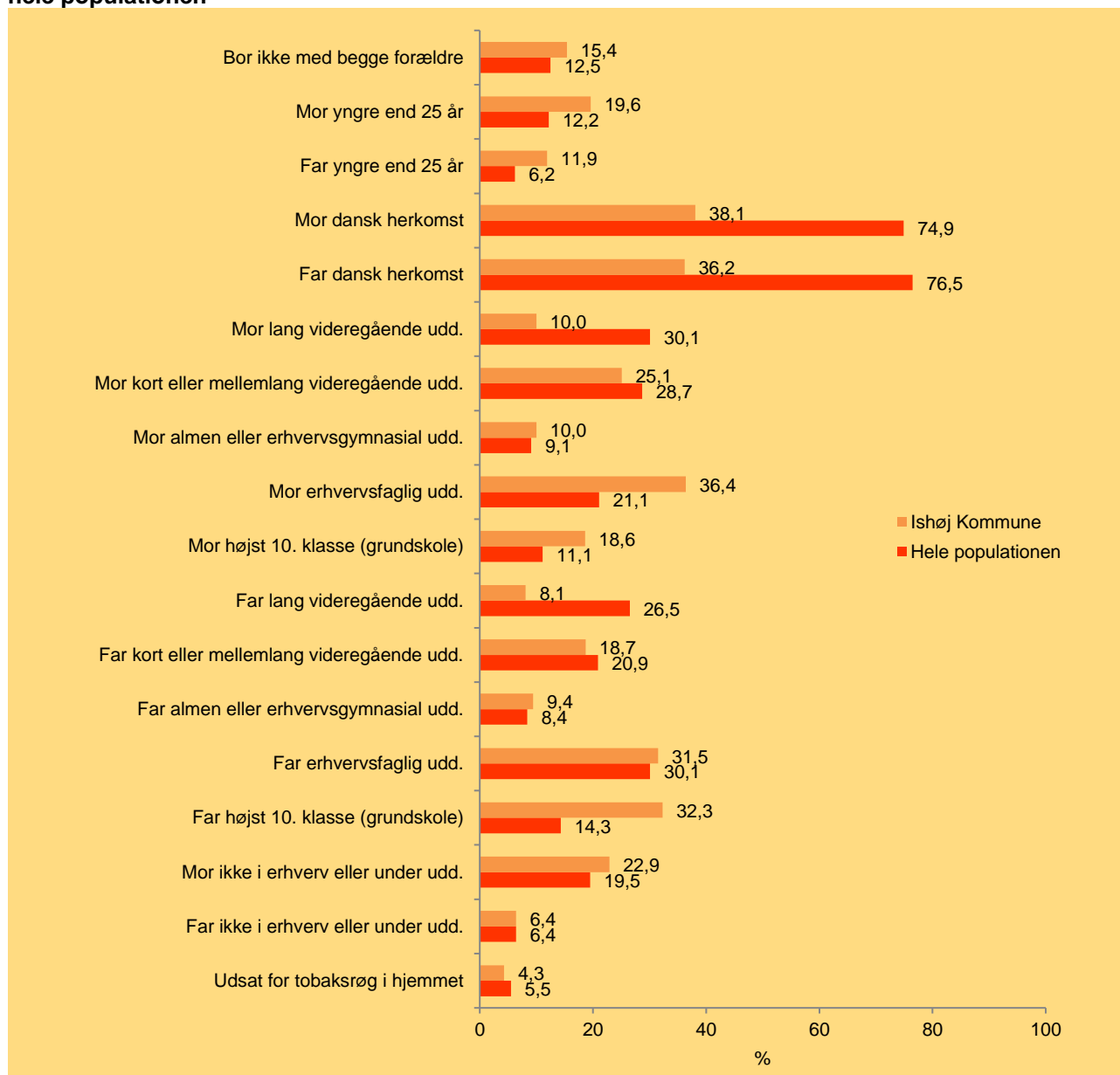
Sundhedsprofilen viser også, at der for nogle faktorer er variation i, hvor mange bemærkninger sundhedsplejersken har registreret i de to journalsystemer. Det gælder for bemærkning til tobaksrøg i hjemmet, mors psykiske tilstand, forældre-barn relationen, motorik og søvn. Der kan være mange mulige forklaringer 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.

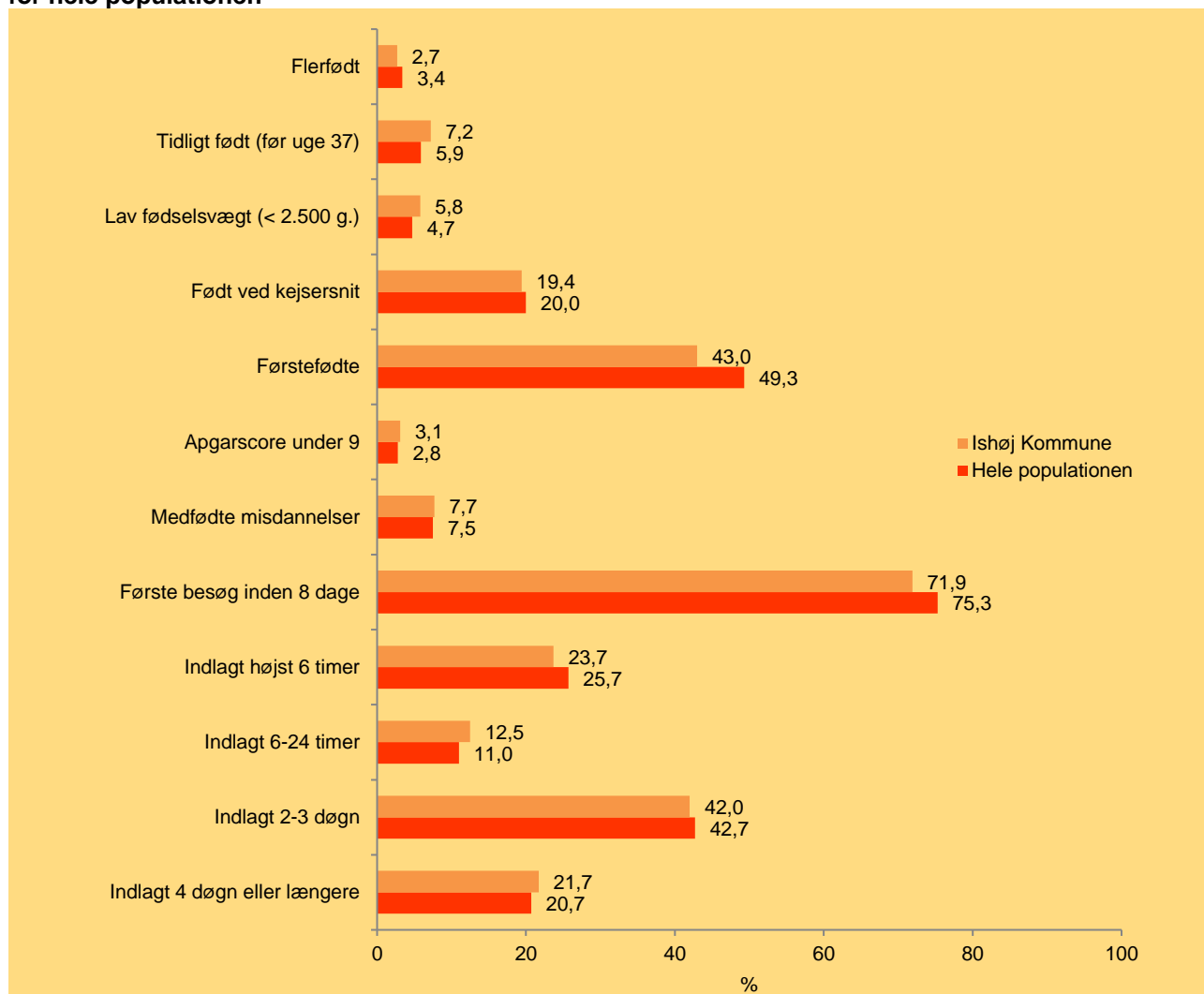
Sundhedsprofil for børn født i 2017 i Ishøj Kommune

Figur 1b til 3b viser forekomsten af de centrale data i Databasen Børns Sundhed for Ishøj Kommune og i hele populationen. I figur 3b, hvor der for nogle af variablene ses en stor forskel mellem TM Sund-kommunerne og NOVAX-kommunerne, vises desuden den samlede andel i NOVAX-kommunerne, det som i figurerne benævnes "NOVAX". Procenterne i figuren er beregnet for alle spædbørn, der er blevet undersøgt i 2017 og kan derfor afvige fra procenterne i temarapporten og fra forrige afsnit, hvor færre børn indgår. Fra Ishøj Kommune indgår der 299 børn i datasættet. I sundhedsprofilen for børn født i 2017 fra Databasen Børns Sundhed kan udviklingen de seneste fire år ses for udvalgte indikatorer.

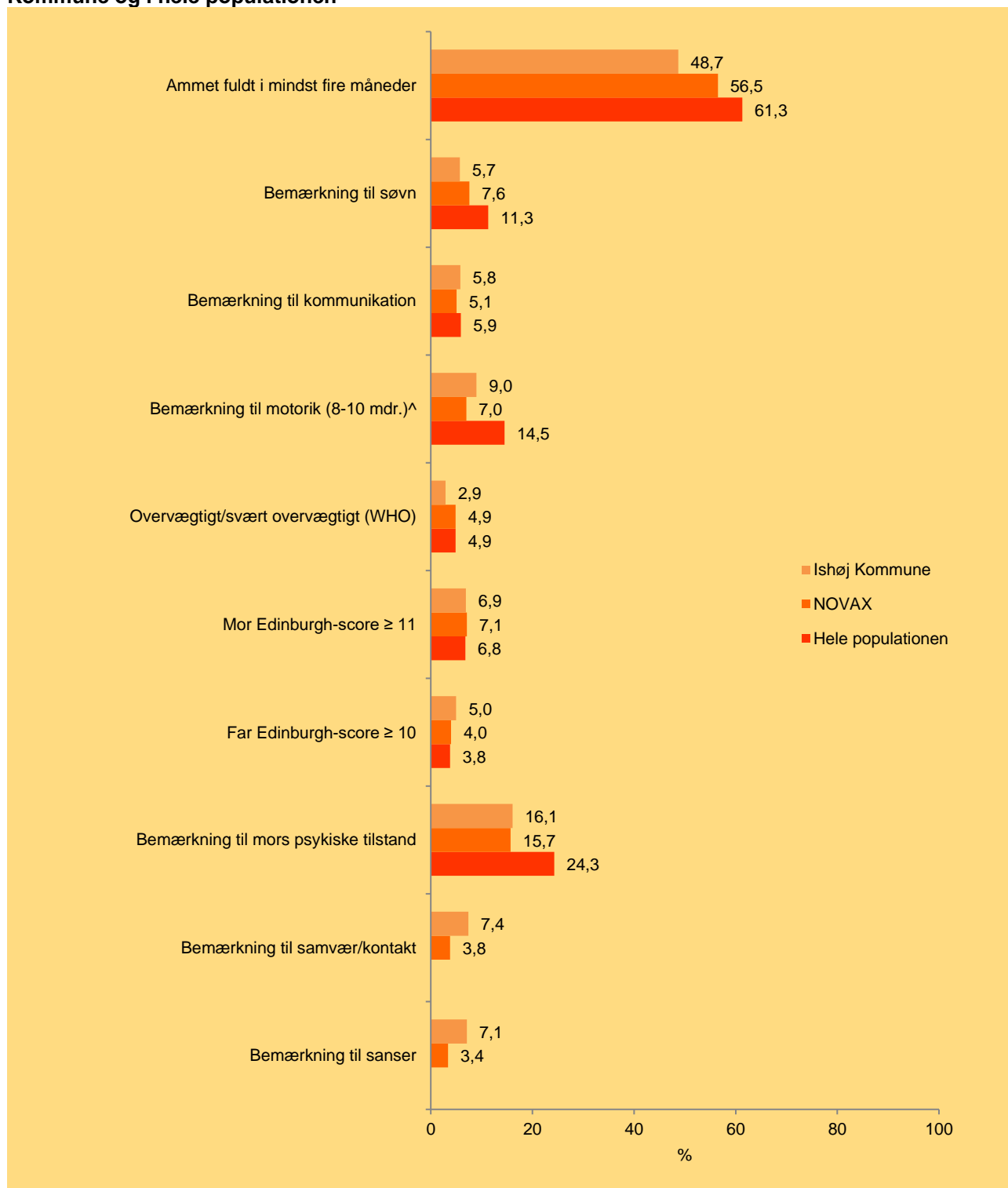
Figur 1b. Forekomsten af sociodemografiske data for spædbørn født i 2017 i Ishøj Kommune og for hele populationen



Figur 2b. Forekomsten af faktorer relateret til fødslen for spædbørn født i 2017 i Ishøj Kommune og for hele populationen



Figur 3b. Forekomsten af faktorer relateret til barnets første leveår for spædbørn født i 2017 i Ishøj Kommune og i hele populationen

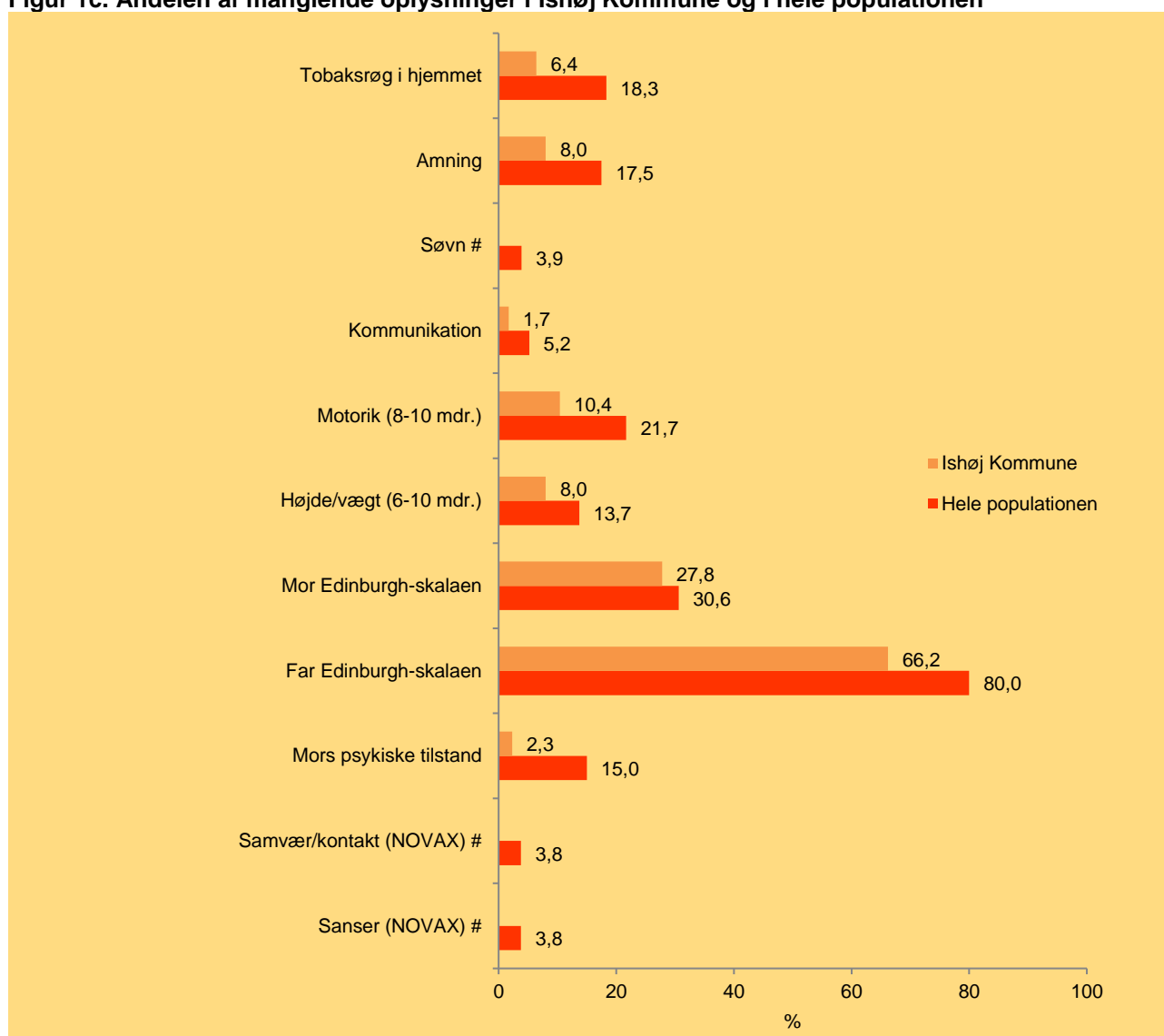


^Denne variabel er defineret anderledes end motorikvariablen i temarapporten om børn født i 2017 og andelen er derfor ikke sammenlignelig.

Manglende registreringer

Omfanget af missing data er et udtryk for databasens kvalitet. I en klinisk database som Databasen Børns Sundhed kan man næppe opnå 100 % udfyldelse af journalen. Sundhedsplejen arbejder løbende på at nedbringe andelen af manglende data. Figur 1c viser forekomsten af manglende data for de enkelte variable i Ishøj Kommune og i hele populationen. Figuren viser, at de fleste data i Ishøj Kommune er fint dokumenteret. Generelt er andelen af manglende oplysninger især høj for Edinburgh-skalaen. Det kan blandt andet skyldes, at Edinburghskalaen, i nogle kommuner, kun udfyldes af dansktalende forældre og af fædre, der er til stede ved sundhedsplejerskebesøget. Variablene med # indgår ikke for kommunen, da der er for få observationer, hvilket betyder, at andelen af missing er meget lav.

Figur 1c. Andelen af manglende oplysninger i Ishøj Kommune og i hele populationen



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

Referencer

- BENTSEN, B. S. 2010. *Bevægeomsorg : børnemotorik i teori og praksis*, Kbh., Frydenlund.
- BLANK, R., BARNETT, A. L., CAIRNEY, J., GREEN, D., KIRBY, A., POLATAJKO, H., ROSENBLUM, S., SMITS-ENGELSMAN, B., SUGDEN, D., WILSON, P. & VINCON, S. 2019. International clinical practice recommendations on the definition, diagnosis, assessment, intervention, and psychosocial aspects of developmental coordination disorder. *Dev Med Child Neurol*, 61, 242-285.
- BURTON, B. K., HJORTHØJ, C., JEPSEN, J. R., THORUP, A., NORDENTOFT, M. & PLESSEN, K. J. 2016. Research Review: Do motor deficits during development represent an endophenotype for schizophrenia? A meta-analysis. *J Child Psychol Psychiatry*, 57, 446-56.
- CHOI, B., LEECH, K. A., TAGER-FLUSBERG, H. & NELSON, C. A. 2018. Development of fine motor skills is associated with expressive language outcomes in infants at high and low risk for autism spectrum disorder. *J Neurodev Disord*, 10, 14.
- DATABASEN BØRNS SUNDHED 2018. Vejledning til den kvalitetssikrede sundhedsplejerskejournale. Link: https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/databasen_boerns_sundhed/vejledninger.
- DATABASEN BØRNS SUNDHED, PEDERSEN, T. P., PANT, S. W., HOLSTEIN, B. E., AMMITZBØLL, J. & DUE, P. 2018. Sundhedsplejerskers bemærkninger til forældre-barn relationen i barnets første leveår. Børn født i 2016. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- ELBERLING, H., LINNEBERG, A., OLSEN, E. M., HOUMANN, T., RASK, C. U., GOODMAN, R. & SKOVGAARD, A. M. 2014. Infancy predictors of hyperkinetic and pervasive developmental disorders at ages 5-7 years: results from the Copenhagen Child Cohort CCC2000. *J Child Psychol Psychiatry*, 55, 1328-35.
- FAEBO LARSEN, R., HVAS MORTENSEN, L., MARTINUSSEN, T. & NYBO ANDERSEN, A. M. 2013. Determinants of developmental coordination disorder in 7-year-old children: a study of children in the Danish National Birth Cohort. *Dev Med Child Neurol*, 55, 1016-22.
- FLENSBORG-MADSEN, T. & MORTENSEN, E. L. 2017. Predictors of motor developmental milestones during the first year of life. *Eur J Pediatr*, 176, 109-119.
- FLENSBORG-MADSEN, T., SØRENSEN, H. J., REVSBECH, R. & MORTENSEN, E. L. 2013. Early motor developmental milestones and level of neuroticism in young adulthood: a 23-year follow-up study of the Copenhagen Perinatal Cohort. *Psychol Med*, 43, 1293-301.
- GOLDING, J., EMMETT, P., ILES-CAVEN, Y., STEER, C. & LINGAM, R. 2014. A review of environmental contributions to childhood motor skills. *J Child Neurol*, 29, 1531-47.
- HAVMØLLER, S. R., THOMSEN, P. H. & LEMCKE, S. 2018. The early motor development in children diagnosed with ADHD: a systematic review. *Atten Defic Hyperact Disord*.
- HUGHES, A. J., REDSELL, S. A. & GLAZEBROOK, C. 2016. Motor Development Interventions for Preterm Infants: A Systematic Review and Meta-analysis. *Pediatrics*, 138.
- IVERSON, J. M. 2010. Developing language in a developing body: the relationship between motor development and language development. *J Child Lang*, 37, 229-61.
- KAISER, M. L., SCHOEMAKER, M. M., ALBARET, J. M. & GEUZE, R. H. 2015. What is the evidence of impaired motor skills and motor control among children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)? Systematic review of the literature. *Res Dev Disabil*, 36c, 338-357.
- KJØLBYE, C. B., DRIVSHOLM, T. B., ERTMANN, R. K., LYKKE, K. & RASMUSSEN, R. K. 2018. Motor function tests for 0-2-year-old children - a systematic review. *Dan Med J*, 65.
- KOUTRA, K., CHATZI, L., BAGKERIS, M., VASSILAKI, M., BITSIOS, P. & KOGEVINAS, M. 2013. Antenatal and postnatal maternal mental health as determinants of infant neurodevelopment at 18 months of age in a mother-child cohort (Rhea Study) in Crete, Greece. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 48, 1335-45.
- KRÆFTENS BEKÆMPELSE & SUNDHEDSSTYRELSEN 2013. Ren luft til ungerne - Beskyt børn mod tobaksrøg.
- KWONG, A. K. L., FITZGERALD, T. L., DOYLE, L. W., CHEONG, J. L. Y. & SPITTLE, A. J. 2018. Predictive validity of spontaneous early infant movement for later cerebral palsy: a systematic review. *Dev Med Child Neurol*, 60, 480-489.

- LEBARTON, E. S. & LANDA, R. J. 2018. Infant motor skill predicts later expressive language and autism spectrum disorder diagnosis. *Infant Behav Dev*, 54, 37-47.
- LEMCKE, S., PARNER, E. T., BJERRUM, M., THOMSEN, P. H. & LAURITSEN, M. B. 2016. Early development in children that are later diagnosed with disorders of attention and activity: a longitudinal study in the Danish National Birth Cohort. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 25, 1055-66.
- LIBERTUS, K. & LANDA, R. J. 2013. The Early Motor Questionnaire (EMQ): a parental report measure of early motor development. *Infant Behav Dev*, 36, 833-42.
- LICHTENBERG, A. 2003. Database som grundlag for vidensudvikling – data fra sundhedsplejerskernes daglige virksomhed. In: LORENSEN, M. & ØSTERGAARD-NIELSEN, G. (eds.) *Forskning i klinisk sygepleje 2. Metoder og vidensudvikling*. København: Akademisk forlag.
- MICHELS, K. A., GHASSABIAN, A., MUMFORD, S. L., SUNDARAM, R., BELL, E. M., BELLO, S. C. & YEUNG, E. H. 2017. Breastfeeding and motor development in term and preterm infants in a longitudinal US cohort. *Am J Clin Nutr*, 106, 1456-1462.
- NOVAX 2017. Obligatoriske registreringer i Novax journalen med henblik på deltagelse i Databasen Børns Sundhed. Link: https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/databasen_boerns_sundhed/vejledninger.
- PEDERSEN, T., PANT, S. & AMMITZBØLL, J. 2019. Sundhedsplejerskers bemærkninger til motorisk udvikling i det første leveår - temarapport børn født i 2017. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed.
- PITEO, A. M., YELLAND, L. N. & MAKRIDES, M. 2012. Does maternal depression predict developmental outcome in 18 month old infants? *Early Hum Dev*, 88, 651-5.
- SACREY, L. A., GERMANI, T., BRYSON, S. E. & ZWAIGENBAUM, L. 2014. Reaching and grasping in autism spectrum disorder: a review of recent literature. *Front Neurol*, 5, 6.
- SACREY, L. R., ZWAIGENBAUM, L., BRYSON, S., BRIAN, J. & SMITH, I. M. 2018. The reach-to-grasp movement in infants later diagnosed with autism spectrum disorder: a high-risk sibling cohort study. *J Neurodev Disord*, 10, 41.
- SHOAIBI, A., NEELON, B., ØSTBYE, T. & BENJAMIN-NEELON, S. E. 2019. Longitudinal associations of gross motor development, motor milestone achievement and weight-for-length z score in a racially diverse cohort of US infants. *BMJ Open*, 9, e024440.
- SHUMWAY-COOK, A. & WOOLLACOOT, M. H. 2012. *Motor control : translating research into clinical practice*, Philadelphia, Wolters Kluwer.
- SJÖBERG, C., JOHANSEN, A., RASMUSSEN, M. & DUE, P. 2017. Overvægt blandt børn i Region Hovedstaden i perioden 2002-2014. Kbh.: Statens Institut for Folkesundhed.
- SKOVGAARD, A. M. 2010. Mental health problems and psychopathology in infancy and early childhood. An epidemiological study. *Dan Med Bull*, 57, B4193.
- SKOVGAARD, A. M., WILMS, L., JOHANSEN, A., AMMITZBØLL, J., HOLSTEIN, B. E. & OLSEN, E. M. 2018. Standardiseret monitorering af spæd- og småbørns helbred i de kommunale sundhedsordninger. *Ugeskr Læger*, 17.
- STEGGER, H. & HARBOE, H. 2013. *Pædiatrisk fysioterapi*, Kbh., Munksgaard.
- SUNDHEDSSTYRELSEN 2011a. *Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge*, København, Sundhedsstyrelsen.
- SUNDHEDSSTYRELSEN 2011b. *Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge*. København: Sundhedsstyrelsen.
- SUNDHEDSSTYRELSEN 2013. *Anbefalinger for svangreomsorgen*. København.
- SUNDHEDSSTYRELSEN 2016. *Motorik, fysisk aktivitet og stillesiddende tid hos 0-6-årige børn*.
- SUNDHEDSSTYRELSEN 2018. *Amning – en håndbog for sundhedspersonale*. 4. udgave, 1. oplag. ed. København: Sundhedsstyrelsen.
- THOMSEN, P. H. & SKOVGAARD, A. M. 2012. *Børne- og ungdomspsykiatri. en lærebog om børn og unges psykiske sygdomme*, København, FADL's Forlag.
- VAN DOKKUM, N. H., DE KROON, M. L. A., BOS, A. F., REIJNEVELD, S. A. & KERSTJENS, J. M. 2018. Attainment of gross motor milestones by preterm children with normal development upon school entry. *Early Hum Dev*, 119, 62-67.
- VELDMAN, S. L. C., JONES, R. A., SANTOS, R., SOUSA-SA, E. & OKELY, A. D. 2018. Gross motor skills in toddlers: Prevalence and socio-demographic differences. *J Sci Med Sport*, 21, 1226-1231.
- WHO 2006. WHO Child Growth Standards based on length/height, weight and age. *Acta Paediatr Suppl*, 450, 76-85.