

BØRNS SUNDHED

Samarbejde mellem
sundhedsplejersker og
Statens Institut for
Folkesundhed

Sundhedsplejerskers
bemærkninger til

forældre-barn relationen

i barnets første
leveår

Trine Pagh Pedersen, Sofie Weber Pant,
Bjørn E. Holstein, Janni Ammitzbøll & Pernille Due

Børn født
i 2016



Forældre-barn relationen

Temarapport på børn født 2016

© Statens Institut for Folkesundhed, 2018.

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

Udar­bej­det for bestyrelsen for Databasen
Børns Sundhed af: Trine Pagh Pedersen,
Sofie Weber Pant, Bjørn E. Holstein,
Janni Ammitzbøll & Pernille Due

Fotoleverandør: Modelbilleder fra Colourbox
Publikationen refereres således:

Publikationen refereres således:
Databasen Børns Sundhed, Pedersen TP, Weber
SP, Holstein BE, Ammitzbøll J & Due P. Sund-
hedsplejerskers bemærkninger til forældre-barn
relationen i første leveår. Temarapport. Børn født i
2016. København. Databasen Børns Sundhed og
Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2018.

Publikationen kan frit refereres med tydelig
kildeangivelse.

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

Elektronisk: 978-87-7899-421-9

Trykt: 978-87-7899-422-6

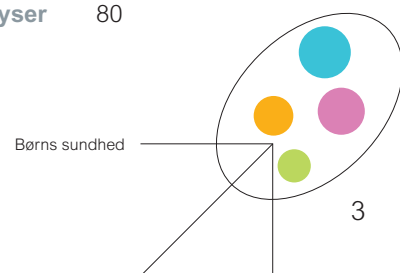
Bestyrelsen:

Anne Mette Skovgaard, forskningsleder, adjunge-
ret professor, overlæge, dr.med., KU & SDU
Annette Poulsen, sundhedsplejerske, MSP,
IBCLC, Sundhedsstyrelsen
Bjørn E. Holstein, professor emeritus, Statens
Institut for Folkesundhed
Helle Erstling Rasmussen, ledende sundheds-
plejerske, MPG, Roskilde Kommune
Karen Marie Olesen, systemansvarlig og
sundhedsplejerske, MPH, Aarhus Kommune
Lars Bender, overlæge, Aalborg
Universitetshospital
Lene Møller, ledende sundhedsplejerske, MSP,
Rødovre Kommune
Lene Schack-Nielsen, specialkonsulent,
Region Hovedstaden
Lotte Finseth, sundhedsplejerske,
Gladsaxe Kommune
Pernille Buhelt, ledende sundhedsplejerske,
Brønderslev Kommune
Pernille Due, forskningsleder, professor, dr.med.,
Statens Institut for Folkesundhed
Pernille Fabricius, leder af Sundhedstjenesten,
Lyngby-Taarbæk Kommune
Pia Rønnenkamp, fagchef i sundhedsplejen,
MPG, Brøndby Kommune
Tine Juhl, centerchef for Center for Familie og
Forebyggelse, Glostrup Kommune
Tove Kepp, praktiserende læge
Ulla Dupont, ledende sundhedsplejerske,
Vejle Kommune
Ulla Nordtorp, ledende sundhedsplejerske,
Aalborg Kommune

Indholdsfortegnelse



Forord	4
Resumé	6
1. Introduktion	10
2. Relation og tilknytning mellem barn og forældre i første leveår	11
3. Prædiktorer for relationsvanskeligheder	16
4. Formål	20
5. Data og metode	21
5.1 Sundhedsplejerskernes virke	21
5.2 Databasen Børns Sundhed	21
5.3 Datagrundlag	24
5.4 Variabelbeskrivelse	26
5.5 Statistiske analyser	28
6. Resultater	29
6.1 Andelen af børn med bemærkninger til forældre-barn relationen	29
6.2 Sociodemografiske faktorer	36
6.3 Socialt netværk og forældreskab	44
6.4 Faktorer relateret til graviditet og fødsel	46
6.5 Amning	50
6.6 Barnets trivsel og udvikling	51
6.7 Efterfødselsreaktioner	56
6.8 Behovssundhedspleje	60
7. Diskussion	61
8. Inspiration til praksis	74
9. Referencer	75
Bilag 1: Variabeloversigt	78
Bilag 2: Logistiske regressionsanalyser	80



Forord



Den tidlige forældre-barn relation er af stor betydning for barnets udvikling og trivsel, og en problematisk forældre-barn relation kan give kognitive, følelsesmæssige, adfærds- og relationsproblemer. Derfor er fokus på den tidlige forældre-barn relation vigtig, og i de nyeste forebyggelsespakker fra Sundhedsstyrelsen er den tidlige forældre-barn relation netop nævnt som en vigtig faktor for børns trivsel. Generelt er der en øget bevidsthed om, at jo tidligere en forebyggende indsats sættes ind, jo større udbytte er

der deraf. Sundhedsplejersken er en af de første fagpersoner, der møder barnet og dets familie, og sundhedsplejen har derfor en enestående mulighed i forhold til en tidlig og forebyggende indsats. Sundhedsplejersken ser rigtig mange børn og kan derfor opfange tidlige signaler på en problematisk forældre-barn relation og vejlede nybagte forældre. Dette øgede fokus på forældre-barn relationen har resulteret i, at sundhedsplejerskerne i Databasen Børns Sundhed har valgt, at denne temarapport skal handle

om forældre-barn relationen i det første leveår. Rapporten følger op på den seneste rapport fra Databasen Børns Sundhed, der omhandler forældre-barn relationen blandt indskolingsbørn.

Rapporten er baseret på sundhedsplejerskers journaldata og registerdata om 20.953 børn, der er født i 2016. Børnene kommer fra 34 kommuner tilmeldt Databasen Børns Sundhed: Aalborg, Aarhus, Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholm, Brøndby, Brønderslev, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Herlev, Hillerød, Hvidovre, Høje-Taastrup, Ishøj, Kalundborg, Køge, Lyngby-Taarbæk, Roskilde, Rudersdal, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk og Vejle. Data er indhentet ved brug af en kvalitetsudviklet sundhedsplejerskejournale, og databasen giver en systematisk og sammenlignelig dokumentation af børns sundhed og sundhedsplejerskernes ydelser. Sundhedsprofilen for børn født i 2016 bliver udgivet i forlængelse af de kommunale rapporter, der udgives i august 2018.

Databasen ledes af en tværfaglig og tværsektorielt sammensat bestyrelse og et forretningsudvalg, der har ansvaret for, at formålet med databasen udmøntes. Databasen er beliggende på Statens Institut for Folkesundhed (SIF) ved Syddansk Universitet (SDU). 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.

Temarapporten er udarbejdet af projektleder Trine Pagh Pedersen, videnskabelig assistent Sofie Weber Pant, professor emeritus Bjørn E. Holstein,

post.doc. Janni Ammitzbøll og professor Pernille Due. Data er oparbejdet af seniorforsker Bjarne Laursen. Konsulent og sundhedsplejerske Lisbeth Wilms har bistået med sundhedsfaglig gennemlæsning, rådgivning, layout og opsætning af rapporten.

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

Vi håber, at rapporten og databasens udvikelse vil inspirere forskere til at anvende data fra Databasen Børns Sundhed, således at den forskningsbaserede viden om sundhedsplejen og børns sundhed vil blive øget.

Lene Møller
Ledende sundhedsplejerske, MSP
Formand for Databasen Børns Sundhed

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

Resumé

Den tidlige relation mellem børn og forældre er en af de vigtigste udviklingsmæssige milepæle i spæd- og småbørnsalderen, og en problematisk forældre-barn relation kan i værste fald påvirke barnets udvikling i en sådan grad, at barnet får kognitive og følelsesmæssige problemer såvel som adfærds- og relationsproblemer, og det er derfor vigtigt med forebyggelse og tidlig opsporing. Derudover er det vigtigt at få mere viden om, hvorvidt andre forhold i barnets første leveår eventuelt kan kompensere for de skadelige virkninger af en problematisk forældre-barn relation.

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 rigtig mange børn og familier og har derfor oftest erfaring med, hvordan den tidlige relation mellem barn og forældre bør udvikle sig. Sundhedsplejersken registrerer en bemærkning, hvis hun ved sin kontakt med familien har registreret noget bemærkelsesværdigt til forældre-barn relationen, det vil sige forhold, som vækker bekymring eller kræver ekstra indsats eller opfølgning. Derudover kan sundhedsplejersken give nybagte forældre vejledning i børns trivsel, og i hvordan de udvikler og forbedrer relationen mellem barnet og omsorgspersonerne.

Formålet med rapporten er 1) at beskrive forekomsten af bemærkninger til forældre-barn relationen i første leveår, herunder om bemærkninger til forældre-barn relationen er konstant over første leveår, udvikling over tid og variationer mellem kommuner, 2) at undersøge hvilke forhold i barnets første leveår, der er associeret med bemærkninger til forældre-barn relationen

i første leveår, 3) at undersøge om børn, der har bemærkninger til forældre-barn relationen i det første leveår, gennemsnitligt har flere bemærkninger til deres trivsel og udvikling end børn, der ikke har bemærkninger, 4) at undersøge, om der er sammenhæng mellem efterfødselsreaktioner og bemærkninger til mors og fars psykiske tilstand og forældre-barn relationen i første leveår, 5) at undersøge, om bemærkninger til forældre-barn relationen i det første leveår udløser ekstra behovsbestemte besøg af sundhedsplejersken, samt 6) at vurdere og diskutere anvendeligheden af de anvendte spørgsmål om forældre-barn relationen i journalen.

Data stammer fra sundhedsplejerskers journaldata på alle undersøgte børn i følgende kommuner: Aalborg, Aarhus, Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholm, Brøndby, Brønderslev, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Herlev, Hillerød, Hvidovre, Høje-Taastrup, Ishøj, Kalundborg, Køge, Lyngby-Taarbæk, Roskilde, Rudersdal, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk og Vejle. Der indgår i alt data om 20.953 børn født i 2016. Kommunerne anvender to forskellige journalsystemer: TM Sund og NOVAX. Begge journalsystemer fokuserer på relationen mellem barnet og forældrene. Dog ses der en forskel i, hvad der registreres om forældre-barn relationen i de to journalsystemer. Mens TM Sund fokuserer på forældrene i form af forældrenes rolle i forældre-barn relationen, så fokuserer NOVAX i højere grad på barnet i form af barnets reaktion i forældre-barn relationen. De to journalsystemer kan derfor siges at fokusere på to forskellige vinkler af forældre-barn relationen og dermed ikke vise præcis det samme. Det muliggør, at forældre-barn relationen kan anskues ud fra flere synsvinkler.



Resultaterne kan sammenfattes i seks hovedfund. Det **første** er, at når fokus er på forældrene i forældre-barn relationen, er der 10,5 % af børnene, der har bemærkning til forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår. Andelen af børn med bemærkning er jævnt fordelt over alle besøg. Kun få børn, nemlig 2,8 %, har bemærkning til forældre-barn relationen ved mere end ét besøg i første leveår. Når der er fokus på barnet i forældre-barn relationen, er der 2,8 % af børnene, der har bemærkning til forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår, og 0,5 % har bemærkning til forældre-barn relationen ved mere end ét besøg i første leveår. Desuden er der få børn, der får gentagne bemærkninger, men for de børn er en bemærkning ved det første besøg stærkt prædiktivt for bemærkning ved de senere besøg.

Det **andet** hovedfund er, at der er mange risikofaktorer for at have bemærkning til forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår. Her nævnes kun de risikofaktorer, som er statistisk signifikante i de kontrollerede analyser, det vil sige i de analyser, der er rensset for indflydelse af andre faktorer:

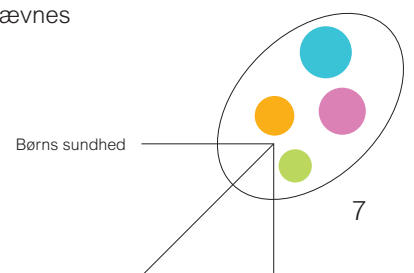
Sociodemografiske faktorer: Når der er fokus på forældrene i forældre-barn relationen er der en forhøjet forekomst af bemærkning til forældre-barn relationen hos børn, hvis fædre er 20-29 år, hvis forældre er indvandrere eller efterkommere, hvis forældre højst har en grundskoleuddannelse, eller hvis begge forældre eller den ene forælder er uden for erhverv eller uddannelse. Når fokus er på barnet i forældre-barn relationen, er det børn, hvis forældre højst har en erhvervsfaglig eller grundskoleuddannelse, og børn, hvor begge forældre er uden for erhverv eller

uddannelse, der har en øget risiko for at have bemærkning til forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i barnets første leveår. Det er således stort set de samme sociodemografiske parametre, som er afgørende for forældre-barn relationen, hvad enten den belyses med fokus på forældrene eller barnet, og fundene viser, at der er social ulighed i, hvilke børn der får bemærkning til forældre-barn relationen.

Socialt netværk og forældreskab: Analyserne viser, at børn, hvor sundhedsplejersken vurderer, at forældrene har bekymrende forudsætninger for forældreskabet, har en øget risiko for at få bemærkning til forældrenes rolle i forældre-barn relationen i det første leveår.

Faktorer relateret til graviditet og fødslen: I analyserne, hvor der er fokus på forældrene i forældre-barn relationen, er det kun børn af mødre, der har oplevet komplikationer i graviditeten, og førstefødte børn, der har en øget risiko for at have bemærkning til forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i barnets første leveår. Når fokus er på barnet i forældre-barn relationen, er det børn af mødre, der har oplevet komplikationer i graviditeten, flerfødte børn, børn født før uge 37, børn med en fødselsvægt, der er mindre end 2.500 gram, og børn, der er født ved kejsersnit, der har en øget risiko for at have bemærkning til forældre-barn relationen. Der er således forskelle i, hvilke graviditets- og fødselsfaktorer, der er afgørende for forældre-barn relationen, når denne belyses med fokus på forældrene eller barnet.

Det **tredje** hovedfund er, at bemærkning til forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår er prædiktør for eller sammenfaldende med flere andre faktorer. Her nævnes





kun de faktorer, som er statistisk signifikante i de kontrollerede analyser, det vil sige i de analyser, der er renset for indflydelse af andre faktorer:

Amning: Der er en forhøjet forekomst af børn, der ikke er ammet fuldt i mindst fire måneder, blandt børn, der har bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår, uanset om der er fokus på forældrenes rolle eller barnets reaktion i forældre-barn relationen.

Trivsel og udvikling: Der er en forhøjet forekomst af børn med bemærkninger til søvn, sprog og motorik blandt børn, der har bemærkning til forældre-barn relationen i det første leveår, uanset om fokus er på forældrene eller barnet i forældre-barn relationen. Desuden er der en forhøjet forekomst af bemærkninger til signaler/reaktioner, uro/gråd og ernæring/spisning samt bemærkning til sundhedsplejerskens kontakt med barnet blandt børn, der har bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår, når fokus er på forældrene i forældre-barn relationen.

Det **fjerde hovedfund** er, at andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i barnets første leveår er større for børn, hvis mor har en mulig fødselsdepression, og for børn, hvor sundhedsplejersken registrerer en bemærkning til forældrenes psykiske tilstand. Dette findes uanset om der er fokus på forældrene eller børnene i forældre-barn relationen. Analyserne viser desuden, at forældrenes psykiske tilstand kan påvirke forældre-barn relationen, men forældre-barn relationen kan også påvirke forældrenes psykiske tilstand.

Det **femte hovedfund** er, at de børn, der har bemærkning til barnets reaktion i forældre-barn

relationen i første leveår i højere grad modtager behovssundhedspleje end de børn, der ikke får bemærkning til forældre-barn relationen.

Det **sjette hovedfund** er, at der både er ligheder og forskelle i de analyser, der fokuserer på bemærkning til forældre-barn relationen vurderet ud fra data, som fokuserer på forældrene, og data, som fokuserer på barnet. En vigtig forskel er, at der er en langt større forekomst af bemærkninger til forældrenes rolle end til barnets reaktion i forældre-barn relationen. Der er mange ligheder i risikofaktorer, men der er også nogle få markante forskelle. Forskellene viser sig ved, at det særligt er børn af indvandrere og efterkommere samt førstefødte børn, der får bemærkning, når der fokus på forældrene i forældre-barn relationen, mens det er børn, der er flerfødte, der er født før uge 37, der har en lav fødselsvægt, og der er født ved kejsersnit, som får bemærkning til forældre-barn relationen, når der er fokus på barnets reaktioner i forældre-barn relationen. Disse forskelligheder i data er forventelige, da forældre-barn relationen er vurderet med fokus på henholdsvis forældrene og barnet.

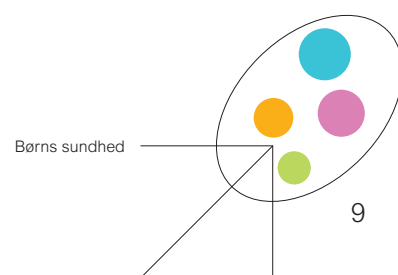
Konklusion: Blandt børn født i Danmark i 2016 havde omkring 10,5 % af alle spædbørn bemærkning til forældrenes rolle i forældre-barn relationen, og 2,8 % af alle spædbørn havde bemærkning til barnets reaktion i forældre-barn relationen. Det er ikke tilfældigt hvilke børn, der får bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår. Flere sociodemografiske faktorer, forudsætninger for forældreskab og forhold relateret til fødslen er risikofaktorer for en problematisk forældre-barn relation. Derudover har børn med bemærkning til forældre-barn relationen øget risiko for ikke at blive ammet fuldt i mindst



fire måneder, regulatoriske problemer i form af problemer med søvn, uro/gråd og ernæring/spisning samt sproglige og motoriske vanskeligheder. Blandt børn med bemærkning til forældre-barn relationen er der en større forekomst af børn med bemærkning til sundhedsplejerskens kontakt med barnet samt øget sandsynlighed for behovssundhedspleje.

Slutteligt har børn/forældre med bemærkning til forældrenes psykiske tilstand en øget risiko for at få problemer i forældre-barn relationen i første leveår. Nogle af fundene er afhængige af, om der

er fokus på forældrene eller barnet i forældre-barn relationen. Opgørelsen viser, at det er vigtigt med tidlig opsporing og et øget fokus på forældre-barn vanskeligheder allerede i barnets første leveår. Der ses derfor et stort behov for at fortsætte og udvikle den indsats, som sundhedsplejersken og andre gør for at afdække problemer med forældre-barn relationen. Fremadrettet er det vigtigt at sikre validiteten af sundhedsplejerskernes data og at udvikle nye indsatser til familier med en problematisk forældre-barn relation.



1. Introduktion

Der er inden for de sidste årtier kommet øget fokus på tilknytningsteorier og den tidlige forældre-barn relation. Det er der en god grund til, da den tidlige relation mellem børn og forældre er en af de vigtigste udviklingsmæssige milepæle i spæd- og småbørnsalderen (Væver 2015). På baggrund af de erfaringer, som barnet får fra det tidlige samspil med de primære omsorgspersoner, vil barnet udvikle en opfattelse af sig selv, sine omsorgspersoner, og hvad det kan forvente af sig selv og andre. En problematisk forældre-barn relation kan i værste fald påvirke barnets udvikling i en sådan grad, at barnet får kognitive og følelsesmæssige problemer såvel som adfærds- og relationsproblemer, og det er derfor vigtigt med forebyggelse og tidlig opsporing (Killén et al. 2006). Derudover er det vigtigt at få mere viden om, hvorvidt andre forhold i barnets første leveår eventuelt kan kompensere for de skadelige virkninger af en problematisk forældre-barn relation.

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 rigtig mange børn og familier og har derfor oftest erfaring med, hvordan den tidlige relation mellem barn og forældre bør udvikle sig.

Derudover kan sundhedsplejersken give nybagte forældre vejledning i børns trivsel og i, hvordan de udvikler og forbedrer relationen mellem barnet og omsorgspersonerne (KL 2015). I de nyeste forebyggelsespakker fra Sundhedsstyrelsen er den tidlige forældre-barn relation også nævnt som en vigtig faktor for børns trivsel (Sundhedsstyrelsen 2018a). Derfor er det interessant at få mere viden om, i hvilken udstrækning bemærkninger til forældre-barn relationen er sammenfaldende med andre faktorer og udløser ekstra behovsbesøg af sundhedsplejersken.



2. Relation og tilknytning mellem barn og forældre i første leveår

Allerede i graviditeten knytter forældrene psykologiske relationer til det ufødte barn, og når barnet bliver født, indledes forældre-barn relationen. En god forældre-barn relation er vigtig for barnets udvikling både socialt og psykisk (Hart 2013, Thomsen & Skovgaard 2012). Det skyldes, at det er i relationen mellem barnet og forældrene, at spædbarnets biologiske affektive disposition bliver trænet og stimuleret, og herigennem udvikles barnets sociale kompetencer og personlighed (Hart 2013).

Både danske og internationale undersøgelser peger på, at børn i en tryk relation til deres forældre trives bedre på en lang række parametre både socialt og følelsesmæssigt, hvilket tydeliggør vigtigheden af at hjælpe familierne til at opbygge en god relation (Væver et al. 2016, Lind 2003, Væver 2015). Blandt andet viser en rapport fra Databasen Børns Sundhed (2018), at børn med relationsproblemer i første leveår oftere har problematisk forældre-barn relation ved indskolingen. Derudover viser rapporten, at børn med en problematisk forældre-barn relation i indskolingen oftere trives dårligere i skolen samt oftere får diagnosticeret en psykisk sygdom i skoleårene (Databasen Børns Sundhed et al. 2018).

Mens der således findes forskning om de langsigtede følger af problematisk forældre-barn relation, så er det vigtigt også at undersøge de kortsigtede følger, som kan være en del af vejen til de langsigtede konsekvenser. For eksempel om problematisk forældre-barn relation giver problemer med andre facetter af barnets udvikling og sundhed i tiden efter, at man har konstateret en problematisk forældre-barn relation. I denne rapport undersøges netop de kortsigtede følger,

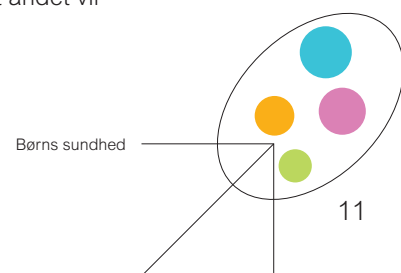
og vi går et skridt videre og undersøger, om de kortsigtede virkninger i virkeligheden afspejler andre risikofaktorerens indvirken, for eksempel risikofaktorer som svækker både forældre-barn relationen og barnets udvikling.

Alle børn knytter sig til deres primære omsorgspersoner, men der er forskel på, hvordan de knytter sig. Tilknytningen er afhængig af den følelsesmæssige relation, der er mellem barnet og dets omsorgsgiver. Især omsorgsgiverens sensitivitet spiller en afgørende rolle. Børn, hvis forældre er omsorgsfulde, vil ofte udvikle en tryk tilknytning, mens børn, der ikke oplever, at deres forældre er tilgængelige, risikerer at udvikle en utryk tilknytning (Killén 2003). Denne sensitivitet hos forældrene kan muligvis influeres af en række perinatale forhold (paritet, gestationsalder, komplikationer) og sociale forhold (for eksempel familief forhold, uddannelse) (Killén 2003). I denne rapport analyseres blandt andet, i hvilken udstrækning den tidlige forældre-barn relation er relateret til perinatale og sociodemografiske forhold.

Tilknytningsteori

Bowlby har udviklet en teoretisk referenceramme, der er interessant i forhold til at forstå, hvilken betydning den tidlige tilknytning, herunder forældres sensitivitet, har for børnenes udvikling (Bowlby 2008).

Ifølge Bowlby udvikler børn i løbet af det første leveår nogle forventninger til det relationelle samspil. Disse forventninger opbygges på baggrund af de erfaringer, som barnet har fra relationen med de primære omsorgspersoner (Bowlby 2008, Hart 2013, Væver 2015). Blandt andet vil





børn, der oplever at have tilgængelige forældre, der dækker deres behov, forvente, at dette vil fortsætte, da deres erfaringer fortæller dem således. Det betyder også, at børn, der ikke oplever at blive trøstet og set, vil have nogle andre forventninger til det relationelle samspil (Bowlby 2008, Killén 2003).

Med udgangspunkt i barnets etablerede erfaringer fra samspillet vil barnet anvende en bestemt type adfærd, som det forventer, er mest fordelagtig for at opnå nærhed med og omsorg fra omsorgspersonen (Væver 2015). Forældres sensitivitet giver dermed barnet nogle erfaringer med og forventninger til det relationelle samspil, som vil påvirke barnets udvikling. Samspillet mellem barnet og det nære miljø er derfor grundlæggende for udviklingen af barnets emotionelle og sociale kompetencer (Hart 2013).

Forældre-barn relationen kan undersøges ved at observere forældres sensitivitet over for barnets signaler. Herunder om forældrene er i stand til at øge barnets velvære og reducere dets fortvivelse (Killén et al. 2006). Derudover bliver barnets forventninger til og erfaringer med tilknytningen tydelig gennem barnets adfærd i en stressende situation, eksempelvis når forældrene forlader barnet. Ved at observere barnets reaktion, når forældrene forlader barnet, bliver det tydeligt, hvor tilgængelige, anerkendende og beroligende forældrene er til daglig (Væver 2015, Hart 2013). Barnets reaktion opdeles i fire tilknytningsmønstre, ét trygt og tre utrygge, og er et udtryk for kvaliteten af forældre-barn samspillet (Killén 2003).

Børn med et **trygt tilknytningsmønster** er tydelige i deres adfærd og behov. De bruger deres primære omsorgsperson som en tryk base, hvor de kan opnå støtte og glæde samt omsorg og trøst. Børn i en tryk tilknytning udforsker og leger glædesfyldt, og deler sine oplevelser med omsorgspersonen. Børn i en tryk tilknytning bryder sig ikke om, når omsorgspersonen forlader barnet, og fraværet gør barnet ked af det og utrygt. Andre personer kan ikke erstatte den primære omsorgspersons rolle, og barnet reagerer med en nedsat lyst til at udforske. Når den primære omsorgsperson vender tilbage, søger barnet nogen eller lidt trøst og fortsætter derefter udforskningen. Børn i en tryk tilknytning har erfaring med, at omsorgspersonen er sensitiv og tilgængelig, hvorfor barnet forventer, at omsorgspersonen forstår dem og er til rådighed, hvis der bliver behov for det (Væver 2015, Møhl 2003, Killén 2003, Lind 2003).

Børn med et **utrygt afvisende tilknytningsmønster** deler som oftest ikke sine følelser, hverken de positive eller negative, i samspillet med omsorgspersonen. Det betyder også, at barnet sjældent græder, når omsorgspersonen forlader det, og synes at overse eller undvige omsorgspersonen ved genforening. Det kan eksempelvis komme til udtryk ved, at barnet kigger eller trækker sig væk fra omsorgspersonen. Barnets tilknytningsadfærd kan skyldes, at omsorgspersonen har haft svært ved at håndtere barnet og derfor har afvist det ved at ignorere barnet, blive irriteret eller latterliggøre barnets følelser. På baggrund heraf har barnet erfaret, at det ikke hjælper at vise sine følelser og behov, hvorfor det fornægter sine egne følelser. På den måde kan barnet beskytte sig selv mod en fraværende og afvisende omsorgsperson (Væver 2015, Møhl 2003, Killén 2003, Lind 2003).



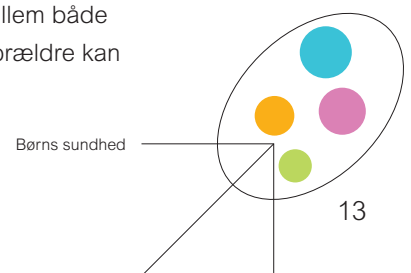
Derudover findes der børn med et **utrygt ambivalent tilknytningsmønster**. Børn med dette tilknytningsmønster er begrænset i deres udforskning af det ukendte, da de ikke ønsker at bevæge sig væk fra deres primære omsorgsperson. Derimod forsøger barnet konstant at opretholde nærhed og kontakt med omsorgspersonen og at have omsorgspersonens opmærksomhed rettet mod sig. Ved adskillelse bliver børn med et utrygt ambivalent tilknytningsmønster meget kede af det og fortvivlede, og har svært ved at blive trøstet igen, både af en fremmed og af omsorgspersonen. Ved genforening vil nogle børn aktivt opsøge kontakten for derefter at reagere med vrede, mens andre børn vil modsætte sig nærheden samtidig med, at de opsøger den. Det er denne modstandsprægede tilknytning, der ligger til grund for navnet. Barnets tilknytningsadfærd kan skyldes, at omsorgspersonen er inkonsekvent, uforudsigelig og tilbagetrækkende. Det har gjort barnet usikkert på omsorgspersonens tilgængelighed, og barnet bruger derfor meget energi på at opretholde kontakten, uanset om den er negativt præget. Mens børn med et utrygt afvisende tilknytningsmønster underdriver sine følelser, så overdriver børn med et utrygt ambivalent tilknytningsmønster dem (Væver 2015, Møhl 2003, Killén 2003, Lind 2003).

Til sidst er der et **utrygt desorienteret/desorganiseret tilknytningsmønster**. Mønsteret betegner de børn, der ikke har en strategi. Det betyder, at adfærden afspejler nogle modstridende intentioner, hvor barnet eksempelvis nærmer sig den primære omsorgsperson, mens det kigger væk. Derudover kan de eksempelvis skriges efter forældrene ved adskillelse, men se bort ved genforening. Disse børns omsorgspersoner kan være uforståelige, skræmmende, seksualiserende eller

på anden måde atypiske. Dermed er børnene i den ambivalente situation, at omsorgspersonen er den, der skal beskytte barnet, men samtidig er den, der skræmmer barnet. Omsorgspersonen er dermed både kilde til frygt og trøst (Væver 2015, Møhl 2003, Killén 2003, Lind 2003).

Et barns tilknytningsmønster er som oftest stabilt og vil afspejle sig i barnets adfærd og sociale relationer gennem livet. Men hvis forholdene ændrer sig tilstrækkeligt, forandrer erfaringerne sig også, hvilket kan påvirke barnets personlighed og sociale kompetence (Hart 2013, Lind 2003).

Tilknytningsteorien er dog ikke tilstrækkelig til at beskrive alle aspekterne af relationen mellem forældre og barn, og inden for psykopatologien er der også fokus på blandt andet social learning theory og familiesystemteorier (Clark et al. 2004), og der arbejdes med tre dimensioner af forældre-barn relationen, når man vil iagttage, om der er forstyrrelser i forældre-barn relationen: Forældrenes bidrag til en forstyrrelse i forældre-barn relationen, barnets bidrag til en forstyrrelse i forældre-barn relationen samt om samspillet mellem barnet og forældrene kan lede til en forstyrrelse i forældre-barn relationen. Hvis vi betragter forstyrrelser i forældrenes relation, er der ofte tale om følelsesmæssig underinvolvement, usikkerhed og manglende føling med barnets behov. Barnets reaktion på den manglende relation afhænger af barnets alder samt varighed og omfang. Barnets karakteristika og bidrag til relationen kan ligeledes føre til en forstyrret forældre-barn relation. Nogle børn er født med et vanskeligt temperament eller har fysiske eller psykiske udfordringer, som kan påvirke relationen til forældrene. Forældre-barn relationen skal også ansues som samspillet mellem både forældre og barn. Ressourcestærke forældre kan





kompensere for barnets vanskeligheder, mens andre vil have svært ved at tackle barnets behov (Clark et al. 2004, Thomsen & Skovgaard 2012, Zero to Three 2016).

Udbredelsen af relationsproblemer

Det kan være vanskeligt at opgøre forekomsten af relationsproblemer i første leveår, og i forskningen anvendes der forskellige procedurer til bedømmelse af forældre-barn relationen (Skovgaard et al. 2004). Skovgaard et al. (2007) finder, at 10,1 % af børnene i The Copenhagen County Child Cohort 2000 i deres første leveår får sundhedsplejerskebemærkning til mor-barn relationen. Databasen Børns Sundhed finder i årsrapporten for børn født i 2015, at 12,5 % af børnene har bemærkning til forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår. Disse relationsproblemer kan komme til udtryk ved, at forældrene ikke forstår og opfanger barnets behov og signaler (Databasen Børns Sundhed et al. 2017). Det vil sige, at hver ottende familie har brug for rådgivning og hjælp i

forhold til at skabe en tryk relation. Ved allerede at opspore behovsfamilierne i første leveår kan det muligvis forhindres, at barnet får senere vanskeligheder.

Hvordan understøtter man en god relation?

For at skabe en god relation er det især vigtigt, at omsorgspersonen er i stand til at forstå barnets adfærd som et udtryk for indre tilstande, følelser og behov. Derudover skal omsorgspersonen være i stand til at forstå, at vedkommende er den voksne, der skal kunne udskyde og tilsidesætte sine egne behov til fordel for barnets (Væver 2015). Forældre, der er sensitive, konsekvente og udviser omsorg, giver barnet erfaring med, at den voksne forstår, lytter og vil hjælpe. Det medfører, at barnet får nogle gode relationelle oplevelser, der giver dem selvtillid til at udforske verden. Derfor er det vigtigt, at forældrene sætter sig ind i og forstår barnets følelser og regulerer disse efter barnets behov. Der er evidens for, at omsorgspersonens egne tilknytningserfaringer kan være afgørende for evnen til selv at kunne være sensitiv i relationen med barnet (Væver 2015, Fonagy & Allison 2012).

Udforskning af omverden er en vigtig del af barnets udvikling, og det er derfor vigtigt, at forældrene forstår barnets behov for blandt andet at undersøge ting. Flere undersøgelser finder i denne sammenhæng, at børns relationsstil påvirkes negativt, hvis de har mødre, der er kontrollerende og invaderende. Et eksempel på en kontrollerende eller invaderende adfærd kan være, at moren afbryder spædbarnets aktivitet, uden at barnet har signaleret et behov for det (Killén et al. 2006, Egeland et al. 1993). Blandt andet viser Egeland et al. (1993), at børn, hvis mødre var påtrængende, da barnet var seks måneder, klarer sig dårligere fagligt, socialt, følelsesmæssigt og adfærdsmæssigt i første





og anden klasse end børn, hvis mødre ikke var påtrængende (Egeland et al. 1993). Sundhedsplejersken, som ser barnet og dets primære omsorgsperson flere gange i første leveår, har en særlig mulighed for at påvirke forældrenes reaktion på barnets signaler, og det er derfor interessant at undersøge, i hvilken udstrækning familier med bemærkning til forældre-barn relation får ekstra behovsbestemt sundhedspleje i første leveår.

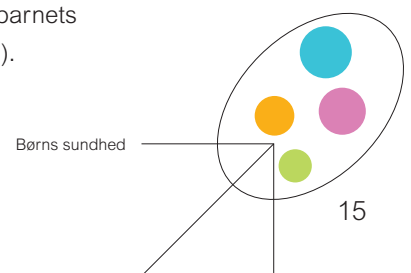
Harold et al. (2016) har fundet, at forholdet mellem forældrene har stor betydning for barnets psykiske sundhed og fremtidige livssituation. Det skyldes blandt andet, at konflikter mellem forældrene kan påvirke forældres tilgang til forældrerollen, hvilket får indflydelse på forældre-barn relationen. Derfor mener de, at parforholdet er et vigtigt sted for en tidlig indgriben, da man herigennem kan forebygge negative interaktioner, der påvirker barnets mentale sundhed (Harold et al. 2016). Også her har sundhedsplejersken en nøglerolle, fordi hun gennem sine besøg i hjemmet har mulighed for at vurdere forholdet mellem forældrene og give forældrene støtte og oplysning herom.

Det er dog ikke kun forældrene, der påvirker, hvordan relationen fungerer; som tidligere beskrevet kan børnene også have indflydelse på forældres sensitivitet. Blandt andet understreger et norsk studie, at barnets tilknytningsadfærd i de første par måneder sandsynligvis har betydning for morens interesse i relationen (Killén et al. 2006). Børn, der tidligt aktivt tilnærmer sig deres mor, kan stimulere morens engagement og indlevelse, mens børn, der har en mere udadvendt opmærksomhed, stimulerer moren mindre. Især i de første par måneder er barnet primært optaget af moren, indtil det i stigende grad begynder at

vende opmærksomheden mod andre personer og ting. Det betyder, at forældres sensitivitet kan falde, jo ældre barnet bliver. Her fandt det norske studie blandt andet en generelt faldende sensitivitet fra tre til seks måneder. Studiet påpeger desuden, at den faldende sensitivitet kan skyldes, at hverdagen sætter ind, og den første forelskelse i den lille lægger sig, hvilket giver plads til morens personlige belastninger (Killén et al. 2006). Derudover kan man også forestille sig, at børns fysiske og psykiske udfordringer kan have en betydning for forældrenes sensitivitet.

Mens der er forskning, der belyser vigtigheden af forældres sensitivitet og barnets tilknytningsadfærd, er der mindre forskning om betydningen af andre forhold (for eksempel perinatale og sociodemografiske forhold) for opbygningen af trygge forældre-barn relationer. Det er vigtigt at undersøge risikofaktorer for problematisk forældre-barn relation, fordi det kan være en strategi i det sundhedsfremmende arbejde at mindske sådanne risikofaktorer. Derudover kan det være svært at vurdere kausaliteten, og det er derfor vigtigt at få mere viden om, hvorvidt forældre-barn relationen påvirker eller bliver påvirket af andre forhold (såsom barnets udvikling eller forældres psykiske tilstand).

Fokus på tidlig opsporing: Kendskab til vigtigheden af den tidlige forældre-barn relation og en øget viden om, hvordan man kan observere det relationelle samspil, spiller sundhedspersonale en central rolle i forebyggelsen af relationsproblemer. Ved tidligt at opspore familier og børn i risikozonen kan man muligvis undgå, at barnets psykiske problemer bliver store, og at udviklingsforstyrrelserne bliver mærkbare. Jo tidligere man sætter ind, jo større effekt har det for barnets trivsel senere i livet (Væver et al. 2016).



3. Prædiktorer for relationsvanskeligheder



I det følgende gennemgås en række udvalgte studier, der viser en sammenhæng med forældre-barn relationen. Litteraturgennemgangen koncentrerer sig primært om studier fra den vestlige kulturkreds, da studier fra tredjeverdenslande kan have begrænset relevans i Danmark.

Forældres alder: Flere studier viser, at jo yngre mødre er, jo større er sandsynligheden for en negativ forældre-barn interaktion, for eksempel at mødre er følelsesmæssigt inkonsekvente (Thomson et al. 2014, Trentacosta et al. 2010). Dog er dette fund ikke entydigt. Bryanton et al. (2008) finder eksempelvis, at mødre, der er 30 år eller yngre, vurderer deres forældreevner højere end forældre, der er ældre. Selvvurderede forældreevner er i denne sammenhæng blevet identificeret som en determinant for en positiv forældre-barn relation (Bryanton et al. 2008).

Der findes også omsorgspersoner, der er svært umodne, når de bliver forældre. Det behøver ikke nødvendigvis at have noget at gøre med alderen, men omfatter forældre, der ikke er i stand til at prioritere mellem deres egne og barnets behov. Forældrene er dermed ikke i stand til at give barnet den nødvendige omsorg, hvilket kan komme i vejen for en god tilknytningsproces (Bunkholdt 2003).

Kønforskelle: Thomson et al. (2014) viser, at der blandt mødre med drengebørn bliver observeret signifikant flere negative interaktioner (Thomson et al. 2014).

Forældres uddannelse: Flere studier finder, at lavt uddannede forældre har en øget risiko for få en problematisk forældre-barn relation (Thomson et al. 2014, Bryanton et al. 2009, Killén et al. 2006). Blandt andet finder et norsk studie en klar



sammenhæng mellem sensitivitetsscore og uddannelse, både når barnet er tre til fire måneder og seks til syv måneder. Manglende uddannelse og viden om barnets behov og udvikling viser sig således at have en indvirkning på forældrenes generelle omsorg for barnet (Killén et al. 2006). Dette er i overensstemmelse med Kommunernes Landsforenings forståelse af, at man gennem viden kan lære forældrene, hvad det vil sige at være en god forælder (KL 2015).

Socioøkonomi: Når barnet er tre til fire måneder, ses der ingen statistisk signifikant forskel i sensitiviteten mellem mødre fra et område, hvor de socioøkonomiske belastningsfaktorer generelt er lave, og mødre fra et område, hvor de socioøkonomiske belastningsfaktorer generelt er høje. Det ændrer sig dog, når barnet bliver seks til syv måneder, hvor mødre fra et område med få socioøkonomiske belastningsfaktorer generelt vurderes til at være mere sensitive (Killén et al. 2006).

Alle forældre kan komme ind i perioder, hvor de tappes for kræfter og mister troen på sig selv. Det kan eksempelvis ske, hvis det går dårligt med økonomien, eller forholdet går i stykker. Store bekymringer kan påvirke forældrene i sådan en grad, at de ikke kan klare deres daglige forpligtelser. Det kan også gælde forpligtelsen til at give barnet den nødvendige omsorg (Bunkholdt 2003).

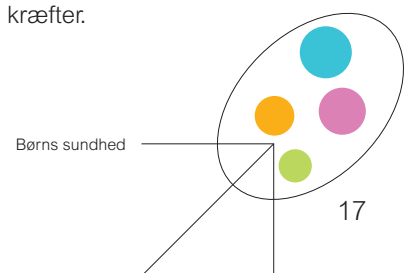
Socialt netværk: Undersøgelser viser, at forældres netværk har betydning for sensitiviteten og interaktionen mellem barnet og forældrene (Thomson et al. 2014, Killén et al. 2006, Bryanton et al. 2009, Bryanton et al. 2008). Killén et al. (2006) finder blandt andet robuste

sammenhænge mellem mødre, der har en oplevelse af, at de har et svagt netværk, og manglende sensitivitet over for deres barn (Killén et al. 2006).

Ligeledes finder Thomson et al. (2014) færre negative forældre-barn interaktioner blandt mødre, der har en opfattelse af, at de fik social støtte under graviditeten. Dette omfatter både følelsesmæssig og økonomisk støtte fra partner, venner, familie, staten og lignende (Thomson et al. 2014). I sammenhæng hermed viser flere undersøgelser, at partnerens støtte har stor betydning for forældrenes adfærd over for barnet (Bryanton et al. 2009, Bryanton et al. 2008). Mødre, der vurderer deres forhold med partneren som værende fremragende, er mere positive i deres samspil med barnet (Bryanton et al. 2008). Dette stemmer overens med Early Intervention Foundation's fund, der indikerer, at forældres forhold påvirker kvaliteten af forældreskabet, og dermed forældre-barn relationen. Derfor har forældres forhold betydning for barnets psykiske sundhed og fremtidige livssituation (Harold et al. 2016).

Social arv: Omsorgspersoner, der er opvokset i en utryk tilknytningsrelation, kan have svært ved at indgå i et tæt relation med barnet. Det skyldes, at forælderens egne tilknytningserfaringer har stor betydning for deres sociale kompetencer og evne til at kunne være sensitiv (Væver 2015, Fonagy & Allison 2012).

For tidlig født: Børn, der er født for tidlig, kan risikere at få en problematisk forældre-barn relation. For det første kan tiden i kuvøse have en negativ indvirkning på den tidlige forældre-barn relation. Derudover kan for tidligt fødte børn være i strid med forældres forventninger og kræfter.





Barnet ser anderledes ud, er lille og tynd og har et stort hoved. Når forældrene ikke kan holde barnet, og barnet ikke smiler og spiser som forventet, kan det påvirke forældres forestilling og dermed sensitivitet over for barnet. Samtidig kan situationen være meget krævende, og det kan være svært for forældrene at efterleve barnets behov (Bunkholdt 2003).

Bryanton et al. (2009) finder, at en naturlig fødsel er associeret med et positivt forældreskab (Bryanton et al. 2009).

Førstegangsfødende: Killén et al. (2006) viser i sin undersøgelse af det tidlige mor-barn samspil i norske familier, at førstegangsfødende i gennemsnit scorer lidt lavere på sensitivitet end andre mødre. Dog har de førstegangsfødende gennemsnitligt stadig et sensitivetsniveau, som ligger inden for det, der betegnes som "godt nok" (Killén et al. 2006). Den lavere sensitivitetsscore blandt førstegangsfødende kan skyldes, at mødrene er usikre i deres nye rolle som forælder, hvilket kan påvirke relationen mellem mor og barn.

Helbred, sygdom og funktionsnedsættelser:

Børn, der er født med fysiske eller psykologiske funktionsnedsættelser har øget risiko for at få en problematisk forældre-barn relation. Det skyldes, at disse børn kræver ekstra meget af deres omsorgsgivere, hvilket gør det hårdt for forældrene at opfylde alle barnets behov (Bunkholdt 2003). Derudover viser litteraturen, at en problematisk forældre-barn relation kan påvirke barnets udvikling (Hart 2013, KL 2015).

Barnets temperament: Nogle børn fødes med et såkaldt vanskeligt temperament, hvor de

skriger meget og har en uregelmæssig søvnrytme. Børn med et vanskeligt temperament kræver meget af deres forældre, da de kan være svære at berolige. Det kan medføre, at forældrene føler sig utilstrækkelige, hvilket kan få forældrene til at afvise barnet. En afvisning kan gøre barnet mere uroligt eller medføre, at barnet trækker sig mere ind i sig selv, og der bliver således etableret en dårlig relation (Bunkholdt 2003). Et vanskeligt temperament kan højst sandsynligt skyldes, at barnet har nogle andre problemer, der gør det utilpas.

Psykosociale belastninger: Rapporten Sundhedsplejerskens vurdering af mors psykiske tilstand (2012) fra Databasen Børns Sundhed viser, at der er en sammenhæng mellem mors psykiske tilstand og forældre-barn kontakten. Analyserne fastslår, at der er over fem gange så stor risiko for at få bemærkning til forældre-barn relationen, hvis der er bemærkning til mors psykiske tilstand (Databasen Børns Sundhed et al. 2012). Dette er ligeledes fundet i den internationale litteratur (Goodman & Gotlib 1999, Clark et al. 2004). I denne sammenhæng er det interessant at undersøge, om forældres psykiske tilstand påvirker eller bliver påvirket af forældre-barn relationen.

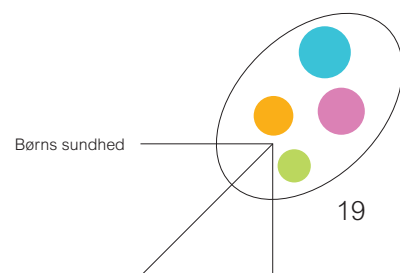
Derudover viser Killén et al. (2006), at mødre med psykosociale belastninger, der i studiet inkluderer psykiske lidelser, omsorgssvigt i opvæksten, behov for socialhjælp, rusmiddelbrug og udviklingshæmning, har en signifikant lavere sensitivitetsscore, når barnet er seks til syv måneder, end mødre uden psykosociale belastninger (Killén et al. 2006). Bunkholdt (2003) understreger hertil, at forældre med rusmiddelproblemer kan have svært ved at give børn den tryghed, som de har brug for. Det skyldes, at rusmidlerne ofte



gør forældrene uforudsigelige, hvilket kolliderer kraftigt med barnets behov (Bunkholdt 2003).

Det ovenstående afsnit kan give det indtryk, at der allerede findes meget forskning om prædiktorer for relationsvanskeligheder. Men mange af de omtalte studier baseres på små kliniske studiepopulationer, og der mangler studier af store normalpopulationer af spædbørn. De fleste af de omtalte studier fokuserer kun på moderen, på én eller nogle få risikofaktorer, og der er brug for studier, som har mulighed for mere indgående analyser af sådanne prædiktorer analyser, som kan afdække samspillet mellem mange mulige risikofaktorer på én gang. I denne rapport analyserer vi blandt andet, i hvilken udstrækning den tidlige forældre-barn relation er relateret til sociodemografiske faktorer, perinatale forhold, amning, barnets trivsel og udvikling,

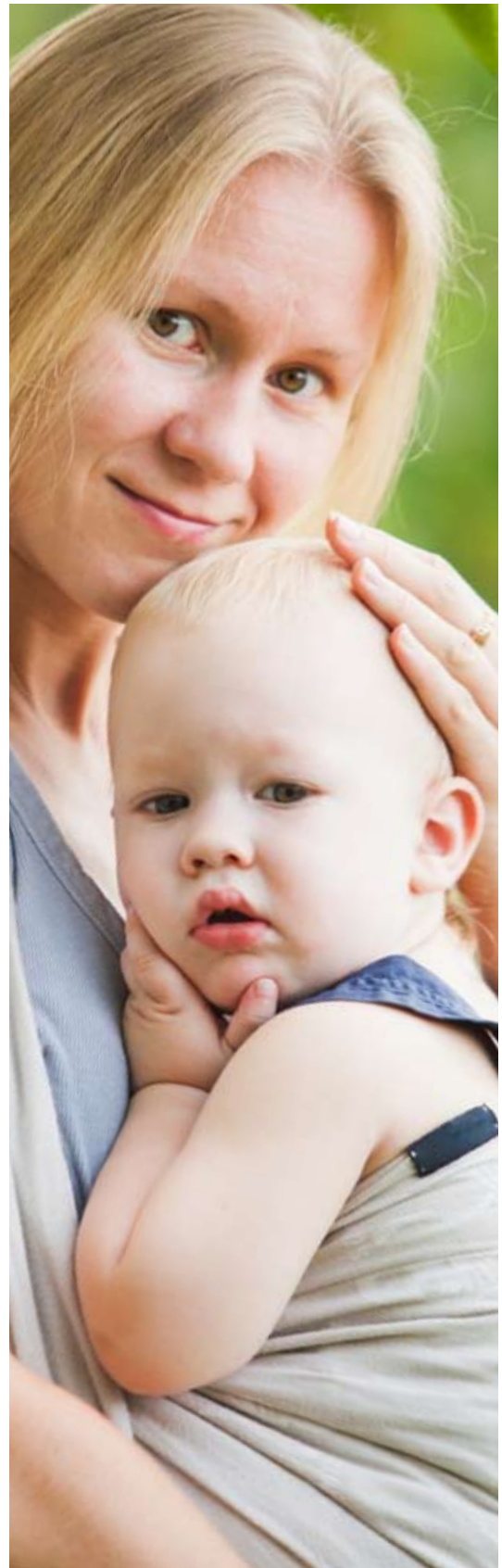
efterfødselsreaktioner samt ekstra behovssundhedspleje fra sundhedsplejen. Man kan anskue forældre-barn relationen ud fra flere synsvinkler, for eksempel i relation til barnets behov og i relation til forældres adfærd og reaktioner. Der er brug for en nærmere analyse af, om sådanne forskelle i synsvinkel har betydning for de konklusioner, man kan drage om forældre-barn relationen. Der er brug for studier af, om problematisk forældre-barn relation giver anledning til, at sundhedsplejen tildeler familier ekstra behovsbestemte besøg. Og endelig er der brug for studier af, hvorvidt problematisk forældre-barn relation fortsætter gennem hele første leveår. Denne rapport kan bidrage med data fra en stor normalpopulation af spædbørn med mulighed for at gennemføre meget detaljerede analyser og samtidig anskue forældre-barn relationen med fokus på både forældrene og barnet.



4. Formål

Formålet med denne rapport er at udnytte sundhedsplejerskebaserede data til at bidrage med ny viden om forældre-barn relationens betydning samt viden til tidlig opsporing af relationsproblemer baseret på en stor population af børn. Forældre-barn relationen vil blive belyst med fokus på både forældrene og barnet. Rapporten har seks konkrete formål:

1. At beskrive forekomsten af bemærkninger til forældre-barn relationen i første leveår, herunder om bemærkninger til forældre-barn relationen er konstant over første leveår, udvikling over tid og variationer mellem kommuner.
2. At undersøge hvilke forhold i barnets første leveår, der er associeret med bemærkninger til forældre-barn relationen i første leveår.
3. At undersøge om børn, der har bemærkninger til forældre-barn relationen i det første leveår, gennemsnitligt har flere bemærkninger til deres trivsel og udvikling end børn, der ikke har bemærkninger.
4. At undersøge, om der er sammenhæng mellem efterfødselsreaktioner og bemærkninger til mors og fars psykiske tilstand og forældre-barn relationen i første leveår.
5. At undersøge, om bemærkninger til forældre-barn relationen i det første leveår udløser ekstra behovsbestemte besøg af sundhedsplejersken.
6. At vurdere og diskutere anvendeligheden af de anvendte spørgsmål om forældre-barn relationen i journalen.



5. Data og metode

5.1 Sundhedsplejerskernes virke

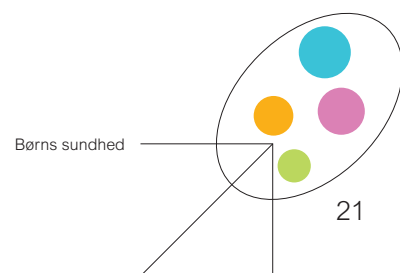
Det er sundhedsplejens opgave at føre tilsyn og monitorere barnets fysiske og psykiske helbreds-tilstand samt at tilbyde oplysning og vejledning til børn og forældre med henblik på at fremme børnenes fysiske og psykiske sundhed og trivsel (Sundhedsstyrelsen 2011). Det er en naturlig del af sundhedsplejens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

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

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





Det er frivilligt, om familier ønsker at benytte sig af sundhedsplejetilbud. Hvis familierne anvender tilbuddene, er der lovpligtig journalføring af sundhedsplejerskerne. Det medfører, at familier i databasekommunerne automatisk indgår i Databasen Børns Sundhed.

Datasikkerhed: De indsamlede journaldata indsendes til Statens Institut for Folkesundhed i henhold til databeskyttelseslovens § 10. Opbevaringen af data på Statens Institut for Folkesundhed er anmeldt til Syddansk Universitets fortegnelse. Data behandles fortroligt og anvendes udelukkende til forskning. Det er således udelukkende udvalgte forskere på Statens Institut for Folkesundhed, som har adgang til data, og formidlingen af resultaterne sker således, at det ikke er muligt at identificere enkeltpersoner. Forskerne

har i deres arbejde med data ikke adgang til personidentifikation (CPR-nummer). Dette sikres af en dataadministrator, som er særligt autoriseret til dette. Det datasæt, som benyttes til analyserne, rummer ikke oplysninger om navne eller CPR-numre, hverken om børnene, forældrene eller sundhedsplejerskerne.

I tabel 1 opgøres sundhedsplejens dækningsgrad. Tabellen viser antal levendefødte opgjort i Danmarks Statistik efter 33 databasekommuner. Tabellen viser også, hvor mange af disse børn i databasen, som har modtaget A-besøget. For nogle kommuner er der flere børn i databasen end antal fødsler i kommunen. Dette skyldes, at der flytter børn til kommunen. Andelen, der får A-besøget, svinger fra 85,7 % til over 100 % på grund af tilflyttede børn. Gennemsnitligt er der 96,9 % af børnene, der får A-besøget.

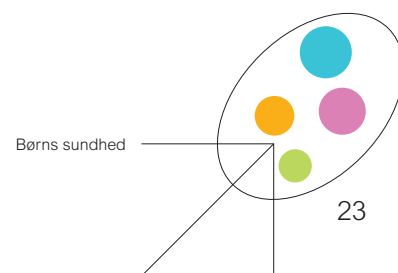


Tabel 1. Antal fødsler, antal og andel børn i databasen, der modtager A-besøget i 33^a databasekommuner

Kommune	Antal levendefødte 2016 ifølge Danmarks Statistik	Antal børn i databasen, der får A-besøg	% ^b
Aalborg	2429	2390	98,4
Aarhus	4721	4527	95,9
Albertslund	283	274	96,8
Allerød	207	185	89,4
Ballerup	489	482	98,6
Bornholm	244	244	100,0
Brøndby	423	415	98,1
Brønderslev	350	363	103,7
Dragør	121	121	100,0
Egedal	399	406	101,8
Fredensborg	349	355	101,7
Frederiksberg	1675	1588	94,8
Frederikssund	347	348	100,3
Furesø	394	395	100,3
Gentofte	680	621	91,3
Gladsaxe	795	793	99,7
Glostrup	269	256	95,2
Gribskov	273	285	104,4
Halsnæs	228	247	108,3
Helsingør	500	516	103,2
Herlev	323	312	96,6
Hillerød	486	490	100,8
Hvidovre	617	587	95,1
Høje-Taastrup	562	501	89,1
Ishøj	307	316	102,9
Kalundborg	438	441	100,7
Lyngby-Taarbæk	507	505	99,6
Roskilde	746	670	89,8
Rudersdal	461	458	99,3
Rødovre	447	443	99,1
Tårnby	474	406	85,7
Vallensbæk	184	185	100,5
Vejle	1227	1148	93,6
Hele populationen	21.955	21.273	96,9

^aDa Køge Kommune er overgået fra TM Sund- til NOVAX-journaliseringssystem i perioden kan denne andel ikke opgøres for Køge Kommune

^bProcent kan være over 100, hvis der er flyttet børn til kommunen





5.3 Datagrundlag

Rapporterne bygger på data fra sundhedsplejerskejournaler og registerdata fra barnets første leveår. Følgende kommuner har indsendt data via udtræk fra elektroniske sundhedsplejerskejournaler: Aalborg, Aarhus, Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholm, Brøndby, Brønderslev, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Herlev, Hillerød, Hvidovre, Høje-Taastrup, Ishøj, Kalundborg, Køge, Lyngby-Taarbæk, Roskilde, Rudersdal, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk og Vejle. Disse kommuner har indsendt data om 23.480 nul- til etårige, der er født i 2016, og som har haft kontakt med sundhedsplejen ved A-, B-, C- eller D-besøget i første leveår. Det svarer til 38,1 % af alle levendefødte børn i Danmark i 2016 (Statistikbanken.dk). Alle disse 23.480 børn indgår i sundhedsprofilen, som er en del af en separat rapport udarbejdet til de deltagende kommuner. Temarapporten om forældre-barn relationen er baseret på lidt færre børn. I og med at forældre-barn relationen er hovedfokus for temarapporten, inddrages kun børn og kommuner, hvor der er noteret oplysninger om forældre-barn relationen. Derudover indgår de børn, der er flyttet mellem to kommuner, og som følge deraf indgår i begge journalsystemer, ikke i rapporten (N=488). Temarapporten bygger således på data om 20.953 børn, svarende til 34 % af alle levendefødte i Danmark i 2016. Af tabel 2 fremgår det hvilke kommuner, der indgår i temarapporten, og hvor mange børn, der indgår fra de enkelte kommuner.

I denne rapport er der 15 kommuner, der anvender TM Sund-journalsystemet (Aarhus, Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Roskilde, Rødovre, Tårnby og Vejle). Hvidovre Kommune og Høje-Taastrup Kommune indgår som en TM Sund-kommune, selvom de i 2017 er overgået til NOVAX-journalsystemet, da rapporten omhandler børn født i 2016.

Det er tredje år, at det er muligt at indrapportere data til Databasen Børns Sundhed for kommuner, der anvender NOVAX-journalsystemet. Af de kommuner, der har indsendt data for børn født i 2016, er der 19 kommuner, der anvender NOVAX-journalsystemet (Aalborg, Bornholm, Brønderslev, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gladsaxe, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Hillerød, Kalundborg, Køge, Lyngby-Taarbæk, Ishøj, Rudersdal og Vallensbæk).

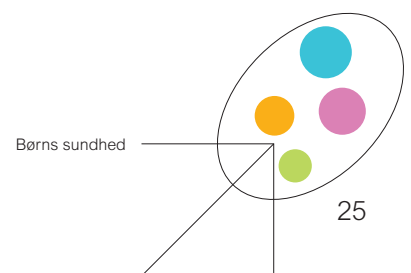




Tabel 2. Antal børn, der indgår i temarapporten opdelt på kommune

Kommune	Antal børn, der er indrapporteret	Antal børn, der indgår i rapporten
TM Sund-kommuner		
Aarhus	4.813	4.778
Albertslund	298	289
Allerød	214	204
Ballerup	511	485
Brøndby	456	434
Dragør	134	131
Gentofte	696	652
Glostrup	275	261
Herlev	346	330
Hvidovre	645	643
Høje-Taastrup	578	577
Roskilde	796	763
Rødovre	480	450
Tårnby	482	479
Vejle	1.296	1.289
Total TM Sund-kommuner	12.020	11.765
NOVAX-kommuner		
Aalborg*	2474	1182
Bornholm	263	259
Brønderslev*	375	190
Egedal	432	412
Fredensborg	384	377
Frederiksberg	1668	1.454
Frederikssund	369	336
Furesø	422	397
Gladsaxe	882	803
Gribskov	296	250
Halsnæs	261	253
Helsingør	543	531
Hillerød	514	483
Ishøj	330	309
Kalundborg*	458	274
Køge	549	502
Lyngby-Taarbæk	547	510
Rudersdal	496	481
Vallensbæk	197	185
Total NOVAX-kommuner	11.460	9.188
Hele populationen	23.480	20.953

*Kommunerne er først blevet medlem af databasen i januar 2017, og derfor er der børn født i 2016, hvor forældre-barn relationen ikke er registreret





5.4 Variabelbeskrivelse

Dette afsnit beskriver temarapportens hovedvariable bemærkninger til forældre-barn relationen. En beskrivelse af rapportens øvrige variable ses sidst i rapporten i bilag 1. I denne rapport anvendes et udsnit af journalsystemet ved kun at benytte de to variable, der specifikt relaterer sig til forældre-barn relationen. I begge journalsystemer er der data om forældre-barn relationen, som noteres under andre faktorer i journalen, og som derfor ikke indgår i denne rapport.

Forældre-barn relationen registreres ved A- (første hjemmebesøg efter barselsbesøget eller første hjemmebesøg efter barnets fødsel), B- (første hjemmebesøg efter barnet er fyldt to måneder, men inden det fylder tre måneder), C- (fire- til seks månedersalderen) og D-besøget (otte- til tolv månedersalderen). I TM Sund benævnes forældre-barn relationen som forældre-barn kontakt og samspil, og i NOVAX benævnes relationen som samvær/kontakt/leg. Sundhedsplejersken registrerer i forbindelse med de fire hjemmebesøg, hvorvidt der er en bemærkning til relationen mellem forældre og barn. En bemærkning betyder, at sundhedsplejersken ved sin kontakt med familien har registreret noget bemærkelsesværdigt til forældre-barn relationen, det vil sige forhold, som vækker bekymring eller kræver ekstra indsats eller opfølgning. En bemærkning kan også dække over, at relationen mellem barnet og forældrene ikke opfylder den forventelige udvikling i forhold til barnets alder. I tabel 3 ses en beskrivelse af, hvad henholdsvis NOVAX- og TM Sund-journalsystemerne benytter som kriterier for relationen mellem barnet og forældrene ved hvert af de fire besøg.

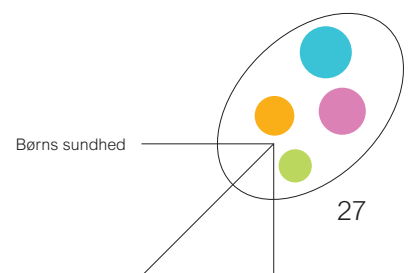
Begge journalsystemer fokuserer på relationen mellem barnet og forældrene. Dog ses der en forskel i, hvad der registreres om forældre-barn relationen i de to journalsystemer. Mens TM Sund fokuserer på forældres kontakt og samspil med barnet i forhold til, om de forstår barnets behov, så fokuserer NOVAX i højere grad på barnets evne til at signalere følelsesmæssige behov samt barnets kontakt og tilknytning til primære omsorgspersoner såsom forældrene. En væsentlig forskel er også, at der i NOVAX angives kontakt ved smil og pludren, hvilket registreres andetsteds i TM Sund. De to journalsystemer kan derfor siges at fokusere på to forskellige vinkler af forældre-barn relationen og dermed ikke vise præcis det samme. Det muliggør, at forældre-barn relationen kan ansues ud fra to synsvinkler. Ved at inddrage begge typer af afrapporteringer fås en nærmere analyse af, om sådanne forskelle i synsvinkel har betydning for de konklusioner, man kan drage om forældre-barn relationen (Databasen Børns Sundhed 2018, NOVAX 2018). I de efterfølgende afsnit benyttes betegnelsen "bemærkning til forældrenes rolle i forældre-barn relationen" og "bemærkning til barnets reaktion i forældre-barn relationen" for at tydeliggøre denne skelnen.

I rapporten anvendes begrebet problematisk forældre-barn relation som en overordnet betegnelse for, at sundhedsplejersken har haft en bemærkning til forældre-barn relationen. Ikke alle bemærkninger er nødvendigvis et udtryk for en problematisk relation, men en bemærkning betyder, at sundhedsplejersken ved sin kontakt med familien har registreret noget bemærkelsesværdigt til forældre-barn relationen, det vil sige forhold, som vækker bekymring eller kræver ekstra indsats eller opfølgning.



Tabel 3. Beskrivelse af variabelen forældre-barn relationen i NOVAX- og TM Sund-journalsystemerne

A-besøget	<p>NOVAX: Barnet etablerer kortvarig øjenkontakt. Søger tilknytning til primær omsorgsperson. Barnet signalerer følelsesmæssige behov. Relaterer sig til eventuelle søskende.</p> <p>TM Sund: Barnet er veltilpasset og plejet, og påklædningen er hensigtsmæssig i forhold til inde/udeklimaet. Forældrene afpasser aktiviteter efter barnets behov og er opmærksomme på, at der er grænser for barnets behov for stimuli. Forældrene har forståelse for barnets signaler og behov, er opmærksomme på uro/gråd og søger at trøste barnet, så det falder til ro. Forældrene forstår og reagerer hensigtsmæssigt på ældre søskendes reaktioner.</p>
B-besøget	<p>NOVAX: Smiler bevidst og tager initiativ til kontakt. Pludrer ved kontakt. Kan fastholde øjenkontakt i kortere perioder. Signalerer følelsesmæssige behov.</p> <p>TM Sund: Barnet er veltilpasset og plejet, og påklædningen er hensigtsmæssig i forhold til inde/udeklimaet og barnets bevægelsesfrihed. Forældrene kender barnets behov for leg og stimulation og afpasser aktiviteter herefter. Forældrene kender og forstår barnets signaler og behov, og handler på barnets behov for mad, ro, kontakt etc. Forældrene forstår og reagerer hensigtsmæssigt på ældre søskendes reaktioner.</p>
C-besøget	<p>NOVAX: Smiler selektivt. Interesseret i omgivelserne. Sikker i kontakten med omverden. Interesseret i og følger genstande. Nyder kontakt. Søger primære omsorgspersoner. Udtrykker følelser som glæde, uro og afsky med mimik og kropssprog. Skelner fremmede fra primære omsorgspersoner. Signalerer følelsesmæssige behov.</p> <p>TM Sund: Barnet er veltilpasset og plejet, og påklædningen er hensigtsmæssig i forhold til inde/udeklimaet og barnets bevægelsesfrihed. Forældrene kender barnets behov for leg, stimulation og afpasser aktiviteter herefter. Forældrene kender og forstår barnets signaler og behov, og handler på barnets behov for mad, ro, kontakt etc. Forældrene forstår og reagerer hensigtsmæssigt på ældre søskendes reaktioner.</p>
D-besøget	<p>NOVAX: Er sikker i kontakten med omverden. Følger efter primære omsorgspersoner. Interesserer sig for sine omgivelser. Kan være angst for separation. Udforsker forældres ansigt og egen krop. Forstår årsag-virkningssammenhænge. Viser interesse for andre børn, besvarer kontakt og tager initiativ til leg. Har fælles opmærksomhed. Signalerer følelsesmæssige behov.</p> <p>TM Sund: Barnet er veltilpasset og plejet, og påklædningen er hensigtsmæssig i forhold til inde/udeklimaet og barnets bevægelsesfrihed. Forældrene tilbyder barnet aktiviteter, der stimulerer barnets udvikling. Forældrene har en rolig og sikker adfærd, hvor forældre og barn er i positivt samspil. Forældrene er i stand til at opfange barnets behov og opfylde dem. Forældrene er opmærksomme på uro/gråd, og kan trøste barnet, så det falder til ro. Forældrene forstår og reagerer/opfanger ældre søskendes reaktioner.</p>





5.5 Statistiske analyser

I gennem rapporten anvendes to trin i analysen. Første trin i analysen er at sammenligne forekomsten af bemærkninger til forældre-barn relationen mellem forskellige grupper, for eksempel yngre og ældre mødre. Det angives med en stjerne* når forskellene er signifikante med et signifikansniveau på 1 %. Andet trin i analyserne er multivariate logistiske regressionsanalyser, hvor det undersøges, om en given statistisk signifikant sammenhæng, for eksempel mellem mors alder og bemærkninger til forældre-barn relationen, kan forklares af andre forhold, for

eksempel mors herkomst. Hver enkelt analyse kontrollerer for relevante faktorer i forhold til den forventede årsagssammenhæng. Resultaterne fra disse analyser formidles som odds ratio (OR), som er et mål for risiko. Værdien 1,0 svarer til risikoen i referencegruppen, og hvis OR er højere eller lavere end 1,0, betyder det, at risikoen er højere eller lavere. Sikkerhedsintervallet viser, om OR er signifikant højere/lavere end 1,0. Hvis sikkerhedsintervallet rummer værdien 1,0, er OR-værdien ikke signifikant forskellig fra referencegruppen.



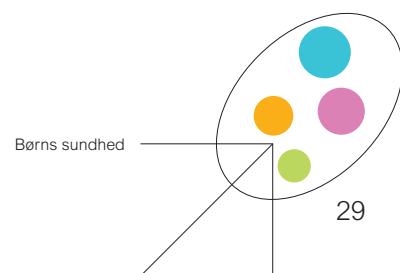
6. Resultater



I dette afsnit præsenteres først forekomsten og udviklingen i andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår. Efterfølgende præsenteres variationen i bemærkninger til forældre-barn relationen mellem kommunerne, og hvorvidt bemærkningerne er konstante over første leveår. Derefter præsenteres andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen opdelt på sociodemografiske faktorer, socialt netværk og forældreskab samt faktorer relateret til graviditet og fødslen. Derefter præsenteres amning, faktorer relateret til barnets udvikling og trivsel og sundhedsplejerskens kontakt med barnet opdelt efter, om der er bemærkning til forældre-barn relationen og andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen opdelt på efterfødselsreaktioner. Slutteligt præsenteres andelen af børn, der får behovssundhedspleje opdelt efter om der er bemærkning til forældre-barn relationen. Gennemgående præsenteres fundene særskilt for de to journaliseringssystemer TM Sund (TM-data) og NOVAX (NV-data), da de to systemer belyser forældre-barn relationen med hvert sit udgangspunkt. I TM-data belyses forældrenes rolle i forældre-barn relationen, og i NV-data belyses barnets reaktion i forældre-barn relationen.

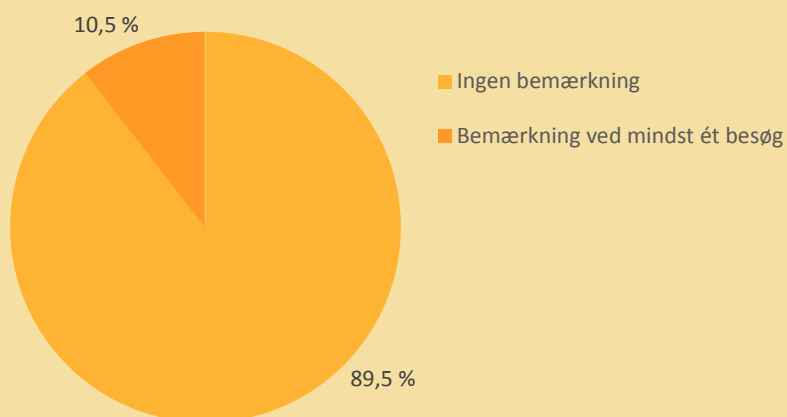
6.1 Andelen af børn med bemærkninger til forældre-barn relationen

Figur 1 og 2 viser fordelingen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen i TM-data og NV-data. Af figur 1 fremgår det, at når der i TM-data er fokus på forældrene i forældre-barn relationen, så er der 89,5 % af børnene, der ikke har nogen bemærkning til forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår, mens 10,5 % af børnene får bemærkning til forældre-barn relationen. Når der i NV-data er fokus på børnene i forældre-barn relationen, er det 97,2 % af børnene, der ikke har nogen bemærkning til forældre-barn relationen, og 2,8 % af børnene får bemærkning til forældre-barn relationen i det første leveår. Den store forskel i andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen i TM- og NV-data er en naturlig følge af, at TM- og NV-data belyser forældre-barn relationen med hvert sit udgangspunkt. Det er en styrke for analyserne, at de giver indsigt i forældre-barn relationen med fokus på både forældrene og barnet.

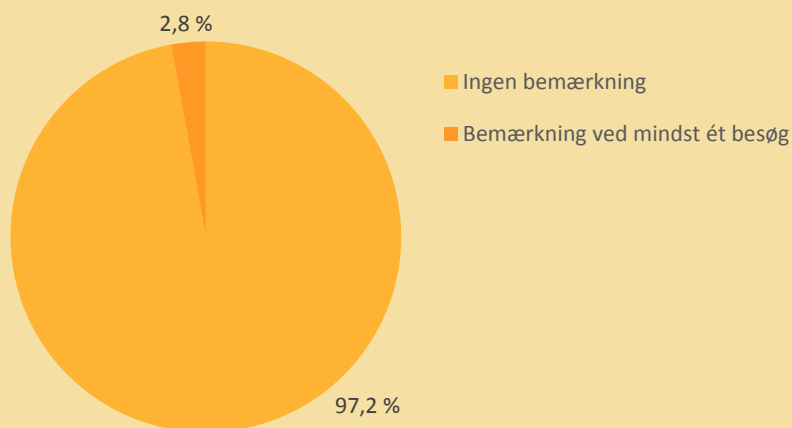




Figur 1. Andelen af børn med bemærkning til forældrenes rolle i forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår i TM-data (N=11.765)



Figur 2. Andelen af børn med bemærkning til barnets reaktion i forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår i NV-data (N=9.188)

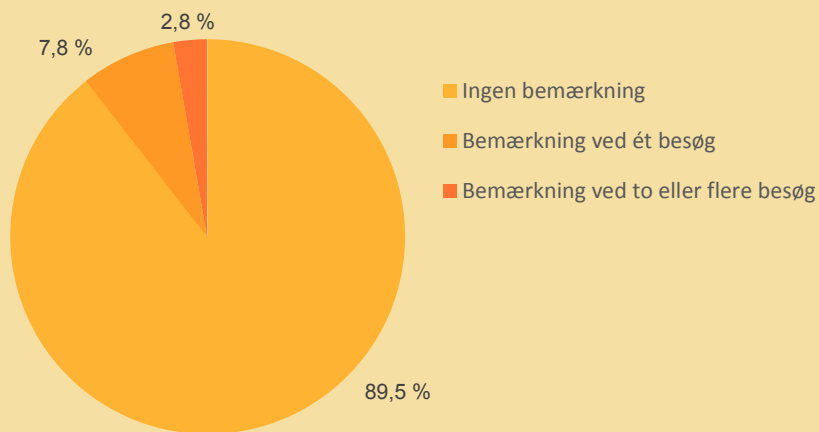


Figur 3 og 4 viser fordelingen af børn efter antallet af besøg med bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår. Af figur 3 fremgår det, at hovedparten af de 10,5 % af børnene med bemærkning til forældre-barn relationen i

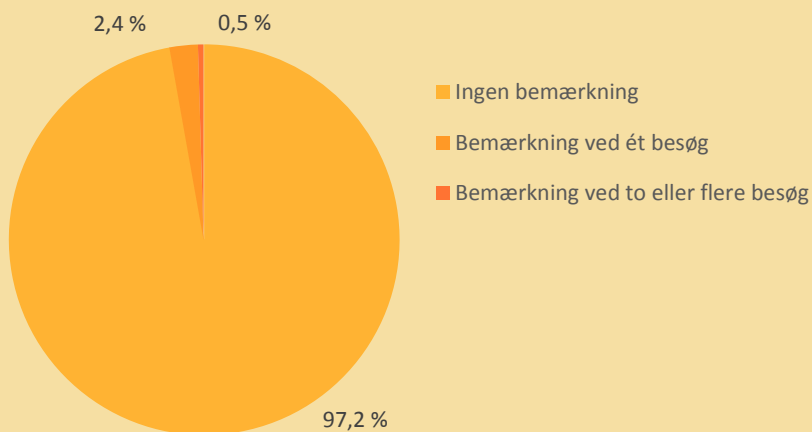
TM-data kun har bemærkning ved ét besøg i første leveår (7,8 %). For kun 2,8 % af børnene er der bemærkning til forældre-barn relationen ved to eller flere af de standardiserede besøg. I NV-data viser det samme billede sig, hvor



Figur 3. Andelen af børn med bemærkning til forældrenes rolle i forældre-barn relationen i første leveår i TM-data (N=11.765)

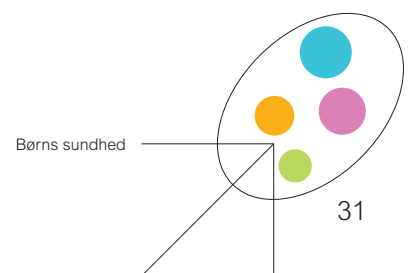


Figur 4. Andelen af børn med bemærkning til barnets reaktion i forældre-barn relationen i første leveår i NV-data (N=9.188)



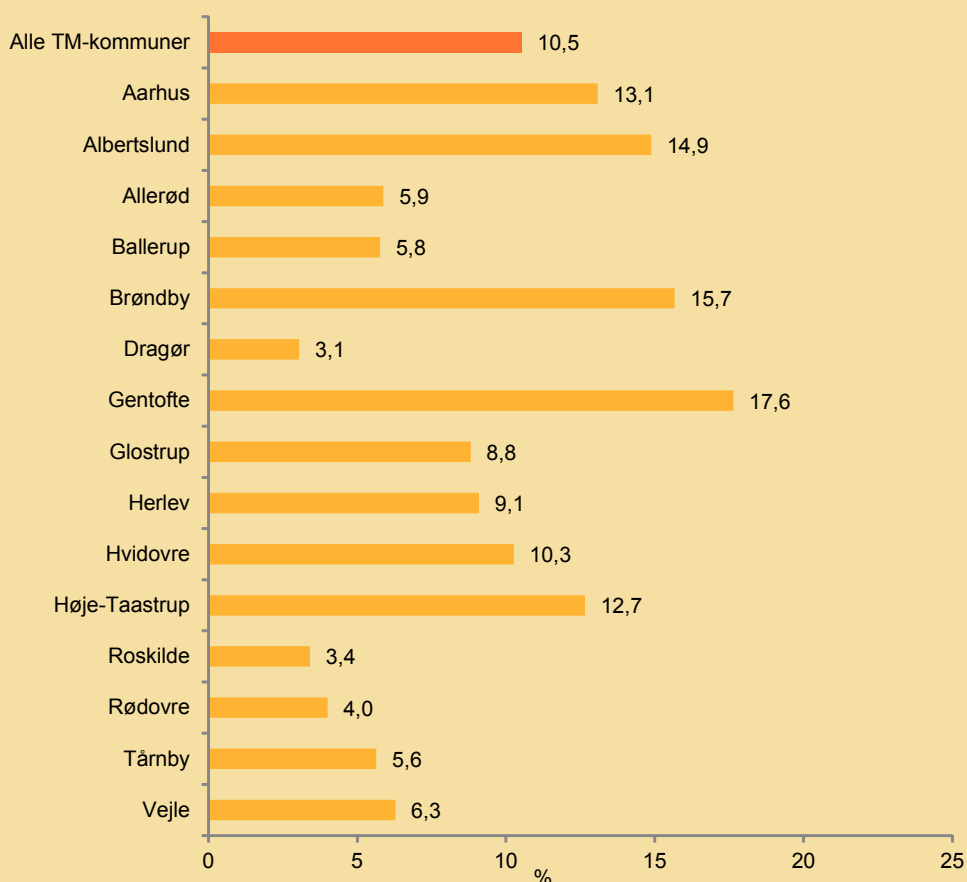
2,4 % af børnene har bemærkning til forældre-barn relationen ved ét besøg i første leveår, og 0,5 % har bemærkning ved to eller flere af de standardiserede besøg. Bemærk, at denne opgørelse kun omfatter de standardiserede fire besøg (A-, B-, C- og D-besøget). Der kan være

bemærkninger til forældre-barn relationen ved mange flere besøg, for eksempel behovsbesøg udløst af en problematisk forældre-barn relation, uden at det kan ses i datasættet.





Figur 5. Andelen af børn med mindst ét besøg med bemærkning til forældrenes rolle i forældre-barn relationen i første leveår opdelt på TM-kommuner (N=11.765)



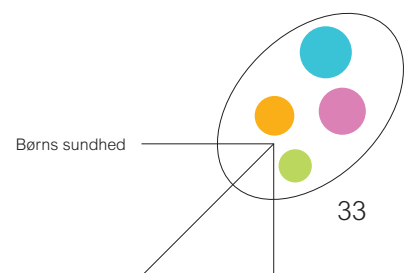
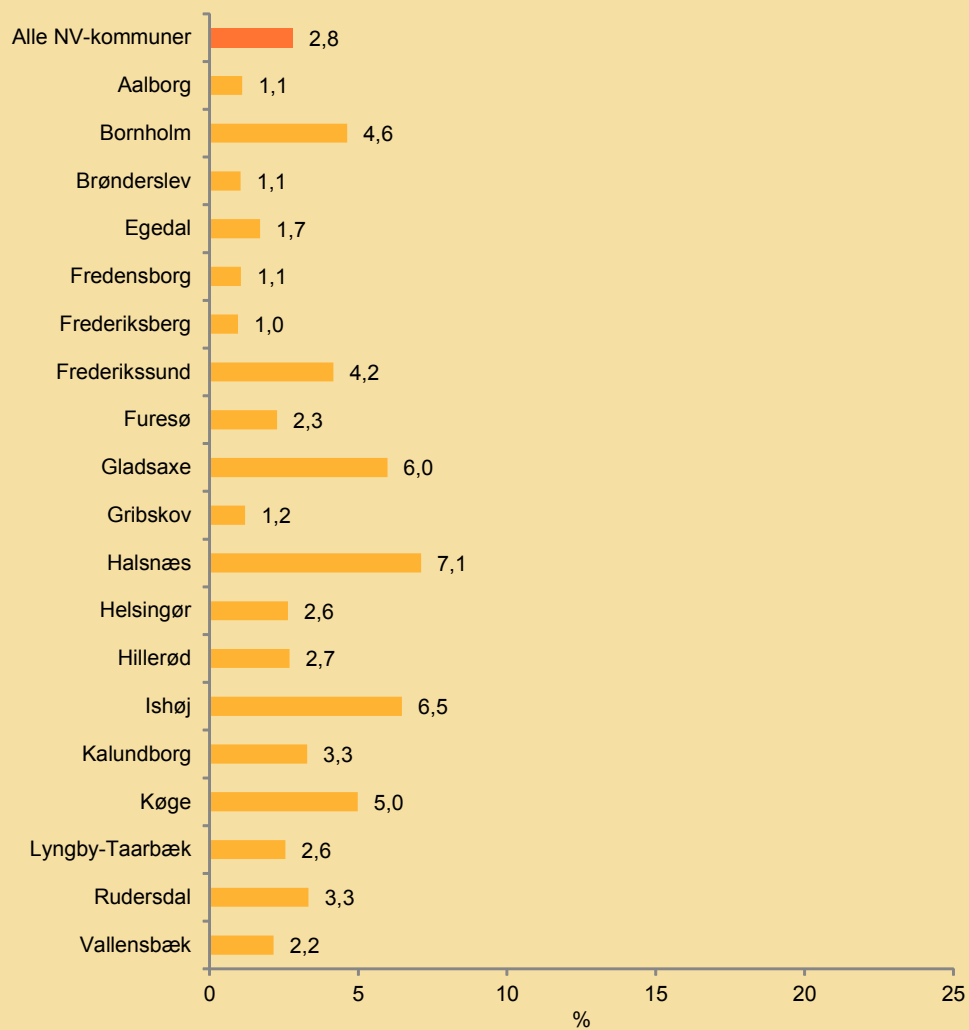
Figur 5 og 6 viser andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår opdelt på kommune.

Figur 5 viser, at blandt TM-kommuner, så har Gentofte, Brøndby og Albertslund den højeste andel af børn med mindst ét besøg med bemærkning til forældre-barn relationen. Derudover viser figuren, at Dragør, Roskilde og Rødovre har den laveste andel af børn med mindst ét besøg med bemærkning til forældre-barn

relationen i første leveår. Figur 6 viser, at blandt NV-kommuner har Halsnæs, Ishøj og Gladsaxe den højeste andel af børn med mindst ét besøg med bemærkning til forældre-barn relationen og Frederiksberg, Fredensborg, Aalborg og Brønderslev har den laveste andel. Den store forskel i andel af bemærkninger til forældre-barn relationen i TM og NV-data er en naturlig følge af, at TM og NV belyser forældre-barn relationen med hvert sit udgangspunkt.

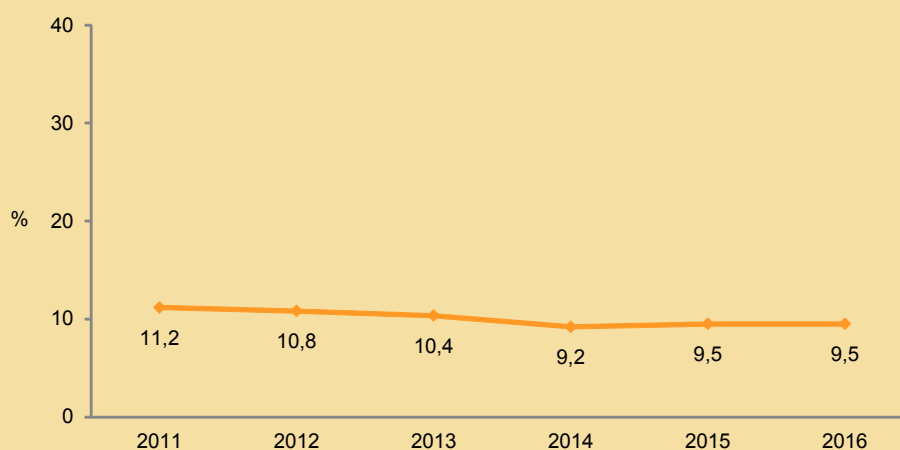


Figur 6. Andelen af børn med mindst ét besøg med bemærkning til barnets reaktion i forældre-barn relationen i første leveår opdelt på NV-kommuner (N=9.188)





Figur 7. Forekomsten af børn med bemærkning til forældrenes rolle i forældre-barn relation ved mindst ét besøg i første leveår fra 2011-2016 (12 TM-kommuner*).



*De 12 TM-kommuner, der har indgået i Databasen Børns Sundhed i alle seks år. Det vil sige Albertslund, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Roskilde, Rødovre og Tårnby

Figur 7 viser udviklingen i andelen af børn med bemærkning til forældrenes rolle i forældre-barn relationen i første leveår i perioden 2011-2016. 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 analyseres udviklingen over tid i de 12 TM-kommuner, der har været med alle de seneste seks år.

Figuren viser, at andelen af børn med bemærkning til forældrenes rolle i forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår i perioden 2011-2016 har svinget mellem 11,2 %

og 9,2 %. Andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen var højest i 2011 og lavest i 2014. Af figuren ses, at andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår ikke har ændret sig væsentligt de seneste par år.

Tabel 4 viser antallet og andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen ved de enkelte besøg. Af tabellen fremgår det, at der i TM-data er 3,4 % af børnene, der har bemærkning til forældre-barn relationen ved A-besøget, 5,6 % ved B-besøget, 4,9 % ved C-besøget og 4,2 % ved D-besøget. Tabellen viser dermed, at der fra B-besøget og ved de efterfølgende besøg er stort set den samme andel af børn med bemærkning til forældre-barn relationen i TM-data. I NV-data er det også især ved B-besøget, at der registreres en bemærkning til forældre-barn relationen (2,2 %), mens der i det foregående besøg og i de efterfølgende besøg ses en lavere

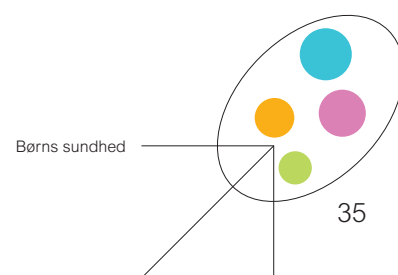


Tabel 4. Antallet og andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen ved A-, B-, C- og D-besøget

	Antal børn med oplysninger om forældre-barn relationen (N)	Antal børn med bemærkning til forældre-barn relationen (N)	Andel børn med bemærkning til forældre-barn relationen (%)
TM-data (N=11.765)			
A-besøget	10.626	363	3,4
B-besøget	10.128	567	5,6
C-besøget	6.390	314	4,9
D-besøget	9.866	410	4,2
NV-data (N=9.188)			
A-besøget	6.429	50	0,8
B-besøget	6.065	135	2,2
C-besøget	6.921	56	0,8
D-besøget	7.358	65	0,9

Forekomst (0,8 % ved A-C-besøget og 0,9 % ved D-besøget). Den store forskel i andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen i TM- og NV-data er en naturlig følge af, at TM og NV belyser forældre-barn relationen med hvert sit udgangspunkt.

For at undersøge, om bemærkningerne til forældrenes rolle i forældre-barn relationen er konstant over det første leveår, opgøres det, hvor stor en andel af børnene, der får bemærkning ved A-besøget, og som efterfølgende får bemærkning ved B-, C- og D-besøget. I TM-data er der 108 børn (30 %) af de 363 børn, der får bemærkning ved A-besøget, som også får bemærkning ved B-besøget, og 30 børn (8 %) der får gentagne bemærkninger ved A-, B- og C-besøget, mens det kun er 12 børn (3 %), som får bemærkninger ved både A-, B-, -C og D-besøget. I NV-data er det 15 børn (29 %) af de 51 børn, der får bemærkning ved A-besøget, som også får bemærkning ved B-besøget og 3 børn (6 %), der får bemærkning ved A-, B- og C-besøget, mens der ikke er nogle børn, der får gentagne bemærkninger ved A-, B-, C- og D-besøget. Desuden er det særligt ved B-besøget, at der registreres bemærkninger. Logistiske regressionsanalyser anvendes for at undersøge, om bemærkning til forældre-barn relationen ved det



(A-besøget) er en prædiktor for bemærkninger til forældre-barn relationen ved B-, C- og D-besøget i TM-data. Analyserne viser en elleve gange større risiko for, at der er bemærkning til forældre-barn relationen ved B-besøget, hvis der er bemærkning ved A-besøget. Risikoen er ni gange større ved C-besøget og otte gange større ved D-besøget, hvis der er bemærkning til forældre-barn relationen ved A-besøget (se bilag 2 tabel 6.1.1).

Opsamling

Når forældre-barn relationen betragtes med fokus på forældrene er der 10,5 % af børnene, der har bemærkning til forældrenes rolle i forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår. Andelen af børn med bemærkninger til forældre-barn relationen er jævnt fordelt over alle besøg. Kun meget få børn, nemlig 2,8 %, har bemærkning til forældrenes rolle i forældre-barn relationen ved mere end ét besøg i første leveår. Når forældre-barn relationen betragtes med fokus på barnet, er der 2,8 % af børnene, der har bemærkning til barnets reaktion i forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår, og 0,5 % har bemærkning til barnets reaktion i forældre-barn relationen ved mere end ét besøg i første leveår. Der er kommuneforskelle i andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen. I perioden 20011-2016 har andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen været stabil. Det er desuden få børn, der får gentagne bemærkninger, men for de børn er en bemærkning ved det første besøg stærkt prædiktivt for bemærkninger ved de senere besøg.

6.2 Sociodemografiske faktorer

Dette afsnit præsenterer tabeller og figurer, der viser andelen af børn, som har bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår for forskellige sociodemografiske grupper af børn. Dette illustreres via TM-data, hvor der er fokus på forældrenes rolle i forældre-barn relationen, og i NV-data hvor der er fokus på barnets reaktion i forældre-barn relationen. Data til at belyse de sociodemografiske faktorer er hentet fra forskellige registre.

Køn

I temarapportens population er 48,6 % af børnene piger og 51,4 % af børnene drenge. Tabel 5 viser andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen opdelt på køn. Tabellen viser, at der ikke er en signifikant kønsforskel i andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen, hverken i TM-data eller NV-data.

Familietype

I temarapportens population er der 87,4 % af børnene, der bor med begge forældre, mens 12,6 % kun bor med den ene forælder. Tabel 5 viser andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen opdelt på familietype. Analyserne viser en forhøjet forekomst af bemærkninger til forældre-barn relationen blandt børn, der ikke bor sammen med begge forældre. I TM-data er det 15,5 % af børnene, der ikke bor med begge forældre, og som har bemærkning til forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår, og blandt dem, der bor med begge forældre, er det 9,5 %, der har bemærkning til forældre-barn relationen. Denne signifikante forskel genfindes i NV-data om end med en lavere forekomst. I NV-data er der 4,8 % af børnene, der ikke bor med begge forældre, og som har

bemærkning til forældre-barn relationen, og blandt dem, der bor med begge forældre, er det 2,4 %. Børn, der ikke bor med begge forældre, har således en øget risiko for at få bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår. Denne øgede risiko forsvinder, når der tages højde for mors alder ved fødslen, forældrenes herkomst, forældrenes uddannelsesniveau og forældrenes erhvervstilknytning (bilag 2, tabel 6.2.1 og 6.2.2).

Forældrenes alder

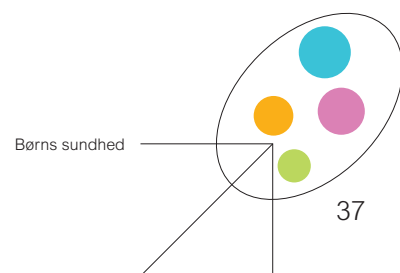
Størstedelen (95,4 %) af børnene i temarapporten har mødre, der er mellem 20 og 39 år, mens 1,0 % har mødre, der er under 20 år, og 3,6 % har mødre, der er 40 år eller ældre. Der er 87,1 % af børnene, der har fædre, der er mellem 20-39 år, mens der er 0,3 % af børnene, der har fædre, der er under 20 år, og 12,7 % af børnene, der har fædre, der er 40 år eller ældre.

Tabel 5 viser andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen efter mors og fars alder. I TM-data er forekomsten af bemærkninger til forældre-barn relationen højere blandt mødre, der er under 20 år (25,7 %). Andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår er også højere blandt børn af mødre, der er 40 år eller ældre (12,2 %), sammenlignet med børn af mødre, der er 30-39 år (9,4 %). Der ses således en øget risiko for at få bemærkning til forældre-barn relationen blandt børn af unge og ældre mødre. Denne øgede risiko forsvinder, når der tages højde for familietype, mors herkomst, mors uddannelsesniveau og mors erhvervstilknytning (bilag 2, tabel 6.2.1). Det samme mønster gør sig gældende for fars alder ved fødslen, og den øgede risiko for de 20-29 årige bibeholdes, når der tages højde for familietype, fars herkomst,



fars uddannelsesniveau og fars erhvervstilknytning (bilag 2, tabel 6.2.1 og 6.2.2).

Fordeelingen er stort set den samme for børnenes reaktion i NV-data, men forskellene er ikke statistisk signifikante.





Tabel 5. Andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår efter sociodemografiske variable

TM-data		Andelen af børn med bemærkning til forældrenes rolle i forældre-barn relationen (%)
Køn (N=11.764)	Dreng	11,0
	Pige	10,0
Familietype* (N=11.018)	Bor med begge forældre	9,5
	Bor ikke med begge forældre	15,5
Mors alder* (N=11.415)	<20 år	25,7
	20-29 år	10,9
	30-39 år	9,4
	40 år eller ældre	12,2
Fars alder* (N=11.019)	<20 år	27,6
	20-29 år	11,3
	30-39 år	9,0
	40 år eller ældre	12,8
NV-data		Andelen af børn med bemærkning til barnets reaktion i forældre-barn relationen (%)
Køn (N=9.188)	Dreng	2,9
	Pige	2,7
Familietype* (N=8.733)	Bor med begge forældre	2,4
	Bor ikke med begge forældre	4,8
Mors alder (N=8.943)	<20 år	4,3
	20-29 år	2,9
	30-39 år	2,5
	40 år eller ældre	3,4
Fars alder (N=8.733)	<20 år	4,6
	20-29 år	2,5
	30-39 år	2,7
	40 år eller ældre	3,5

Forældrenes herkomst

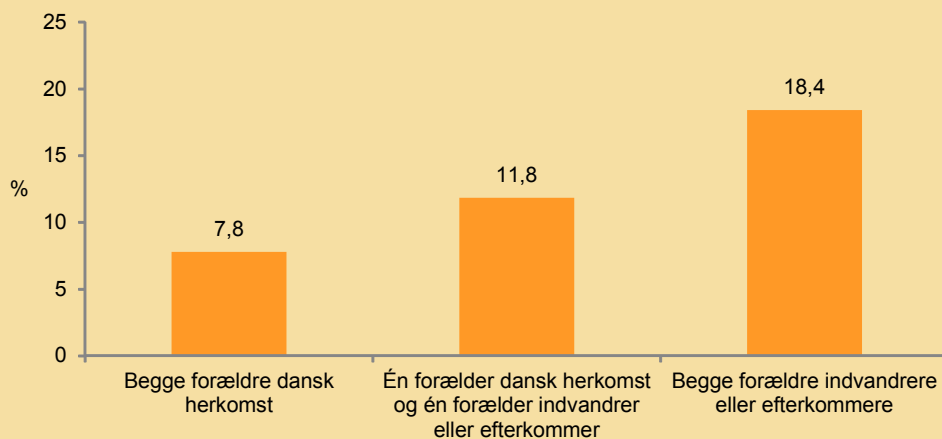
Personer med dansk herkomst er defineret som personer, hvor mindst én af forældrene er dansk statsborger eller født i Danmark. Indvandrere defineres som børn født i udlandet af forældre, der hverken er danske statsborgere eller er født i Danmark. Efterkommere defineres som personer, der er født i Danmark af forældre, der hverken er danske statsborgere eller født i Danmark. De fleste børn i temarapporten, i alt 70,9 %, er

fra familier, hvor begge forældre er af dansk herkomst, 10,4 % har én forælder af dansk herkomst og én forælder, der er indvandrer eller efterkommer, mens 18,7 % er fra familier, hvor begge forældre er indvandrere eller efterkommere.

Figur 8 og 9 viser andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen efter forældrenes herkomst. Af tabellen ses, at der i TM-data er 18,4 % af børnene, hvor begge

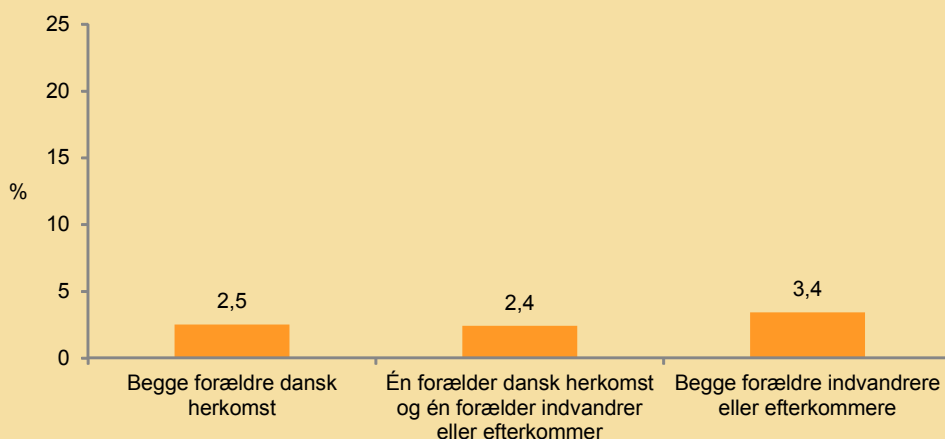


Figur 8. Andelen af børn med bemærkning til forældrenes rolle i forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår efter forældrenes herkomst i TM-data (N=11.143).



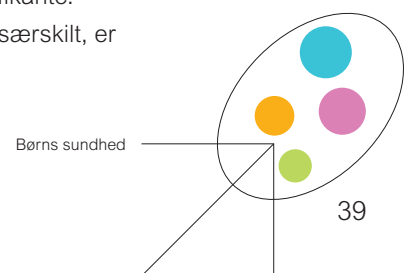
Forskellen i andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen er statistisk signifikant

Figur 9. Andelen af børn med bemærkning til barnets reaktion i forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår efter forældrenes herkomst i NV-data (N=8.825)



forældre er indvandrere eller efterkommere, der har bemærkning til forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår. Denne andel er henholdsvis 7,8 % blandt børn, hvor begge forældre er af dansk herkomst, og 11,8 % blandt børn, hvor den ene forælder er indvandrer eller

efterkommer, og den anden er af dansk herkomst. Denne øgede risiko genfindes i de logistiske regressionsanalyser (bilag 2, tabel 6.2.1). Fordelingen er stort set den samme for NV-data, men forskellene er ikke statistisk signifikante. Når mors og fars herkomst betragtes særskilt, er





fordelingerne stort set de samme (data ikke vist). Den store forskel i andelen af bemærkninger til forældre-barn relationen i TM og NV-data er en naturlig følge af, at TM og NV belyser forældre-barn relationen med hvert sit udgangspunkt.

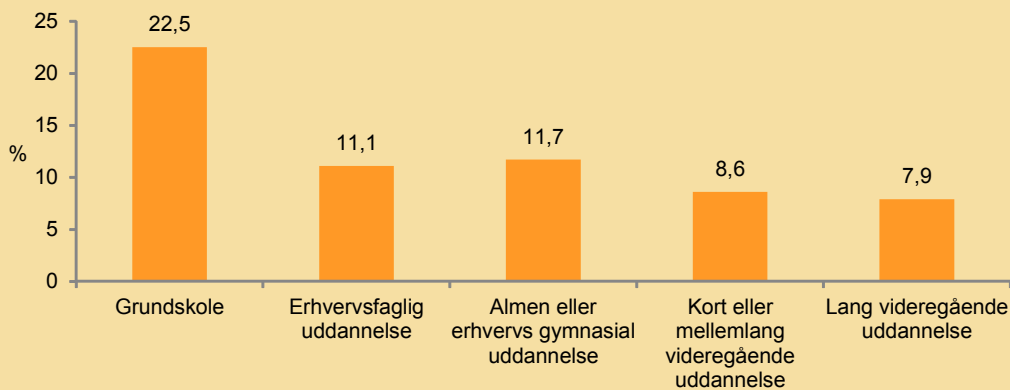
Forældrenes uddannelsesniveau

I temarapportens population har 7,0 % af børnenes forældre højst en grundskoleuddannelse, 19,5 % har højst en erhvervsfaglig uddannelse, 7,5 % har højst en almen- eller erhvervsfaglig gymnasialuddannelse, 27,5 % har højst en kort eller mellemlang uddannelse, og 38,6 % har en lang videregående uddannelse.

Figur 10 og 11 viser andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen efter forældrenes højst fuldførte uddannelse. I TM-data er andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen 22,5 % for børn, hvis forældre højst har en grundskoleuddannelse, og 7,9 % for børn, hvis forældre har en lang videregående uddannelse. I NV-data er andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen 5,6 % for børn, hvis forældre højst har en grundskoleuddannelse, og 2,0 % for børn, hvis forældre har en lang videregående uddannelse. Når mors og fars uddannelsesniveau betragtes særskilt, er fordelingerne stort set de samme (data ikke vist). Den øgede risiko for at få bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår, jo lavere en uddannelse barnets forældre har, er stadig

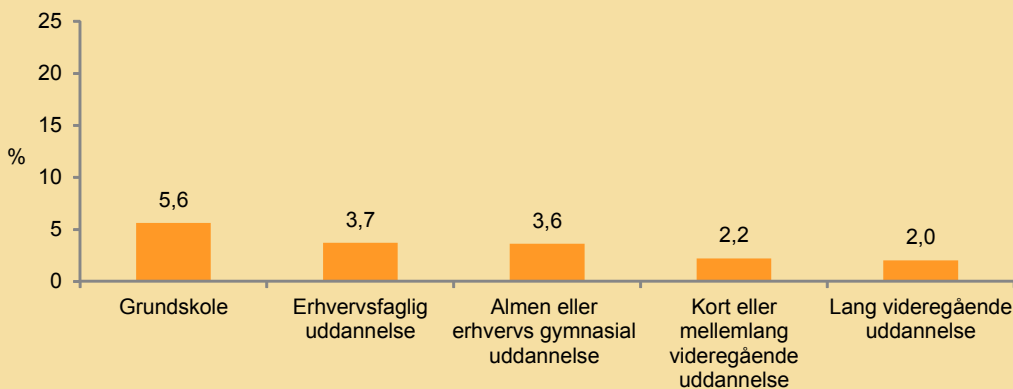


Figur 10. Andelen af børn med bemærkning til forældres rolle i forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår efter forældrenes højeste uddannelse i TM-data (N=11.061)



Forskellen i andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen er statistisk signifikant

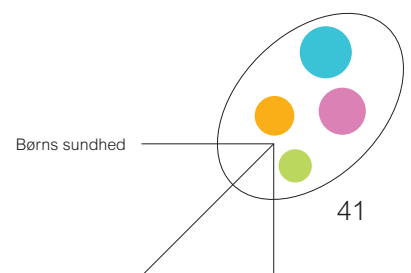
Figur 11. Andelen af børn med bemærkning til barnets reaktion i forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår efter forældrenes højeste uddannelse i NV-data (N=8.534)



Forskellen i andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen er statistisk signifikant

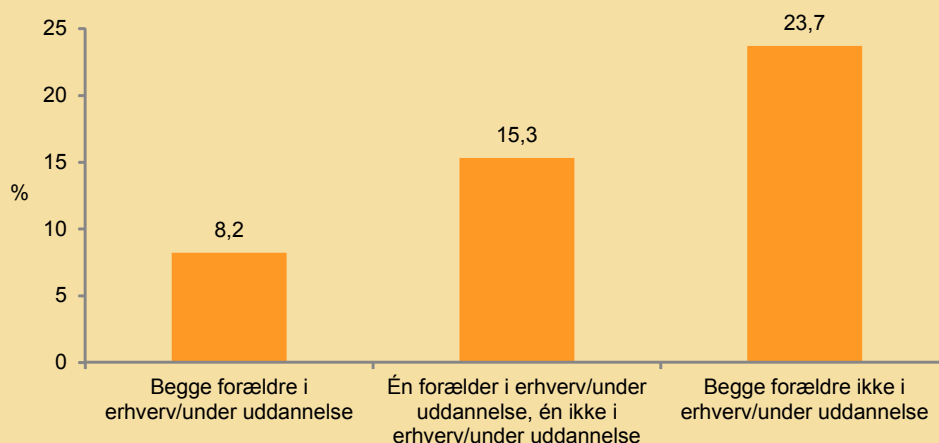
statistisk signifikant, når der tages højde for forældrenes herkomst og forældrenes alder. Analyserne viser, at den øgede risiko for børn af forældre, der højst har en grundskoleuddannelse i TM-data bibeholdes, og for NV-data bibeholdes

den for børn både med forældre, der højst har en grundskoleuddannelse eller en erhvervsfaglig uddannelse (bilag 2, tabel 6.2.1 og 6.2.2).





Figur 12. Andelen af børn med bemærkning til forældres rolle i forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår efter forældrenes erhvervstilknytning i TM-data (N=10.055)



Forskellen i andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen er statistisk signifikant

Forældrenes tilknytning til arbejdsmarkedet

I temarapportens population var 86,7 % af forældrene begge i erhverv eller under uddannelse året før, at børnene blev født i, 10,4 % af familierne var én forælder i arbejde og én uden for arbejdsmarkedet, og i 2,9 % af familierne var begge forældre hverken i erhverv eller under uddannelse.

Figur 12 og 13 viser andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen efter forældrenes tilknytning til arbejdsmarkedet. Af figurerne ses en øget risiko for at få bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår, hvis begge forældre hverken var i erhverv eller under uddannelse året før, at barnet blev født. Tabellen viser, at 23,7 % af børnene i TM-data, hvis forældre hverken var i erhverv eller under uddannelse, året før de blev født, har bemærkning til forældre-barn relationen. Denne andel er 8,2 % for børn, hvis begge forældre var i erhverv eller

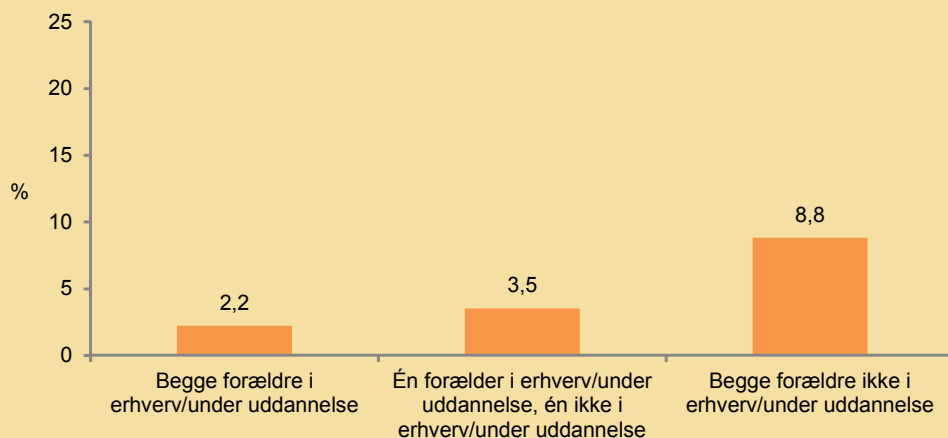
under uddannelse året før, de blev født. I NV-data

har 8,8 % af børnene, hvis forældre hverken var i erhverv eller under uddannelse, året før de blev født, bemærkning til forældre-barn relationen, mens 2,2 % af børnene, hvis forældre var i erhverv eller under uddannelse året før, de blev født, har bemærkning til forældre-barn relationen. Den øgede risiko for at få bemærkning til forældre-barn relationen i TM-data forbliver signifikant, når der tages højde for forældrenes herkomst, forældrenes uddannelse og forældrenes alder. I NV-data er det kun den øgede risiko for børn med forældre, der hverken er i erhverv





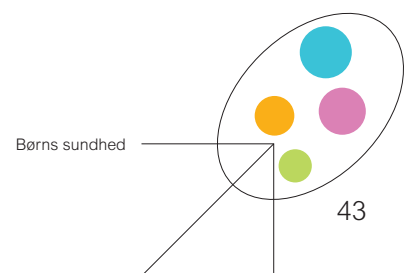
Figur 13. Andelen af børn med bemærkning til barnets reaktion i forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår efter forældrenes erhvervstilknytning i NV-data (N=7.944)



Forskellen i andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen er statistisk signifikant

Opsamling

Afsnittet vedrørende de sociodemografiske faktorer viser, at der er sociale forskelle i forældre-barn relationen, uanset om fokus er på forældrene eller barnet i forældre-barn relationen. Når der justeres for relevante sociodemografiske faktorer i analyserne med fokus på forældrene i forældre-barn relationen, er det dog kun børn, hvis fædre er 20-29 år, børn af forældre, der er indvandrere eller efterkommere, børn, hvis forældre højst har en grundskoleuddannelse, og børn, hvor begge forældre eller den ene forælder er uden for erhverv og uddannelse, der stadig har en statistisk signifikant øget risiko for at have bemærkning til forældres rolle i forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i barnets første leveår. Når der er fokus på barnet i forældre-barn relationen, er det kun børn, hvis forældre højst har en erhvervsfaglig eller grundskoleuddannelse, og børn, hvor begge forældre er uden for erhverv og uddannelse, der stadig har en statistisk signifikant øget risiko for at have bemærkning til barnets reaktion i forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i barnets første leveår. Det er således stort set de samme sociodemografiske parametre, som er afgørende for forældre-barn relationen, hvad enten den belyses ud fra forældrenes eller barnets perspektiv.





6.3 Socialt netværk og forældreskab

I dette afsnit præsenteres data, der viser andelen af børn, som har bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår efter forældrenes sociale netværk og forældreforudsætninger. Dette er der kun data på i TM-data, så forældre-barn relationen belyses kun med fokus på forældrene.

Socialt netværk

Et støttende socialt netværk er vigtigt for nybagte forældre, og undersøgelser viser, at det har en betydning for forældre-barn relationen. I TM-data-journalen registrerer sundhedsplejersken, om forældrene oplever at have et støttende socialt netværk. I TM-data er der 3,9 % af børnene, hvis forældre ikke har mulighed for at hente hjælp og støtte i deres sociale netværk. Tabel 6 viser, at andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen er højest blandt børn, hvis forældre mangler et støttende socialt netværk. Andelen med bemærkning til forældre-barn relationen er 16,7 % blandt børn, hvis forældre mangler et støttende socialt netværk. Blandt børn, hvis forældre har et socialt netværk, er andelen 9,9 %. Den øgede risiko for at få bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår, hvis forældrene mangler et støttende socialt netværk, forsvinder, når der tages højde for familietype, familiens herkomst, familiens uddannelsesnivea og familiens erhvervstilknytning (bilag 2, tabel 6.3.1).

Forældreskab

I TM-data-journalen registrerer sundhedsplejersken, om der er bekymrende eller problematiske forudsætninger for forældreskabet. Der sættes kryds i ja, hvis forældrene har haft oplevelser/belastninger i barndommen, i ungdommen og/eller som voksne, der kan påvirke eget forældreskab. For eksempel hvis en forælder har været anbragt uden for hjemmet, været udsat for omsorgssvigt herunder incest, traumer, eller har mistet egne forældre ved dødsfald. Det er ikke for alle børn,



Tabel 6. Andelen af børn med bemærkning til forældrenes rolle i forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår, efter om der er registreret bemærkning til forældrenes netværk og bekymrende forudsætninger for forældreskabet

TM-data		Andelen af børn med bemærkning til forældrenes rolle i forældre-barn relationen (%)
Manglende støttende socialt netværk* (N=6.984)	Ja	16,7
	Nej	9,9
Bekymrende forældreforudsætninger* (N=6.423)	Ja	25,8
	Nej	7,9

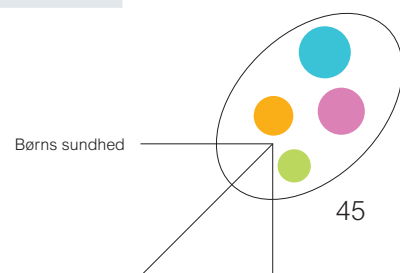
* Forskellen i andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen er statistisk signifikant

at sundhedsplejersken registrerer, hvorvidt der er bekymrende forudsætninger for forældreskabet. Det betyder, at der kun er oplysninger om 54,7 % af børnene. Analyserne er dermed udarbejdet på de børn, hvor sundhedsplejersken har vurderet, om der var bekymrende forudsætninger for forældreskabet. I TM-data er der 10,0 % af børnene, hvis forældre har bekymrende forudsætninger for forældreskabet. Tabel 6 viser, at andelen af børn med bemærkning til forældrenes rolle i forældre-barn relationen er højest blandt børn, hvis forældre har bekymrende forudsætninger for forældreskabet. Andelen med bemærkning til forældre-barn relationen er 25,8 % blandt børn, hvis forældre har bekymrende forældreforudsætninger. Blandt børn, hvis forældre ikke har bekymrende forældreforudsætninger, er andelen 7,9 %. Den øgede risiko for at få bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår, hvis sundhedsplejersken har vurderet, at forældrene har bekymrende forudsætninger for forældreskabet, forbliver statistisk signifikant, når der tages højde for familietype, familiens herkomst, familiens uddannelsesnivea, familiens erhvervstilknytning og forældrenes sociale netværk (bilag 2, tabel 6.3.1).



Opsamling

I afsnittet om socialt netværk og forældreskab viser analyserne, at de børn, hvis forældre, sundhedsplejersken vurderer, har bekymrende forudsætninger for forældreskabet, har en øget risiko for at få bemærkning til forældrenes rolle i forældre-barn relationen i det første leveår.



6.4 Faktorer relateret til graviditet og fødsel

Dette afsnit præsenterer tabeller og figurer, der viser andelen af børn, som har bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår for forskellige faktorer relateret til graviditet og fødsel. Dette illustreres via TM-data, hvor forældrenes rolle i forældre-barn relationen belyses, og i NV-data hvor barnets reaktion i forældre-barn relationen belyses. Data om graviditets- og fødselsrelaterede faktorer er hentet fra register.

Komplikationer i graviditeten

I temarapportens population er der 10,9 % af familierne, der har haft komplikationer i forbindelse med graviditeten. Tabel 7 viser andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen opdelt efter, om der har været graviditetskomplikationer. Både i TM-data og i NV-data ses det, at der er en større andel af børn, hvor mødrene har haft graviditetskomplikationer, med bemærkning til forældre-barn relationen. I TM-data har 13,0 % af børnene, hvor der er registreret graviditetskomplikationer, bemærkning til forældre-barn relationen. Denne andel er 10,2 % blandt børn, hvor der ikke er registreret graviditetskomplikationer. Den samme forskel gør sig gældende for NV-data, hvor 6,1 % af børnene, hvortil der er registreret graviditetskomplikationer, har en bemærkning til forældre-barn relationen. Denne andel er 2,4 % blandt børnene, hvor der ikke er registreret graviditetskomplikationer. Den øgede risiko for at få bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår i både TM-data og NV-data, hvis der har været komplikationer i graviditeten, forbliver signifikant, når der tages højde for mors alder (bilag 2, tabel 6.4.1 og 6.4.2).

Komplikationer ved fødslen

I temarapportens population er der 6,2 % af familierne, hvor der er registreret fødselskomplikationer. Tabel 7 viser andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen opdelt efter, om der har været fødselskomplikationer. Hverken i TM-data eller i NV-data ses der en statistisk signifikant forskel i andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen efter, om der er registreret fødselskomplikationer.

Flerfødsel

I temarapportens population er der 3,6 % af børnene, der er flerfødte. Tabel 7 viser andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen opdelt efter, om barnet er flerfødt. I TM-data ses der ingen forskel i andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen blandt børn, der er flerfødt, og blandt børn, der er enkeltfødt, mens der i NV-data ses en større andel af børn med bemærkning til forældre-barn relationen blandt børn, der er flerfødt. Blandt børn i NV-data, der er flerfødt, har 9,2 % bemærkning til forældre-barn relationen. Denne andel er 2,6 % blandt børn i NV-data, der er enkeltfødt. Den øgede risiko for at få bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår i NV-data, hvis barnet er født ved flerfødsel, forbliver signifikant i de logistiske regressionsanalyser (bilag 2, tabel 6.4.2).

Gestationsalder

I temarapportens population er der 6,0 % af børnene, der er født før 37. gestationsuge. Tabel 7 viser andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen efter gestationsalder. I TM-data ses der ingen forskel i andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen efter gestationsalder, mens der i NV-data ses

en større andel af børn med bemærkning til forældre-barn relationen blandt børn, der er født før 37. gestationsuge. Blandt børn i NV-data, der er født før uge 37, har 12,4 % bemærkning til forældre-barn relationen. Denne andel er 2,2 % blandt børn i NV-data, der er født i uge 37 eller senere. Den øgede risiko for at få bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår i NV-data, hvis barnet er født før 37. gestationsuge, forbliver signifikant, når der tages højde for fødselsvægt, mors alder ved fødsel og mors uddannelse (bilag 2, tabel 6.4.2).

Fødselsvægt

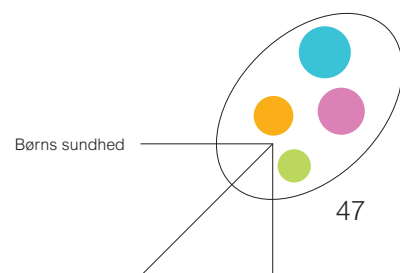
I temarapportens population har størstedelen af børnene en fødselsvægt på mellem 2.500 og 3.999 gram (79,3 %). Der er 4,9 % af børnene, der har en fødselsvægt på under 2.500 gram, og 15,9 %, der har en fødselsvægt på 4.000 gram eller mere. Tabel 7 viser andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen efter barnets fødselsvægt. I TM-data ses der ingen forskel i andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen efter fødselsvægt, mens der i NV-data ses en større andel af børn med bemærkning til forældre-barn relationen blandt børn, der har en fødselsvægt på under 2.500 gram. Blandt børn i NV-data med en fødselsvægt på under 2.500 gram har 12,9 % bemærkning til forældre-barn relationen. Denne andel er henholdsvis 2,4 % og 1,8 % blandt børn i NV-data, der har en fødselsvægt på 2.500-3.999 gram og 4.000 gram eller mere. Den øgede risiko for at få bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår i NV-data, hvis barnet er under 2.500 gram, forbliver signifikant, når der tages højde for mors alder ved fødsel, gestationsalder og flerfødsel (bilag 2, tabel 6.4.2).

Kejsersnit

I temarapportens population er 19,8 % af børnene født ved kejsersnit. Tabel 7 viser andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår efter, om barnet er født ved kejsersnit. I NV-data ses det, at der er en større andel børn med bemærkning til forældre-barn relationen blandt børn, der er født ved kejsersnit. Dette gør sig ikke gældende i TM-data. I NV-data har 5,5 % af børnene, der er født ved kejsersnit, bemærkning til forældre-barn relationen. Denne andel er 2,2 % blandt børnene i NV-data, der ikke er født ved kejsersnit. Den øgede risiko for at få bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår i NV-data, hvis barnet er født ved kejsersnit, forbliver signifikant, når der tages højde for komplikationer ved fødsel, flerfødsel, gestationsalder og fødselsvægt (bilag 2, tabel 6.4.2).

Mors paritet

I temarapportens population er 48,1 % af børnene deres mors førstefødte. Tabel 7 viser andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen efter, om barnet er førstefødt. I TM-data ses det, at der er en større andel børn med bemærkning til forældre-barn relationen blandt børn, der er deres mors førstefødte. Dette gør sig ikke gældende i NV-data. I TM-data har 11,9 % af børnene, der er førstefødte, bemærkning til forældre-barn relationen. Denne andel er 9,3 % blandt børn, der ikke er førstefødte. Den øgede risiko for at få bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår i TM-data, hvis barnet er førstefødt, forbliver signifikant i de logistiske regressionsanalyser (bilag 2, tabel 6.4.1).





Apgarscore

De fleste børn i populationen har en apgarscore på mindst ni point fem minutter efter fødslen, kun 2,6 % har en apgarscore på under ni point. Tabel 7 viser andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen efter barnets apgarscore fem minutter efter fødslen. Tabellen viser, at der i NV-data er en forhøjet forekomst af bemærkninger til forældre-barn relationen blandt børn med en apgarscore på under ni point fem minutter efter fødslen. For TM-data ses ligeledes en forhøjet forekomst, men der er ikke statistisk signifikant forskel i andelen af bemærkninger. I NV-data har 6,1 % af børnene med en apgarscore på under ni point bemærkning til forældre-barn relationen. Blandt børn med en apgarscore på ni eller ti point er denne andel 2,6 % i NV-data. Den øgede risiko for at få bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår i NV-data, hvis barnet har en apgarscore på under ni point fem minutter efter fødslen, forsvinder, når der tages højde for komplikationer ved fødsel, flerfødsel, gestationsalder, fødselsvægt (bilag 2, tabel 6.4.2).

Medfødte misdannelser

I temarapportens population er der 7,2 % af børnene, der har medfødte misdannelser. Misdannelser ved fødslen er indhentet via Det Medicinske Fødselsregister og indbefatter alle

Q-diagnoserne fra WHO's sygdomsklassifikation (ICD-10). De tre hyppigst medfødte misdannelser i 2016 er kort tungebånd (Q381), asymmetrisk hovedform (Q673) og medfødte misdannelser i hoften (Q658). Tabel 7 viser andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen opdelt efter, om barnet har medfødte misdannelser. Der er ingen statistisk signifikant forskel i andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen blandt børn med og uden medfødte misdannelser i hverken TM-data og NV-data.

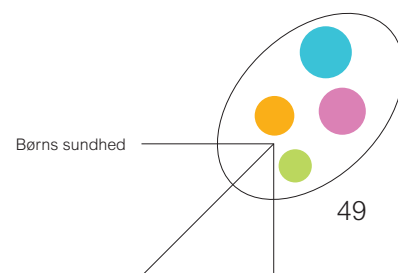
Opsamling

Afsnittet vedrørende faktorer relateret til graviditet og fødsel viser, at der er forskellige sammenhænge afhængigt af, om der er fokus på forældrene eller barnet i forældre-barn relationen. Når der i analyserne, hvor der er fokus på forældrene i forældre-barn relationen, justeres for relevante sociodemografiske faktorer og faktorer relateret til graviditet og fødsel, er det kun børn af mødre, der har oplevet komplikationer i graviditeten, og børn, der er førstefødte, der har en øget risiko for at have bemærkning til forældre-barn relationen. Når forældre-barn relationen med fokus på barnet betragtes, er der en forhøjet andel med bemærkning til forældre-barn relationen blandt børn af mødre, der har oplevet komplikationer i graviditeten, børn, der er flerfødt, født før uge 37, født med en fødselsvægt, der er mindre end 2.500 gram, og født ved kejsersnit. Det er således tydeligt, at der er forskel på, hvad der påvirker forældre-barn relationen i TM-data og NV-data, når der er fokus på graviditets- og fødselsfaktorer, fordi data afdækker relationen fra forskellige vinkler, henholdsvis forældrenes og barnets.

Tabel 7. Andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår efter faktorer relateret til graviditet og fødslen

TM-data		Andelen af børn med bemærkning til forældrenes rolle i forældre-barn relationen (%)
Komplikationer i graviditet* (N=11.765)	Nej	10,2
	Ja	13,0
Komplikationer ved fødslen (N=11.765)	Nej	10,6
	Ja	10,1
Flerfødsel (N=11.622)	Enkelfødsel	10,6
	Flerfødsel	10,0
Gestationsalder (N=11.455)	Født i uge 37 eller senere	10,6
	Født før uge 37	10,6
Fødselsvægt (N=11.447)	Mindre end 2.500 g.	11,8
	2.500-3.999 g.	10,7
	4.000 g. eller mere	9,2
Kejsersnit (N=11.765)	Ikke kejsersnit	10,2
	Kejsersnit	11,8
Mors paritet* (N=11.452)	Førstefødte	11,9
	Ikke førstefødte	9,3
Apgarscore (N=11.334)	Under 9	15,0
	9 eller 10	10,4
Medfødte misdannelser (N=11.765)	Nej	10,5
	Ja	11,5
NV-data		Andelen af børn med bemærkning til barnets reaktion i forældre-barn relationen (%)
Komplikationer i graviditet* (N=9.188)	Nej	2,4
	Ja	6,1
Komplikationer ved fødslen (N=9.188)	Nej	2,7
	Ja	3,7
Flerfødsel* (N=9.101)	Enkelfødsel	2,6
	Flerfødsel	9,2
Gestationsalder* (N=8.955)	Født i uge 37 eller senere	2,2
	Født før uge 37	12,4
Fødselsvægt* (N=8.932)	Mindre end 2.500 g.	12,9
	2.500-3.999 g.	2,4
	4.000 g. eller mere	1,8
Kejsersnit* (N=9.188)	Ikke kejsersnit	2,2
	Kejsersnit	5,5
Mors paritet (N=8.954)	Førstefødte	3,1
	Ikke førstefødte	2,5
Apgarscore* (N=8.908)	Under 9	6,1
	9 eller 10	2,6
Medfødte misdannelser (N=9.188)	Nej	2,7
	Ja	4,3

* Forskellen i andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen er statistisk signifikant





Tabel 8. Andelen af børn, der ikke er ammet fuldt i mindst fire måneder, efter om der er bemærkning til forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i de første fire måneder

TM-data	Andelen af børn, der <u>ikke</u> er ammet fuldt i fire måneder (%)
Bemærkning til forældrenes rolle i forældre-barn relationen* (N=9.448)	
Nej	34,0
Ja	50,0
NV-data	
Bemærkning til barnets reaktion i forældre-barn relationen* (N=6.530)	
Nej	40,5
Ja	63,4

* Forskellen i andelen af børn, der ikke er ammet fuldt i fire måneder, er statistisk signifikant

6.5 Amning

I det følgende afsnit undersøges om bemærkning til forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i de første fire måneder (A- og B-besøget) er en prædikator for, at børn ikke ammes fuldt i mindst fire måneder. Dette illustreres i TM-data, hvor forældrenes rolle i forældre-barn relationen belyses, og i NV-data, hvor barnets reaktion i forældre-barn relationen belyses.

Fuld amning ved fire måneder

Fuld amning er registeret i henhold til Sundhedsstyrelsens vejledning (Sundhedsstyrelsen 2011 og Sundhedsstyrelsen 2018b). Blandt børnene i rapporten blev 62,2 % ammet fuldt i mindst fire måneder, hvilket vil sige, at 37,8 % af børnene ikke blev ammet fuldt i fire måneder. Tabel 8 viser andelen af børn, der ammes fuldt i mindre end fire måneder efter, om der er bemærkning til forældre-barn relationen ved A- og/eller B-besøget. Analyserne viser, at der er en forhøjet forekomst af børn, der ikke er ammet fuldt i mindst fire måneder blandt børn, der har bemærkning til forældre-barn relationen i både TM-data og NV-data. I TM-data er der 50,0 % af børnene, der har bemærkning til forældre-barn relationen, som ikke ammes fuldt i fire måneder. Denne andel er 34,0 % blandt børn i TM-data, der ikke har bemærkning til forældre-barn relationen.

Den samme tendens ses i NV-data, hvor der er 63,4 % af børnene, der har bemærkning til forældre-barn relationen, der ikke ammes fuldt i mindst fire måneder, hvilket er gældende for 40,5 % af børnene i NV-data, der ikke har bemærkning til forældre-barn relationen. Den øgede risiko for ikke at blive ammet fuldt i mindst fire måneder, hvis der er bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår, forbliver statistisk signifikant, når der tages højde for mors alder, familietype, familiens herkomst, familiens uddannelse, familiens erhvervstilknøpling, gestationsalder, om barnet er flerfødt, om barnet har medfødte misdannelser og mors psykiske tilstand bilag 2, tabel 6.5.1).

Opsamling

Afsnittet vedrørende amning viser, at der er en forhøjet forekomst af børn, der ikke er ammet fuldt i mindst fire måneder, blandt børn, der har bemærkning til forældre-barn relationen, uanset om der er fokus på forældrene eller barnet i forældre-barn relationen.



Tabel 9. Vægtstatus ved seks- til timånedersalderen efter bemærkning til forældre-barn relationen

	Vægtstatus			
	Andel undervægtige børn (%)	Andel normalvægtige børn (%)	Andel børn i risiko for overvægt (%)	Andel overvægtige/svært overvægtige børn (%)
TM-data				
Bemærkning til forældrenes rolle i forældre-barn relationen (N=10.145)				
Nej	2,0	75,1	17,8	5,1
Ja	2,4	74,7	18,2	4,7
NV-data				
Bemærkning til barnets reaktion i forældre-barn relationen* (N=8.028)				
Nej	1,5	76,7	17,4	4,4
Ja	4,3	70,8	19,7	5,2

* Forskellen i andelen af børn i de forskellige vægtkategorier er statistisk signifikant

6.6 Barnets trivsel og udvikling

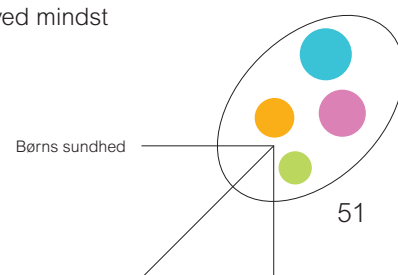
Dette afsnit har til formål at undersøge, om børn med bemærkning til forældre-barn relationen har flere samtidige udviklingsmæssige problemer. I afsnittet betragtes forældre-barn relationen som en prædiktor for trivsels- og vækstfaktorerne. Dette illustreres i TM-data, hvor forældrenes rolle i forældre-barn relationen belyses, og i NV-data, hvor barnets reaktion i forældre-barn relationen belyses. Afsnittet er opbygget således, at områder, der er belyst i begge journaler (vækst, motorik og søvn), belyses først, opdelt på TM-data og NV-data. Herefter vil de områder, der kun er belyst i TM-data (signaler/reaktioner, uro/gråd, ernæring/spisning) blive belyst.

Barnets vækst

Sundhedsstyrelsen anbefaler brug af WHO-vækstreferencer ved monitorering af overvægt blandt små børn, og disse vil derfor blive anvendt i denne rapport. Vægtstatus er beregnet på baggrund af barnets køn, alder, vægt- og længdemål ved brug af BMI z-scores (Sjöberg et al. 2017), beregnet på baggrund af WHO-vækstreferencer til børn i alderen nul til fem år (de Onis

et al. 2012). Børnene er inddelt i kategorierne undervægtige, normalvægtig, i risiko for overvægt og overvægtige/svært overvægtige.

I rapporten er 1,8 % af børnene undervægtige, 75,7 % normalvægtige, 17,7 % i risiko for overvægt og 4,8 % overvægtige/svært overvægtige ved seks- til timånedersalderen. Tabel 9 viser, at der i TM-data ikke er forskel i andelen af børn i de fire vægtstatuskategorier, når disse inddeles efter om der er bemærkning til forældre-barn relationen. Blandt børn i NV-data med bemærkning til forældre-barn relationen ses en større andel af undervægtige børn set i forhold til børn, der ikke har bemærkning til forældre-barn relationen. Blandt børn med bemærkning til forældre-barn relationen er andelen af undervægtige børn 4,3 %. Denne andel er 1,5 % for børn, der ikke har nogen bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår. Den øgede risiko i NV-data for at være undervægtig ved seks- til timånedersalderen, hvis der har været bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår, forsvinder, når der tages højde for gestationsalder, flerfødt, fødselsvægt og fuld amning ved mindst fire måneder. (bilag 2, tabel 6.6.1).





Bemærkning til søvn, sprog og motorik

I begge journalsystemer er det muligt at angive bemærkninger til søvn, sprog og motorik. Når sammenhænge mellem forældre-barn relationen og søvn, sprog og motorik skal studeres kan det være vanskeligt at bestemme en eventuel årsagsretning, for eksempel om en problematisk forældre-barn relation fører til bemærkninger til søvn eller om problemer med søvn kan føre til en problematisk forældre-barn relation. I denne temarapport præsenteres analyserne, sådan at vi ser på, om bemærkninger til forældre-barn relationen fører til bemærkninger til søvn, sprog og motorik.

I temarapporten er der 9,5 % af børnene, der får bemærkning til søvn ved mindst ét besøg i første leveår. Tabel 10 viser en klart forhøjet forekomst af børn med bemærkning til søvn blandt børn, der har mindst én bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår. Blandt børn i TM-data, der har bemærkning til forældre-barn relationen, er der 28,1 % med bemærkning til søvn. Denne andel er 11,2 % blandt børn uden bemærkning til forældre-barn relationen. Blandt børn i NV-data, der har bemærkning til forældre-barn relationen, er der 33,1 % med bemærkning til søvn. Denne andel er 5,0 % blandt børn uden nogen bemærkning til forældre-barn relationen. Den øgede risiko for at få bemærkning til søvn, hvis der er bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår, forbliver signifikant, når der tages højde for familiens herkomst, familiens uddannelsesniveau, familiens erhvervstilknytning, gestationsalder, flerfødt, fødselsvægt, kejsersnit, paritet og medfødte misdannelser (bilag 2, tabel 6.6.2).

I temarapporten er der 4,8 % af børnene, der får bemærkning til sprog ved mindst ét besøg i første leveår. Tabel 10 viser en klart forhøjet forekomst af børn med bemærkning til sprog blandt børn, som har bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår. Blandt børn i TM-data, der har bemærkning til forældre-barn relationen, er der 17,0 % med bemærkning til sprog, og 4,5 % blandt børn uden bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår. Blandt børn i NV-data, der har bemærkning til forældre-barn relationen, er der 52,0 % med bemærkninger til sprog, og 2,1 % blandt børn uden bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår. Det vil sige, at der er en væsentlig højere forekomst i NV-data, hvilket kan tilskrives, at der i NV-data er et overlap mellem beskrivelsen af forældre-barn relationen og sprog og kommunikation, da der i forældre-barn variabelbeskrivelsen indgår pludren og kontakt (se tabel 3). Den øgede risiko for at få bemærkning til sprog, hvis der er bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår, forbliver signifikant, når der tages højde for familiens herkomst, familiens uddannelsesniveau, familiens erhvervstilknytning, gestationsalder, om barnet er flerfødt, fødselsvægt, kejsersnit, paritet og medfødte misdannelser (bilag 2, tabel 6.6.3).

Da der er en meget stor gruppe af børn (24,4 %), der har bemærkning til motorik ved mindst ét besøg i første leveår, har vi valgt at se på den lidt mindre gruppe af børn, hvor de motoriske problemer fremtræder lidt mere tydelige, nemlig børn der har bemærkning til deres motorik ved mindst to besøg i første leveår. I temarapportens population er der 6,1 % af børnene, der får bemærkning til deres motorik ved mindst to besøg i første leveår. Tabel 10 viser andelen af børn med bemærkning til barnets motorik ved mindst



Tabel 10. Andelen af børn med bemærkning til henholdsvis barnets søvn og sprog ved mindst ét besøg og bemærkning til barnets motorik ved mindst to besøg efter, om der er registreret bemærkning til forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår

TM-data	Andelen af børn med bemærkning til søvn (%)*	Andelen af børn med bemærkning til sprog (%)*	Andelen af børn med bemærkninger til motorik (%)*
Bemærkning til forældrenes rolle i forældre-barn relationen			
Nej	11,2	4,5	8,3
Ja	28,1	17,0	16,9
NV-data	Andelen af børn med bemærkning til søvn (%)*	Andelen af børn med bemærkning til sprog (%)*	Andelen af børn med bemærkninger til motorik (%)*
Bemærkning til barnets reaktion i forældre-barn relationen			
Nej	5,0	2,1	1,6
Ja	33,1	52,0 ^a	24,8

* Forskellen i andelen af børn med bemærkning til søvn, sprog og motorik er statistisk signifikant

^a NV-data er et overlap mellem beskrivelsen af forældre-barn relationen og sprog og kommunikation, da der i forældre-barn variabelbeskrivelsen indgår pludren og kontakt

to besøg i første leveår, efter om der er registreret bemærkning til forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår. Blandt børn i TM-data, der har bemærkning til forældre-barn relationen, er der 16,9 % med bemærkning til motorik, og 8,3 % blandt børn uden bemærkning til forældre-barn relationen. Blandt børn i NV-data, der har bemærkning til forældre-barn relationen, er der 24,8 % med bemærkning til motorik, og 1,6 % blandt børn uden bemærkning til forældre-barn relationen. Den øgede risiko for at få bemærkning til motorik, hvis der er bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår, forbliver signifikant, når der tages højde for familiens herkomst, familiens uddannelsesnivea, familiens erhvervstilknytning, gestationsalder, om barnet er flerfødt, fødselsvægt, kejsersnit, paritet og medfødte misdannelser (bilag 2, tabel 6.6.4).

Bemærkning til barnets signaler/reaktioner, uro/gråd og ernæring/spisning

I TM-data-kommunerne registrerer sundhedsplejerskerne, om der er bemærkning til barnets signaler og reaktioner. En bemærkning til barnets

signaler og reaktioner kan skyldes, at barnets døgnrytme giver anledning til problemer, at barnets søvnmønster har negativ indflydelse på barnets spisning og trivsel, at barnet ikke kan trøstes, at barnet er anspændt og pirreligt, at barnet opleves trist og opgivende, eller hvis der er andre problematiske forhold vedrørende barnets signaler og reaktioner. Andelen af børn i TM-data med bemærkning til deres signaler og reaktioner ved mindst ét besøg i første leveår er 21,9 %. Tabel 11 viser andelen af børn med bemærkning til signaler og reaktioner ved mindst ét besøg efter, om barnet har bemærkning til forældrenes rolle i forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår. Af tabellen fremgår det, at blandt børn, der har bemærkning til forældre-barn relationen, er der 51,9 % med bemærkning til signaler og reaktioner. Denne andel er 18,4 % blandt børn uden nogen bemærkning til forældre-barn relationen. Den øgede risiko for at få bemærkning til signaler og reaktioner, hvis der er bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår, forbliver statistisk signifikant, når der tages højde for familiens herkomst, familiens





Tabel 11. Andelen af børn med bemærkning til henholdsvis barnets signaler/reaktioner, uro/gråd og ernæring/spisning ved mindst ét besøg efter, om der er registreret bemærkning til forældrenes rolle i forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår

TM-data	Andelen af børn med bemærkning til signaler/reaktioner (%)*	Andelen af børn med bemærkning til uro/gråd (%)*	Andelen af børn med bemærkninger til ernæring/spisning (%)*
Bemærkning til forældrenes rolle i forældre-barn relationen			
Nej	18,4	4,6	48,2
Ja	51,9	18,1	75,8

* Forskellen i andelen af børn med bemærkning til signaler/reaktioner, uro/gråd og ernæring/spisning er statistisk signifikant

uddannelse, familiens erhvervstilknytning, gestationsalder, om barnet er flerfødt, fødselsvægt, kejsersnit, paritet og medfødte misdannelser (bilag 2, tabel 6.6.5).

I TM-data-kommunerne registreres det ligeledes, hvorvidt der er bemærkning til barnets uro/gråd. I TM-data er andelen af børn med bemærkning til uro/gråd ved mindst ét besøg i første leveår 6,0 %. Tabel 11 viser andelen af børn med bemærkning til uro/gråd ved mindst ét besøg efter, om barnet har bemærkning til forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår. Af tabellen ses, at blandt børn, der har bemærkning til forældre-barn relationen, er der 18,1 % af børnene, der har bemærkning til uro/gråd. Denne andel er 4,6 % blandt børn uden nogen bemærkning til forældre-barn relationen. Den øgede risiko for at få bemærkning til uro/gråd, hvis der er bemærkning i forældre-barn relationen i første leveår, forbliver statistisk signifikant, når der tages højde for familiens herkomst, familiens uddannelse, familiens erhvervstilknytning, gestationsalder, om barnet er flerfødt, fødselsvægt, kejsersnit, paritet og medfødte misdannelser (bilag 2, tabel 6.6.6).

I TM-data-journalen registreres det ligeledes, om der er bemærkning til barnets ernæring og

spisning ved A-, B-, C- og/eller D-besøget. Ved disse besøg har 51,1 % af børnene i TM-data bemærkning til barnets ernæring og spisning ved mindst ét besøg. I tabel 11 ses andelen af børn med bemærkning til ernæring og spisning ved mindst ét besøg efter, om der er bemærkning til forældre-barn relationen ved mindst ét besøg. Tabellen viser, at blandt børn, der har bemærkning til forældre-barn relationen, er der 75,8 % af børnene, der har bemærkning til ernæring og spisning. Denne andel er 48,2 % blandt børn uden nogen bemærkning til forældre-barn relationen. Den øgede risiko for at få bemærkning til ernæring og spisning, hvis der er bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår, forbliver statistisk signifikant, når der tages højde for familiens herkomst, familiens uddannelse, familiens erhvervstilknytning, gestationsalder, om barnet er flerfødt, fødselsvægt, kejsersnit, paritet og medfødte misdannelser (bilag 2, tabel 6.6.7).



Tabel 12. Andelen af børn med bemærkning til sundhedsplejerskens kontakt med barnet ved mindst ét besøg efter, om der er registreret bemærkning til forældrenes rolle i forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår

TM-data	Andelen af børn med bemærkning til sundhedsplejerskens kontakt med barnet (%)*
Bemærkning til forældrenes rolle i forældre-barn relationen (N=11.450)	
Ja	26,5
Nej	6,4

* Forskellen i andelen af børn med bemærkninger til sundhedsplejerskens kontakt med barnet er statistisk signifikant

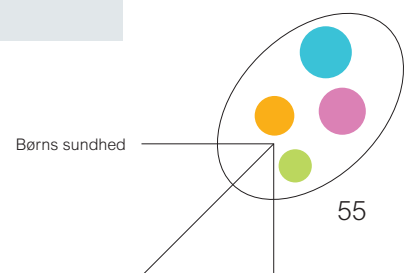
Bemærkning til sundhedsplejerskens kontakt med barnet

I TM-data-journalen registrerer sundhedsplejersken, om der er bemærkning til sundhedsplejerskens kontakt med barnet ved ét eller flere besøg i barnets første leveår. I TM-data er der 8,5 % af børnene, der har bemærkning til sundhedsplejerskens kontakt med barnet. I tabel 12 ses andelen af børn med bemærkning til sundhedsplejerskens kontakt med barnet ved ét eller flere besøg i første leveår efter, om der er bemærkning til forældre-barn relationen ved mindst ét besøg. Tabellen viser, at blandt børn med bemærkning til forældre-barn relationen er der 26,5 %, der får bemærkning til sundhedsplejerskens kontakt med barnet. Denne andel er 6,4 % for børn uden nogen bemærkning til forældre-barn relationen. Den øgede risiko for at få bemærkning til sundhedsplejerskens kontakt med barnet, hvis der er bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår, forbliver statistisk signifikant, når der tages højde for barnets gestationsalder, fødselsvægt og medfødte misdannelser (bilag 2, tabel 6.6.8).



Opsamling

Afsnittet vedrørende barnets trivsel og udvikling viser, at der er en forhøjet forekomst af bemærkninger til søvn, sprog og motorik blandt børn, der har bemærkning til forældre-barn relationen i det første leveår, uanset om der er fokus på forældrene eller barnet i forældre-barn relationen. Når der er fokus på forældrene i forældre-barn relationen, er der derudover en forhøjet forekomst af bemærkninger til signaler/reaktioner, uro/gråd, ernæring/spisning samt bemærkninger til sundhedsplejerskens kontakt med barnet blandt de børn, der har bemærkning til forældre-barn relationen i det første leveår.





6.7 Efterfødselsreaktioner

I dette afsnit præsenteres data, der viser andelen af børn, som har bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår efter om forældrene har efterfødselsreaktioner. Dette illustreres i TM-data, hvor forældrenes rolle i forældre-barn relationen belyses, og i NV-data, hvor barnets reaktion i forældre-barn relationen belyses.

The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Det er en stor omvæltning at blive forælder, og mange oplever at få en efterfødselsreaktion, som kan ende ud i en mulig fødselsdepression. Til vurdering af efterfødselsreaktioner kan sundhedsplejersken anvende The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) og/eller Gotlandskalaen. I denne rapport vises kun opgørelser på EPDS. Hvis mødrene på EPDS scorer 12 point eller højere, og fædrene scorer 10 point eller højere, er det sandsynligt, at de kan have en fødselsdepression (Cox et al. 1987, Edmondson et al. 2010).

I temarapportens population har 5,0 % af mødrene en mulig depression målt ud fra EPDS, defineret som en score på 12 eller højere. Tabel 13 viser andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår efter, om mor har en mulig depression. Analyserne viser, at der i TM-data er 21,8 % af børnene, hvis mor har en score på mindst 12, der har bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår, og denne andel er 9,5 % blandt børn, hvis mor har en score under 12. I NV-data er der 14,3 % af børnene, hvis mor har en score på mindst 12, der har bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår, og denne andel er 3,2 % blandt børn, hvis mor har en score



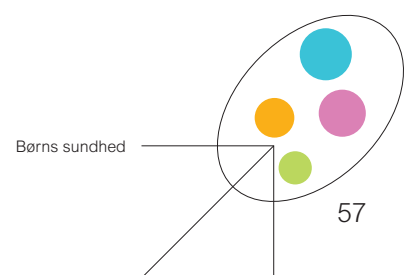
Tabel 13. Andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår efter, om mor eller far har en mulig depression, samt om der er bemærkning til mors eller fars psykiske tilstand ved mindst ét besøg i første leveår

TM-data		Andelen af børn med bemærkning til forældrenes rolle i forældre-barn relationen (%)
Mor, Edinburgh Postnatal Depression Scale* (N=9.150)	Score 12 eller højere	21,8
	Score under 12	9,5
Far, Edinburgh Postnatal Depression Scale (N=1.701)	Score 10 eller højere	17,0
	Score under 10	9,7
Mors psykiske tilstand* (N=11.633)	Bemærkning til mors psykiske tilstand	20,2
	Ingen bemærkning til mors psykiske tilstand	6,5
Fars psykiske tilstand* (N=9.025)	Bemærkning til fars psykiske tilstand	27,6
	Ingen bemærkning til fars psykiske tilstand	8,4
NV-data		Andelen af børn med bemærkning til barnets reaktion i forældre-barn relationen (%)
Mor, Edinburgh Postnatal Depression Scale* (N=1.167)	Score 12 eller højere	14,3
	Score under 12	3,2
Far, Edinburgh Postnatal Depression Scale (N=553)	Score 10 eller højere	12,5
	Score under 10	3,9
Mors psykiske tilstand* (N=6.559)	Bemærkning til mors psykiske tilstand	7,6
	Ingen bemærkning til mors psykiske tilstand	2,1

* Forskellen i andelen af børn med bemærkninger til forældre-barn relationen er statistisk signifikant

under 12. Den øgede risiko for at få bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår, hvis mødre har en EPDS-score på mindst 12, forbliver statistisk signifikant, når der tages højde for mors herkomst, mors uddannelsesniveau, mors erhvervstilknytning, graviditetskomplikationer, gestationsalder, om barnet er flerfødt, fødselsvægt og medfødte misdannelser (bilag 2, tabel 6.7.1).

Den samme tendens ses for børn, hvis fædre har en mulig depression, defineret som en score på 10 eller højere. Det er dog meget begrænset, hvor mange fædre der bliver testet, og der er derfor ikke en statistisk signifikant sammenhæng mellem børn til fædre med en mulig depression og andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår. Ud fra EPDS ses det, at 3,1 % af fædre i temarapportens population har en mulig depression.





Psykisk tilstand

I begge journalsystemer registrerer sundhedsplejersken, hvis der er bemærkning til mors psykiske tilstand ved besøgene i første leveår. Sundhedsplejersken sætter en bemærkning, hvis moderen ikke har det psykisk godt og har symptomer som tristhed, angst, søvnproblemer eller andet. For næsten hvert fjerde barn (23,9 %) har sundhedsplejersken noteret mindst én bemærkning til mors psykiske tilstand. Tabel 13 viser andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår efter, om der er bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg i barnets første leveår. Af tabellen ses, at andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen er højest blandt børn, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg i første leveår. Andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen er 20,2 % blandt børn med én eller flere bemærkninger til mors psykiske tilstand i TM-data, og blandt børn, hvor der ikke er bemærkning til mors psykiske tilstand, er andelen 6,5 %. I NV-data er der 7,6 % af børnene, hvis mor har mindst én bemærkning til mors psykiske tilstand, der har bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår, og blandt børn, hvor der ikke er bemærkning til mors psykiske tilstand, er andelen 2,1 %. Den øgede risiko for at få bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår, hvis mødrene har mindst én bemærkning til deres psykiske tilstand, forbliver statistisk signifikant, når der tages højde for mors herkomst, mors uddannelsesniveau, mors erhvervstilknytning, graviditetskomplikationer, gestationsalder, om barnet er flerfødt, fødselsvægt og medfødte misdannelser (bilag 2, tabel 6.7.1).

I TM-journalsystemet registreres det desuden, hvis der er bemærkning til fars psykiske tilstand ved et af besøgene i barnets første leveår. For næsten hvert tiende barn (9,8 %) har sundhedsplejersken noteret bemærkning til fars psykiske tilstand ved mindst ét besøg i barnets første leveår. Tabel 13 viser andelen af børn med bemærkning til forældrenes rolle i forældre-barn relationen ved mindst ét besøg efter, om der er bemærkning til fars psykiske tilstand i barnets første leveår. Analyserne viser, at som hos mødrene har fædrenes psykiske tilstand betydning for, om der er bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår. Det ses, at 27,6 % af børnene, hvor der er bemærkning til fars psykiske tilstand ved mindst ét besøg i første leveår, har bemærkning til forældre-barn relationen. Denne andel er 8,4 % for de børn, hvor der ikke er noteret nogen bemærkning til fars psykiske tilstand. Den øgede risiko for at få bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår, hvis fædrene har mindst én bemærkning til deres psykiske tilstand, forbliver statistisk signifikant, når der tages højde for fars herkomst, fars uddannelsesniveau, fars erhvervstilknytning, graviditetskomplikationer, gestationsalder, om barnet er flerfødt, fødselsvægt og medfødte misdannelser (bilag 2, tabel 6.7.1).

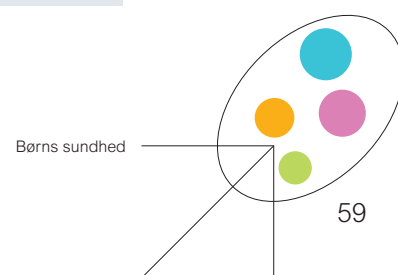
I data er det muligt at undersøge om bemærkning til forældre-barn relationen optræder inden bemærkning til mors eller fars psykiske tilstand, eller om bemærkning til mors eller fars psykiske tilstand optræder inden bemærkning til forældre-barn relationen. I logistiske regressionsanalyser er det analyseret om bemærkning til forældre-barn relationen ved A-besøget er en prædiktør for bemærkning til mors eller fars psykiske tilstand ved B-, C- og D-besøget,



samt om bemærkning til mors eller fars psykiske tilstand ved A-besøget er en prædiktor for bemærkning til forældre-barn relationen ved B-, C- og D-besøget. Der er ikke nogen væsentlige forskelle mellem de to sammenhænge i TM-data, men i NV-data øger en bemærkning til forældre-barn relationen ved A-besøget risikoen for bemærkning til mors psykiske tilstand ved et senere besøg med tre gange. Derudover øger en bemærkning til mors psykiske tilstand ved A-besøget risikoen for bemærkning til forældre-barn relationen ved et senere besøg med seks gange. Denne forskel i TM-data og NV-data kan skyldes, at man i NV-data har fokus på barnet i vurderingen af forældre-barn relationen, mens der i TM-data i højere grad er fokus på forældrene (bilag 2, tabel 6.7.2 og 6.7.3).

Opsamling

Afsnittet om efterfødselsreaktioner viser, at andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i barnets første leveår er større for børn, hvis mor har en mulig fødselsdepression, og for børn med mindst ét besøg, hvor der er bemærkning til mors og/eller fars psykiske tilstand. Dette findes, uanset om der er fokus på forældrene eller barnet i forældre-barn relationen. Analyserne viser desuden, at forældrenes psykiske tilstand kan påvirke forældre-barn relationen, men forældre-barn relationen kan også påvirke forældrenes psykiske tilstand.





Tabel 14. Andelen af børn, som har modtaget behovssundhedspleje i det første leveår efter, om der er bemærkning til barnets reaktion i forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår

NV-data	Andelen af børn, der har modtaget behovssundhedspleje (%)*
Bemærkning til barnets reaktion i forældre-barn relationen (N=8.306)	
Nej	16,0
Ja	50,0

* Forskellen i andelen af børn, der har modtaget behovssundhedspleje er statistisk signifikant

6.8 Behovssundhedspleje

I dette afsnit undersøges om bemærkning til forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår medfører behovssundhedspleje. I denne rapport har det kun været muligt at opgøre behovssundhedsplejen i NV-data, og der er derfor kun fokus på barnets reaktion i forældre-barn relationen.

Behovssundhedspleje defineres i denne rapport som over syv sundhedsplejebesøg i barnets første leveår. Det skyldes, at Sundhedsstyrelsen anbefaler fem-seks hjemmebesøg af sundhedsplejersken i barnets første leveår, alt efter om det har været en ambulansfødsel (Sundhedsstyrelsen, 2011). Desuden ses det i datamaterialet, at 75,1 % af børnene får ét til syv sundhedsplejerskebesøg i barnets første leveår.

I NV-data er der 16,9 % af børnene, der får behovssundhedspleje, defineret som mere end syv sundhedsplejerskebesøg i det første leveår. Tabel 14 viser andelen af børn, der har modtaget behovssundhedspleje i det første leveår, efter om der er bemærkning til barnets reaktion i forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår. Andelen, der har modtaget behovssundhedspleje, er 50,0 % blandt børn, der har bemærkning til forældre-barn relationen. Blandt børn, som ikke har bemærkning til forældre-barn relationen, er andelen 16,0 %. Den øgede

sandsynlighed for at få behovssundhedspleje, hvis der er bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår, forbliver statistisk signifikant, når der tages højde for familietype, familiens herkomst, familiens uddannelsesniveau, familiens erhvervstilknytning, gestationsalder, om barnet er flerfødt, fødselsvægt og medfødte misdannelser (bilag 2 tabel 6.8.1).

Opsamling

Afsnittet om behovssundhedspleje viser, at børn, der har bemærkning til barnets reaktion i forældre-barn relationen i første leveår, i højere grad modtager behovssundhedspleje end børn, der ikke har bemærkning til forældre-barn relationen.



7. Diskussion

Hovedfund

Rapporten har seks hovedfund. Det **første** er, at når der er fokus på forældrene i forældre-barn relationen, er der 10,5 % af børnene, der har bemærkning til forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår. Andelen af børn med bemærkning er jævnt fordelt over alle besøg. Kun få børn, nemlig 2,8 %, har bemærkning til forældre-barn relationen ved mere end ét besøg i første leveår. Når der er fokus på barnet i forældre-barn relationen, er der 2,8 % af børnene, der har bemærkning til forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår, og 0,5 % har bemærkning til forældre-barn relationen ved mere end ét besøg i første leveår. Desuden får få børn gentagne bemærkninger, men for de børn er en bemærkning ved det første besøg stærkt prædiktivt for bemærkning ved de senere besøg.

Det **andet** hovedfund er, at der er mange risikofaktorer for at have bemærkning til forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår. Her nævnes kun de risikofaktorer, som er statistisk signifikante i de kontrollerede analyser, det vil sige i de analyser, der er rensset for indflydelse af andre faktorer:

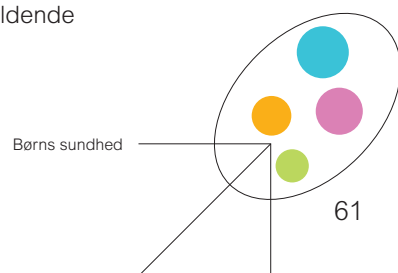
Sociodemografiske faktorer: Når der er fokus på forældrene i forældre-barn relationen er der en forhøjet forekomst af bemærkning til forældre-barn relationen hos børn, hvis fædre er 20-29 år, hvis forældre er indvandrere eller efterkommere, hvis forældre højst har en grundskoleuddannelse, eller hvis begge forældre eller den ene forælder er uden for erhverv eller uddannelse. Når der er fokus på barnet i forældre-barn relationen, er det børn, hvis forældre højst har en erhvervsfaglig eller grundskoleuddannelse, og børn, hvor begge forældre er uden for erhverv eller

uddannelse, der har en øget risiko for at have bemærkning til forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i barnets første leveår. Det er således stort set de samme sociodemografiske parametre, som er afgørende for forældre-barn relationen, hvad enten den belyses med fokus på forældrene eller barnet, og fundene viser, at der er social ulighed i, hvilke børn der får bemærkning til forældre-barn relationen.

Socialt netværk og forældreskab: Analyserne viser, at børn, hvor sundhedsplejersken vurderer, at forældrene har bekymrende forudsætninger for forældreskabet, har en øget risiko for at få bemærkning til forældrenes rolle i forældre-barn relationen i det første leveår.

Faktorer relateret til graviditet og fødslen: I analyserne, hvor der er fokus på forældrene i forældre-barn relationen, er det kun børn af mødre, der har oplevet komplikationer i graviditeten, og førstefødte børn, der har en øget risiko for at have bemærkning til forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i barnets første leveår. Når der er fokus på barnet i forældre-barn relationen, er det børn af mødre, der har oplevet komplikationer i graviditeten, flerfødte børn, børn født før uge 37, børn med en fødselsvægt, der er mindre end 2.500 gram, og børn, der er født ved kejsersnit, der har en øget risiko for at have bemærkning til forældre-barn relationen. Der er således forskelle i, hvilke graviditets- og fødselsfaktorer, der er afgørende for forældre-barn relationen, når denne belyses med fokus på forældrene eller barnet.

Det **tredje** hovedfund er, at bemærkning til forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår er prædiktør for eller sammenfaldende





med flere andre faktorer. Her nævnes kun de faktorer, som er statistisk signifikante i de kontrollerede analyser, det vil sige i de analyser, der er renset for indflydelse af andre faktorer:

Amning: Der er en forhøjet forekomst af børn, der ikke er ammet fuldt i mindst fire måneder, blandt børn, der har bemærkning til forældre-barn relationen i det første leveår, uanset om der er fokus på forældrenes rolle eller barnets reaktion i forældre-barn relationen.

Trivsel og udvikling: Der er en forhøjet forekomst af børn med bemærkninger til søvn, sprog og motorik blandt børn, der har bemærkning til forældre-barn relationen i det første leveår, uanset om der er fokus på forældrene eller barnet i forældre-barn relationen. Desuden er der en forhøjet forekomst af bemærkninger til signaler/

reaktioner, uro/gråd og ernæring/spisning samt bemærkninger til sundhedsplejerskens kontakt med barnet blandt børn, der har bemærkninger til forældre-barn relationen i første leveår, når der er fokus på forældrene i forældre-barn relationen.

Det **fjerde** hovedfund er, at andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i barnets første leveår er større for børn, hvis mor har en mulig fødselsdepression, og for børn, hvor sundhedsplejersken skriver en bemærkning til forældrenes psykiske tilstand. Analyserne viser dette, uanset om der er fokus på forældrene eller børnene i forældre-barn relationen. Analyser viser desuden, at forældrenes psykiske tilstand kan påvirke forældre-barn relationen, men forældre-barn relationen kan også påvirke forældrenes psykiske tilstand.



Det **femte** hovedfund er, at de børn, der har bemærkning til barnets reaktion i forældre-barn relationen i første leveår i højere grad modtager behovssundhedspleje end de børn, der ikke har bemærkning til forældre-barn relationen.

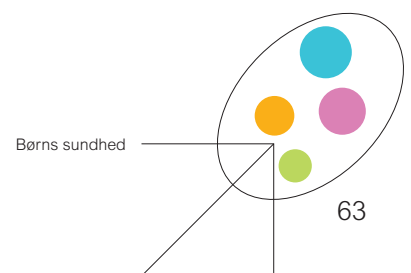
Det **sjette** hovedfund er, at der både er ligheder og forskelle i de analyser, der fokuserer på bemærkninger til forældre-barn relationen vurderet ud fra data, som fokuserer på forældrene, og data, som fokuserer på barnet. En vigtig forskel er, at der er en langt større forekomst af bemærkninger til forældrenes rolle end til barnets reaktion. Der er mange ligheder i risikofaktorer, men der er også nogle få markante forskelle. Forskellene viser sig ved, at det særligt er børn af indvandrere og efterkommere samt førstefødte børn, der får bemærkning, når forældre-barn relationen betragtes med fokus på forældrene, mens det er børn, der er flerfødte, der er født før uge 37, der har en lav fødselsvægt, og der er født ved kejsersnit, som får bemærkning til forældre-barn relationen, når forældre-barn relationen betragtes med fokus på barnets reaktioner. Disse forskelligheder i data er forventelige, da forældre-barn relationen er vurderet med fokus på henholdsvis forældrene og barnet.

Sammenligning med anden forskning

Det kan være vanskeligt at opgøre forekomsten af relationsproblemer i det første leveår, og i forskningen anvendes der forskellige procedurer til bedømmelse af forældre-barn relationen (Skovgaard et al. 2004), men forekomsten af børn med bemærkning til forældrenes rolle i forældre-barn relationen i denne rapport er i overensstemmelse med et sammenligneligt studie af Skovgaard et al. (2007).

Alder: Vi finder, at børn af fædre, der er 20-29 år ved barnets fødsel, har en øget risiko for at få bemærkning til forældrenes rolle i forældre-barn relationen. I den videnskabelige litteratur er der særligt fokus på mødres alder, og det er fundet, at der oftere findes problematisk forældre-barn relation i familier med yngre mødre (Thomson et al. 2014, Trentacosta et al. 2010). Dog er dette fund ikke entydigt. Bryanton et al. (2008) finder eksempelvis, at mødre, der er 30 år eller yngre, vurderer deres forælderevner højere end forældre, der er ældre. Selvvurderede forælderevner er i denne sammenhæng blevet identificeret som en determinant for en positiv forældre-barn relation (Bryanton et al. 2008). Man kan forestille sig, at denne sammenhæng også er gældende for fædre under 30 år. Desuden finder Bunkholdt (2003), at en manglende evne til at tilsidesætte egne behov kan komme i vejen for en god tilknytningsproces (Bunkholdt 2003). Det kan ikke udelukkes, at dette kan være gældende for fædre i alderen 20-29 år.

Sociodemografiske faktorer: Den videnskabelige litteratur finder, ligesom denne rapport, en sammenhæng mellem sociodemografiske faktorer, såsom uddannelse og socioøkonomisk status, og forældre-barn relationen (Thomson et al. 2014, Bryanton et al. 2009, Killén et al. 2006). Vi finder, at børn af forældre med lavere uddannelse og manglende erhvervstilknytning i højere grad får bemærkning til forældre-barn relationen. Man kan forestille sig, at forældre med færre ressourcer har flere ydre stressorer, som kan hindre deres omsorg og kontakt med barnet (Bryanton et al. 2009). Hvis det går dårligt med økonomien, eller der er andre store livsudfordringer, kan det påvirke forældrene i sådan en grad, at de har





svært ved at klare deres daglige forpligtelser. Det kan også gælde forpligtelsen til at give barnet den nødvendige omsorg (Bunkholdt 2003).

Herkomst: Vi finder, at risikoen for at have bemærkning til forældrenes rolle i forældre-barn relationen i første leveår er større for børn, hvis forældre er indvandrere eller efterkommere. I den videnskabelige litteratur (se for eksempel Clark et al. 2004) lægges der vægt på, at der kan være kulturelle forskelle i forældre-barn relationen. Dette skal sundhedsplejerskerne tage med i deres vurdering, uden dog at gå på kompromis med lovgivningen og barnets rettigheder.

Socialt netværk og forældreskab: Den videnskabelige litteratur finder i modsætning til vores fund en sammenhæng mellem socialt netværk og forældre-barn relationen (Thomson et al. 2014, Killén et al. 2006, Bryanton et al. 2009, Bryanton et al. 2008). Den manglende sammenhæng kan skyldes, at der i Databasen Børns Sundhed er en høj forekomst af manglende/ubesvarede informationer på denne variabel. I denne rapport har vi også fundet, at bekymrende forældreforudsætninger er en risikofaktor for bemærkninger til forældrenes rolle i forældre-barn relationen. Dette fund understøttes af andre studier, der finder, at forældre, der er opvokset i en utryk tilknytningsrelation, kan have svært ved at indgå i en tæt relation med barnet. Det skyldes, at forælderens egne tilknytningserfaringer har stor betydning for deres sociale kompetencer og for deres evne til at kunne være sensitiv (Væver 2015, Fonagy & Allison 2012).

Forhold relateret til graviditet: Uanset om forældre-barn relationen betragtes med fokus på forældrene eller på børnene finder vi, at

graviditetskomplikationer øger risikoen for bemærkninger til forældre-barn relationen. Vi har ikke kunnet finde videnskabelig litteratur, der bekræfter eller afkræfter dette fund. Fundet kan dog være et udtryk for, at mødre, der oplever graviditetskomplikationer i månederne op til fødsel, kan være mentalt og fysisk udmattede og have manglende overskud til at give barnet den nødvendige omsorg.

Forhold relateret til fødslen: At børn, der er født for tidlig, og har en lav fødselsvægt, har større risiko for at have problemer med forældre-barn relationen vurderet ud fra barnets reaktion findes også i andre studier (Bunkholdt 2003). Fundet kan forklares med, at tiden i kuvøse kan have en negativ indvirkning på den tidlige forældre-barn relation. Forældrene kan ikke holde barnet, og det er så lille, og det ser anderledes ud, end forældrene forventede (Bunkholdt 2003). Bryanton et al. (2009) finder, som vi gør det i vores studie, at børn født af mødre, der får kejsersnit, har en større risiko for at få bemærkning til forældre-barn relationen. Dette fund argumenteres af forskerne bag studiet for at være sammenhængende med amning, idet mødre, der får kejsersnit, er i større risiko for ikke at amme på grund af smerter og restitution (Bryanton et al., 2009). Desuden viser vores analyser, at børn, der er flerfødt, ligeledes er i øget risiko for at få problemer med forældre-barn relationen. Dette fund har vi ikke kunne, finde bekræftende eller afkræftende studier på, men fundet kan være et udtryk for, at forældre-barn relationen vurderet ud fra barnets reaktioner kan være påvirket af, at der også er et andet spædbarn, som skal have omsorg.



Barnets nummer i søskendeflokken: Rapporten viser, at børn, der er førstefødte, har en øget risiko for at have bemærkning til forældrenes rolle i forældre-barn relationen. Dette resultat genfindes i andre undersøgelser, hvor førstegangs fødende i gennemsnit scorer lidt lavere på sensitivitet end andre mødre (Killén et al. 2006). Den lavere sensitivitetsscore blandt førstegangs fødende kan skyldes, at mødrene er usikre i deres nye rolle som forælder, hvilket kan påvirke relationen mellem mor og barn (Killén et al. 2006).

Amning: Analyserne viser, at børn, der har bemærkning til forældre-barn relationen, har en øget risiko for ikke at blive ammet fuldt i mindst

fire måneder. Det kan diskuteres, hvordan sammenhængen skal anskues. Påvirker amning forældre-barn relationen, eller er det forældre-barn relationen, der påvirker amningen? I et studie af Britton et al. (2006) finder de, at blandt mødre, der ammer, er høj sensitivitet en prædikator for længere ammelængde. I studiet finder de desuden, at det er kvaliteten af forældre-barn relationen ved seks måneders alderen, der har en betydning for barnets tilknytning ved et års alderen, frem for om barnet er ammet eller ej.

Barnets udvikling og trivsel: Rapporten viser, at der er sammenhæng mellem forældre-barn relationen og barnets udvikling og trivsel. Børn, der er født med fysiske eller psykiske funktionsned-





sættelser, er i øget risiko for at få en problematisk forældre-barn relation. Det skyldes, at disse børn kræver ekstra meget af deres omsorgsgivere, hvilket gør det vanskeligt for forældrene at opfylde alle barnets behov (Bunkholdt 2003). Det kan dog i flere af sammenhængene være vanskeligt at bestemme årsagsretningen, da denne kan gå begge veje. En problematisk forældre-barn relation kan føre til regulationsvanskeligheder hos barnet, såsom problemer med søvn, uro/gråd og spiseproblemer, men man kan også forestille sig, at barnets regulatoriske problemer kan påvirke forældre-barn relationen. Bunkholdt (2003) beskriver, hvordan børn med et vanskeligt temperament, hvor de skriger meget og har uregelmæssig søvnrytme, kan medføre, at foræl-

drene føler sig utilstrækkelige og dermed afviser barnet (Bunkholdt 2003). Et vanskeligt temperament kan højst sandsynligt skyldes, at barnet har nogle andre problemer, der gør det utilpas. Dette er i overensstemmelse med vores fund vedrørende signaler/reaktioner, søvn, uro/gråd og problemer med ernæring og spisning, hvor vi finder, at børn med bemærkning til forældre-barn relationen har en øget risiko for disse problemer. Desuden er det også i overensstemmelse med vores fund vedrørende sundhedsplejerskens kontakt med barnet, hvor vi finder, at problemer med forældre-barn relationen øger risikoen for at få bemærkning til sundhedsplejerskens kontakt med barnet.





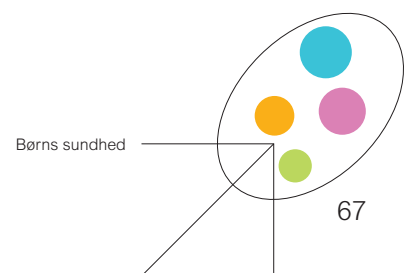
Med hensyn til sprog finder vi en stærk sammenhæng mellem forældre-barn relationen og sprog, hvilket er i overensstemmelse med Databasen Børns Sundhed temarapport fra 2016 omhandlende sprog og kommunikation samt international forskning på området (Armstrong et al. 2016, Gurgel et al. 2014, Hawa et al. 2014). Forskningen viser, at de følelser, som de voksne lægger ind i samtalen, er af stor betydning for, at samspillet mellem det lille barn og den voksne kan fungere godt. Smil, blikke, bløde, milde og kærlige stemmer og højt toneleje henleder barnets opmærksomhed på samtalepartneren, og barnet svarer med smil og pludre lyde. Øjenkontakten er især væsentlig for, at kommunikationen fungerer. Børn, som får for lidt øjenkontakt, kan blive forsinket i talesprogudviklingen. Foruden øjenkontakten reagerer børn tidligt på forskellige stemmer. Barske, kolde eller vrede stemmer kan få barnet til at græde eller afbryde samspillet (Svensson 2001). Det skal dog bemærkes, at der i NV-data er et overlap mellem beskrivelsen af forældre-barn relationen og sprog og kommunikation, da der i forældre-barn variabelbeskrivelsen indgår pludren og kontakt.

Der er ikke meget forskning, der beskæftiger sig med sammenhængen mellem forældre-barn relationen og motorik. Derfor er det interessant, at rapporten finder, at børn med bemærkning til forældre-barn relationen har en øget risiko for at få bemærkninger til motorik, uanset om forældre-barn relationen belyses fra forældrenes eller barnets perspektiv. Man kan forestille sig, at hvis familien er belastet med mange andre øvrige problemer, så er det ikke den motoriske udvikling, som sundhedsplejersken prioriterer i vejledningen af forældrene.

Behovssundhedspleje: Vores fund vedrørende øget behovssundhedspleje som en følge af bemærkninger til barnets reaktion i forældre-barn relationen er betryggende. De børn, der oplever problemer med forældre-barn relationen, får i højere grad behovssundhedspleje. Der er ikke megen forskning, der beskæftiger sig med dette, så vi kan ikke understøtte vores fund, men fundet giver god mening, da behovssundhedspleje jo netop tildeles familier med behov for ekstra støtte, og resultatet understøttes af praksiserfaring.

Mors og fars psykiske helbred: Vi finder, i overensstemmelse med tidligere undersøgelser, at der er en sammenhæng mellem forældrenes mentale helbred og barnets risiko for bemærkninger til forældre-barn relationen. Vi har tidligere påvist, at moderens psykiske sundhed øger risikoen for problemer med forældre-barn relationen (Databasen Børns Sundhed et al. 2012), og dette er ligeledes fundet i den internationale litteratur (Goodman & Gotlib 1999, Clark et al. 2004).

Igen kan det dog være vanskeligt at bestemme årsagsretningen, da denne kan gå begge veje. Forældrenes psykiske tilstand kan føre til forældre-barn problemer, men man kan også forestille sig, at problemer med forældre-barn relationen kan påvirke forældrenes psykiske tilstand. Vores analyser af forældrenes rolle i forældre-barn relationen viser, at det kan gå begge veje, men når vi betragter forældre-barn relationen fra barnets perspektiv, så er det særligt moderens psykiske tilstand, der påvirker barnets reaktion i forældre-barn relationen.





Styrker ved data og metode

En styrke ved temarapporten er, at den omfatter et stort og repræsentativt materiale. Der indgår børn fra 34 kommuner, og rapporten omfatter 34 % af de børn, der blev født i Danmark i 2016. Da næsten alle børn tilses af en sundhedsplejerske i første leveår, er der næsten ingen problemer med bortfald og dertil relateret bias. Dog er der nogle kommuner, der er nye i databasesamarbejdet, og de har derfor ikke indrapporteret på alle børn, der er født i 2016.

Koblingen af journaldata med registre er ligeledes med til at styrke kvaliteten af data. Koblingen med de sociodemografiske registre betyder, at vi har næsten fuldstændige oplysninger om forældrenes herkomst, uddannelse og arbejdsmarkedstilknytning. Registerkoblingen betyder også, at det har været muligt at kontrollere analyserne for stort set alle vigtige faktorer, hvilket bidrager til validiteten af rapportens fund. Det skal dog 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.

En tredje styrke ved datamaterialet er, at data er indsamlet systematisk: Det er sundhedsplejersken og ikke forældrene, der ud fra en standardiseret vejledning og journal vurderer forældre-barn relationen. 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 forældre-barn relation 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.

Det er et vigtigt skridt for Databasen Børns Sundhed, at det nu er muligt for kommunerne at indsende data via begge de to udbydere af elektroniske journaler til de kommunale sundhedsordninger; NOVAX og TM Sund. Alle de vigtigste kernevariable er belyst i begge journaler, og der arbejdes løbende med at kvalitetssikre og ensrette vejledningerne. I udviklingsarbejdet er der lagt meget stor vægt på, at journalen skal være et brugbart og meningsfuldt redskab for sundhedsplejerskerne. Det er desuden vigtigt, at journalen ikke bliver for omfattende og tidskrævende at anvende.

Forskel mellem journalsystemer

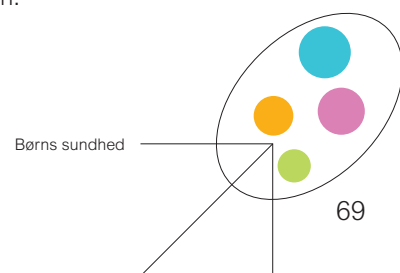
I undersøgelsen finder vi, at andelen af børn, for hvem der er noteret bemærkning til forældrenes rolle i forældre-barn relationen, er 10,5 % i TM-data. I NV-data er der noteret bemærkning til barnets reaktion i forældre-barn relationen for 2,8 % af børnene. Det vil sige, at vi finder en klart højere forekomst af bemærkninger til forældrenes rolle i forældre-barn relationen. Det kan diskuteres om denne forskel kan skyldes andet end det forskellige fokus. I TM-data er der fokus på forældres kontakt og samspil med barnet, mens der i NV-data i højere grad fokuseres på barnets evne til at signalere følelsesmæssige behov samt barnets kontakt og tilknytning til primære omsorgspersoner såsom forældrene. Ifølge litteraturen kan forældre-barn relationen undersøges ved at observere forældres sensitivitet over



for barnets signaler, herunder om forældrene er i stand til at øge barnets velvære og reducere dets fortvivlelse (Killén et al. 2006). Man kan dog også have fokus på forældre-barn relationen ved at observere barnets reaktion, for eksempel når forældrene forlader barnet. Her bliver det tydeligt, hvor tilgængelige, anerkendende og beroligende forældrene er til daglig (Væver 2015, Hart 2013).

I den nyere forskning inden for området er der stor fokus på, at man både skal inddrage forældrenes bidrag til relationen, barnets bidrag til relationen og samspillet mellem disse i vurderingen af kvaliteten af forældre-barn relationen (Clark et al. 2004, Thomsen & Skovgaard, 2012, Zero to Three, 2016). I forhold til forskellen i forekomsten mellem de to journalsystemer kan man argumentere for, at der i vurderingen af forældre-barn relationen i NV-data er fokus på følgerne af en problematisk forældre-barn relation, da det er primært barnets evne til at signalere følelsesmæssige behov og kontakt, der

er i fokus. Dette kan muligvis forklare den lavere forekomst af bemærkninger i NV-data. I TM-data er der i højere grad fokus på forældrenes kontakt og samspil med barnet i forhold til, om de forstår barnets behov. Dvs. at man i NV-data har øje for de børn, der udviser tegn på en problematisk forældre-barn relation, mens man i TM-data i højere grad registrerer, hvis forældrene mangler evner/viden om, hvordan de skal imødekomme barnets behov. Dette kan være en af forklaringerne på, at vi observerer en forskel i forekomsten imellem de to systemer. Desuden kan man også forestille sig, at de forskellige forekomster kan skyldes, at der i vejledningen til TM-data indgår en mere specifik og længere liste over, hvilke problematikker sundhedsplejersken skal være opmærksom på. I vejledningen til NV-data er det en mere afgrænset liste (se tabel 3). Det er desuden vigtigt at være opmærksom på, at vi i denne rapport har valgt at anvende et udsnit af journalsystemet ved kun at anvende de to variable, der specifikt relaterer sig til forældre-barn relationen.





Der vil også være elementer, der vedrører forældre-barn relationen, som noteres under andre faktorer i journalen, og som derfor ikke indgår i denne rapport.

Kommuneforskelle

I undersøgelsen finder vi også meget store forskelle i andelen af børn, der har bemærkning til forældre-barn relationen i de enkelte kommuner. Variationen strækker sig i TM-data fra 3,1 % til 17,6 % og i NV-data fra 1,0 % til 7,1. %. En del af denne forskel kan skyldes befolknings-sammensætningen i de enkelte kommuner, men det er meget muligt, at flere sundhedsplejersker, som vurderer samme barn, vil komme frem til forskellige konklusioner om forældre-barn relationen, ligesom man næsten altid konstaterer interpersonelle variationer i kliniske databaser.

Appleton et al. (2013) finder blandt engelske sundhedsplejersker, at der er behov for videreuddannelse i vurdering af den tidlige forældre-barn relation. Derudover finder Kristensen et al. (2017) i et metodestudie, at det kan være kompliceret at vurdere forældre-barn relationen, og en stor del af de deltagende sundhedsplejersker (54 %) ønsker mere uddannelse i, hvordan den tidlige forældre-barn relation vurderes. Det er vigtigt at få mere viden om validiteten af data, og hvordan man eventuelt kan styrke denne. En svaghed i datamaterialet er således, at validiteten af sundhedsplejerskernes bemærkninger er ukendt.

Variationen mellem kommunerne skyldes måske, at der er forskellige traditioner for, hvornår man noterer en bemærkning til forældre-barn relationen. De fleste af de kommuner, der har meget



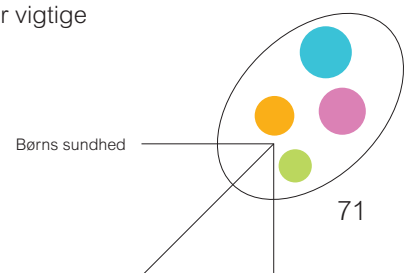
lave andele af børn med bemærkning til forældre-barn relationen, er kommuner, som er nye i databasesamarbejdet. Måske har de ikke haft de samme erfaringer med at registrere bemærkninger som de gamle kommuner på det tidspunkt, data er indsamlet. Et bud på de høje andele i andre kommuner kan tænkes, ud over forskelle i befolkningssammensætningen, at være påvirket af, hvor meget fokus der er på forældre-barn relationen 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. I en sådan situation betyder en høj forekomst af bemærkninger til forældre-barn relationen derfor ikke nødvendigvis, at problemet med forældre-barn relationen 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.

Disse variationer mellem kommunerne har formentlig ingen særlig betydning for analyserne af de faktorer, som er associeret med forældre-barn relationen. Rapportens hovedformål er at belyse hvilke faktorer, der øger barnets risiko for at have bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår. De associationer, vi ser, genfindes, uanset om niveauet for bemærkning til forældre-barn relationen er 3,1 % eller 17,6 %.

Implikationer

Undersøgelsen finder en række risikofaktorer for problemer med forældre-barn relationen i første leveår, men det er vigtigt ikke at overfortolke disse risikofaktorer. Selvom risikoen for at have bemærkning til forældre-barn relationen er over to gange større for børn, hvis forældre har grundskole som højeste uddannelse, så er der stadig 7,9 % af børnene, hvis forældre har en lang videregående uddannelse, der har bemærkning til forældrenes rolle i forældre-barn relationen – og det er stadig de fleste forældre med grundskoleuddannelse, som ikke har bemærkning. Det er vigtigt at have fokus på den tidlige opsporing af problematikker omkring forældre-barn relationen, så man kan forebygge eventuelle følger, såsom psykiske problemer og udviklingsforstyrrelser, og jo tidligere man sætter ind, jo større effekt har det for barnets trivsel senere i livet (Væver et al. 2016, Thomsen & Skovgaard 2012). Skovgaard et al. (2008) finder, at sundhedsplejerskernes bemærkninger til forældre-barn relationen ved besøg i den første måned er en stærk prædiktator for en relationsdiagnose ved halvandet år. Derudover viser den seneste rapport fra Databasen Børns Sundhed, at relationsproblemer ofte hænger ved, idet børn med relationsproblemer i første leveår oftere har bemærkning til forældre-barn relationen ved indskoling. Derudover viser rapporten, at børn med en problematisk forældre-barn relation i indskoling oftere trives dårligere i skolen samt oftere får diagnosticeret en psykisk sygdom ved udskoling (Databasen Børns Sundhed et al. 2018).

På denne baggrund anbefales det at gennemgå formuleringer i journalerne og vejledningerne med henblik på behov for justering og præcisering. Begge journalsystemer indfanger vigtige





dele af forældre-barn relationen, men for at sikre, at så mange børn som muligt, der kan være i risiko for en problematisk forældre-barn relation, identificeres, er det vigtigt at have opmærksomhed på forebyggelse af problematiske forældre-barn relationer. Vi anbefaler derfor, at der nedsættes en arbejdsgruppe for at udarbejde forslag til fælles formuleringer af forældre-barn relationen i de to journalsystemer.

Mange af risikofaktorerne handler om forhold, som sundhedsplejersken kan inddrage i sit arbejde; sundhedsplejersken kan prioritere forældre-barn relationsvanskeligheder i de typer af familier, hvor en risiko for problemer er størst, for eksempel i familier med forældre med kort uddannelse, indvandrerfamilier, familier med for tidligt fødte børn, familier, hvor der har været graviditetskomplikationer, og familier, hvor forældrene har efterfødselsreaktion. Det er vigtigt, 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. Den store variation mellem kommunerne tyder på, at forældre-barn relationen i første leveår kan anbefales som temaer i den løbende kompetenceudvikling af sundhedsplejerskerne.

Desuden er det vigtigt, at sundhedsplejerskerne vælger de rette indsatser til familier, hvor der er problemer med forældre-barn kontakten. Ekstra besøg, observation og rådgivning er blandt sundhedsplejerskernes vigtigste værktøjer. En systematisk udveksling af viden og erfaringer mellem sundhedsplejerskerne kan bidrage til, at hver eneste sundhedsplejerske får et øget

repertoire af handlemuligheder og en større sikkerhed i at skræddersy indsatserne til de familier, der har brug for hjælp. Det er glædeligt, at interessen for den tidlige forældre-barn relation er høj og stigende i den danske sundhedspleje. Der er for eksempel en del kommuner, som i disse år begynder at anvende mere systematiske registreringer af forældre-barn relationen registreringer, som kan hjælpe sundhedsplejersken til at vælge en skræddersyet indsats til en styrket forældre-barn relation. Der er en del kommuner, som nu anvender screeningsmetoden ADBB (Alarm Distress Baby Scale), som er en metode til systematisk at screene for tidlige tegn på vanskeligheder i den sociale kontakt hos spædbørn, og der er påvist evidens for metodens effekt i andre lande (Smith-Nielsen et al. 2018). Andre kommuner vælger den metode, som kaldes PUF (Psykisk Udvikling og Funktion) en metode, som er udviklet og valideret i den danske sundhedspleje til at identificere børn med psykiske udviklingsproblemer (Ammitzbøll et al. 2016, Ammitzbøll et al. 2017). Denne indsats er hensigtsmæssig i lys af resultaterne i nærværende temarapport.

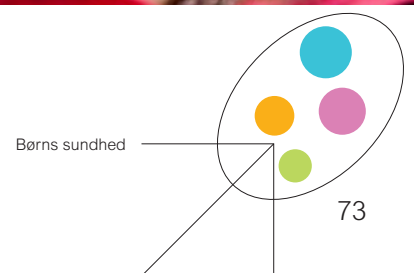
Ud over disse implikationer for praksis har undersøgelsen også en række videnskabelige implikationer. En vigtig opgave er at undersøge validiteten af sundhedsplejerskernes bemærkninger, for eksempel ved at sammenligne disse bemærkninger med en ekspertvurdering. Det kunne være interessant at udforske, hvornår og hvorfor sundhedsplejerskerne sætter en bemærkning til forældre-barn relationen, ud fra en kvalitativ tilgang. Det kunne desuden være interessant med mere viden om, hvorvidt forældre-barn relationen er en følge af andre problemer, eller om forældre-barn relationen er en årsag til andre problematikker.



Konklusion: Blandt børn født i Danmark i 2016 havde omkring 10,5 % af alle spædbørn bemærkning til forældrenes rolle i forældre-barn relationen, og 2,8 % af alle spædbørn havde bemærkning til barnets reaktion i forældre-barn relationen. Det er ikke tilfældigt hvilke børn, der får bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår. Flere sociodemografiske faktorer, forudsætninger for forældreskab og forhold relateret til fødslen er risikofaktorer for en problematisk forældre-barn relation. Derudover har børn med bemærkning til forældre-barn relationen øget risiko for ikke at blive ammet fuldt i mindst fire måneder, regulatoriske problemer i form af problemer med søvn, uro/gråd og ernæring/spisning, samt sproglige og motoriske vanskeligheder. Derudover er der blandt børn med bemærkning til forældre-barn relationen en større forekomst af bemærkninger til

sundhedsplejerskens kontakt med barnet samt øget risiko for behovssundhedspleje.

Slutteligt har børn af forældre med bemærkning til deres psykiske tilstand en øget risiko for forældre-barn problemer i første leveår. Nogle af fundene er afhængige af, om forældre-barn relationen betragtes fra forældrenes eller barnets perspektiv. Opgørelsen viser, at det er vigtigt med tidlig opsporing og et øget fokus på forældre-barn vanskeligheder allerede i barnets første leveår. Der ses derfor et stort behov for at fortsætte og udvikle den indsats, som sundhedsplejersken og andre gør for at afdække problemer med forældre-barn relationen. Fremadrettet er det vigtigt at sikre validiteten af sundhedsplejerskernes data og at udvikle nye indsatser til familier med problematisk forældre-barn relation.



8. Inspiration til praksis

Rapporten kan på mange måder give inspiration til sundhedsplejens praksis.

- Det er vigtigt, at sundhedsplejen har fokus på forældre-barn relationen. For det første fordi vi finder, at der samlet er 7 % af børnene i rapporten, der har bemærkning til forældre-barn relationen. For det andet fordi den videnskabelige litteratur understreger vigtigheden af tidlig opsporing af forældre-barn relationsudfordringer. For det tredje fordi sundhedsplejersken ser rigtig mange spædbørn i deres daglige arbejde og derfor har en god forudsætning for at vurdere, hvorvidt forældrene og barnet har forældre-barn relationsudfordringer.
- Rapporten finder en række risikofaktorer for bemærkning til forældre-barn relationen, der kan supplere sundhedsplejerskernes viden og inddrages i deres arbejde. Blandt andet er børn, hvis mødre har oplevet graviditetsvanskeligheder, i øget risiko for udfordringer med forældre-barn relationen, hvilket giver anledning til overvejelser om, hvorvidt denne gruppe skal tilbydes yderligere hjælp.



- Rapporten viser, at der er et mindretal af børnene, der får gentagne bemærkninger til forældre-barn relationen gennem det første leveår, men i sundhedsplejen er det vigtigt at have øget fokus på denne gruppe af børn, og sikrer at de følges og hjælpes.
- De kommunale forskelle i andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen kan være et udtryk for forskellige traditioner for, hvornår man noterer en bemærkning. Andelen kan således siges at være påvirket af, hvor meget fokus den enkelte kommune har på forældre-barn relationen. Det er derfor vigtigt, at vurderingen skal ske ud fra de samme standardiserede kriterier. Det betyder, at arbejdet med at tilpasse journalen og præcisere vejledningerne skal fortsætte.
- De to journalsystemer fokuserer på to forskellige vinkler af forældre-barn relationen, og det vil fremover være en fordel, at systemerne ensretter deres perspektiv samt praksis i forhold til, hvornår der registreres bemærkninger til forældre-barn relationen, og det anbefales, at der nedsættes en arbejdsgruppe for at ensrette perspektivet på forældre-barn relationen.
- Sundhedsplejen opfordres til at drøfte og vurdere behovet for yderligere indsatser og tilbud i egen kommune, samt om samarbejdet med andre relevante tværfaglige grupper skal udvikles yderligere.

9. Referencer

Ammitzbøll J, Holstein BE, Wilms L, Andersen A & Skovgaard AM (2016). A new measure for infant mental health screening: Development and initial validation. *BMC Pediatrics*; 16: 197.

Ammitzbøll J, Thygesen LC, Holstein BE, Andersen A & Skovgaard AM (2017). Predictive validity of a service-setting based measure to identify infancy mental health problems - A population based cohort study. *European Child & Adolescent Psychiatry*; 27: 711-723.

Appleton JV, Harris M, Oates J & Kelly C (2013): Evaluating health visitor assessments of mother-infant interactions: A mixed methods study. *International Journal of Nursing Studies*; 50: 5-15.

Armstrong R, Scott J, Copland D, McMahon K, Khan A, Najman JM, Alati R & Arnott W (2016): Predicting receptive vocabulary change from childhood to adulthood: a birth cohort study. *Journal of Communication Disorders*; 64: 78-90.

Bowlby J (2008): En sikker base – Tilknytnings-teoriens kliniske anvendelser. København: Det lille forlag, 7. oplag.

Britton JR, Britton HL & Gronwaldt V (2006): Breastfeeding, sensitivity, and attachment. *Pediatrics*; 118:1436-43.

Bryanton J, Gagnon AJ, Hatem M & Johnston C (2008): Predictors of Early Parenting Self-efficacy: Results of a Prospective Cohort Study. *Nursing Research*; 57:252-59.

Bryanton J, Gagnon AJ, Hatem M & Johnston C (2009): Does Perception of the Childbirth Experience Predict Women's Early Parenting Behaviors? *Research in Nursing & Health*; 32:191-203.

Bunkholdt V (2003): Tilknytning og tilknytningsproblemer. Norsk Fosterhjemsforening, tema-hæfte nr. 6.

Clark R, Tluczek A & Gallagher KC (2004): Assessment of Parent-Child Early Relational Disturbances I: DelCarmen-Wiggins R & Carter A (ed) (2004): *Handbook of Infant, Toddler and Preschool Mental Health Assessment*. New York: Oxford University Press.

Cox JL, Holden JM & Sagovsky R. (1987): Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*; 150:782-786.

Databasen Børns Sundhed 2018: Vejledning til den kvalitetssikrede sundhedsplejerskejournal. Link: <http://www.si-folkesundhed.dk/upload/tmsund2018.pdf>

Databasen Børns Sundhed, Johansen A, Weber Pant S & Holstein BE (2018). Forældre-barn relationen. Temarapport og årsrapport. Skoleåret 2016-2017. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

Databasen Børns Sundhed, Svendsen M, Brixval CS & Holstein BE (2012): Sundhedsplejerskens vurdering af mors psykiske tilstand. Temarapport om børn født i 2010. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

Databasen Børns Sundhed, Weber Pant S & Johansen A (2017): Sundhedsplejerskers bemærkninger til sprog og kommunikation: Temarapport og årsrapport. Børn født i 2015. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU.



De Onis M, Onyango A, Borghi E, Siam A, Blossner M & Lutter C (2012): Worldwide implementation of the WHO Child Growth Standards. *Public Health Nutrition*; 15:1603-10.

Edmondson OJH, Psychogiou L, Vlashos H, Netsi E & Ramchandani PG (2010): Depression in fathers in the postnatal period: Assessment of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening measure. *Journal of Affective Disorders*; 125:365-368.

Egeland B, Pianta R & O'Brian MA (1993): Maternal intrusiveness in infancy and child maladaptation in early school years. *Development and Psychopathology*; 5:359-70.

Fonagy P & Allison E (2012): What is Mentalization? The concept and its foundations in developmental research i Midgley N & Vrouva I (red.): *Minding the Child: Mentalization-Based Interventions with Children, Young People and Their Families*. New York: Routledge.

Goodman SH & Gotlib IH (1999): Risk for Psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*; 106, 458-490.

Gurgel LG, Vidor DCGM, Joly MCRA & Reppold CT (2014): Risk factors for proper oral language development in children: a systematic literature review. *Codas*; 26: 350-6.

Harold G, Acquah D, Sellers R & Chowdry H (2016): *What Works to Enhance Inter-Parental Relationships and Improve Outcomes for Children*. Early Intervention Foundation.

Hart S (2013): *Udviklingspsykopatologi i Schwartz & Hart: Barnet og dets relationelle miljø*. København: Hans Reitzels Forlag.

Hawa VV & Spanoudis G (2014): Toddlers with delayed expressive language: an overview of the characteristics, risk factors and language outcomes. *Research in Development Disabilities*; 35: 400-7.

Killén K (2003): Barns tilknytning. *Psyke & Logos*; 24:573-87.

Killén K, Klette T & Arnevik E (2006): Tidlig mor-barn-samspill i norske familier. *Tidsskrift for norsk psykologforening*.

KL (2015): *De udsatte børn – Fremtiden er deres*. KL-udspil om udsatte børn og unge.

Kristensen IH, Trillingsgaard T, Simonsen M & Kronborg H (2017): Are health visitors' observations of early parent-infant interactions reliable? A cross-sectional design. *Infant Mental Health Journal*; 38: 276-288.

Lind D (2003): Tilknytningsforskningens bidrag til forståelsen af psykopatologi hos børn. *Psyke & Logos*; 24:686-718.

NOVAX 2018: Obligatoriske registreringer i Novax journalen med henblik på deltagelse i Databasen Børns Sundhed. Link: [//www.si-folkesundhed.dk/Links/Databasen%20B%C3%B8rns%20Sundhed/Vejledninger.aspx](http://www.si-folkesundhed.dk/Links/Databasen%20B%C3%B8rns%20Sundhed/Vejledninger.aspx).

Møhl B (2003): Attachment – En introduktion. *Psyke & Logos*; 24:477-84.

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



Skovgaard AM, Houmann T, Landorph SL & Christiansen E (2004): Assessment and classification of psychopathology in epidemiological research of children 0-3 years of age – A review of the literature. *European Child Adolescent Psychiatry*; 13:337-346.

Skovgaard AM, Olsen EM, Christiansen E, Houmann T, Landorph SL, Jørgensen T & the CCC 2000 study group (2008): Predictors (0-10 months) of psychopathology at age 1½ years – a general population study in The Copenhagen Child Cohort CCC 2000. *Child Psychology and Psychiatry*; 49:553-562.

Skovgaard AM, Olsen EM, Houmann TB, Christiansen E, Lichtenberg A & Jørgensen T (2007): Markører for psykiske helbredsproblemer ved sundhedsplejerskernes undersøgelser af 0-1-årige børn. *Ugeskrift for Læger*; 169:1006-10.

Smith-Nielsen J, Lønfeldt N, Guedeney A & Væver MS (2018): Implementation of the Alarm Distress Baby Scale as a universal screening instrument in primary care: feasibility, acceptability, and predictors of professionals' adherence to guidelines. *International Journal of Nursing Studies*; 79:104-13.

Statistikbanken.dk <http://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1920>.

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

Sundhedsstyrelsen (2018a): Kommunens arbejde med forebyggelsespakkerne. København: Sundhedsstyrelsen.

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

Svensson A (2011): Barnets sproglige miljø – fra ord til mening. Frederikshavn: Dafolo.

Thomsen PH & Skovgaard AM (2012): Psykiske forstyrrelser i de første leveår i Børne- og ungdomspsykiatri. 3 udgave. København: FADL'S Forlag.

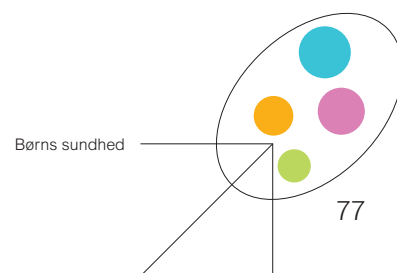
Thomson RM, Allely CS, Purves D, Puckering C, McConnachie A, Johnson PCD, Golding J, Gillberg C & Wilsin P (2014): Predictors of positive and negative parenting behaviours: evidence from the ALSPAC cohort. *BMC Pediatrics*; 14:247.

Trentacosta CJ, Neppl TK, donnellan MB, Scaramella LV, Shaw DS, Conger RD (2010): Adolescent personality as a prospective predictor of parenting: an interactionist perspective. *Journal of Family Psychology*; 24:721-30.

Væver MS (2015): Tilknytningsvanskeligheder og udsathed i spæd- og småbørnsalderen i: Erlandsen T, Jensen NR, Langager S & Petersen KE (red.): Udsatte børn og unge – En grundbog. København: Hans Reitzels Forlag.

Væver MS, Smith-Nielsen J, Woweren RV, Wendelboe K & Lavalley ML (2016): Sikre metoder til at spore tidlig mistrivsel og stress hos spædbørn. *Sundhedsplejersken*; 3:6-12.

Zero to Three (2016): DC:0-5™ Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood. Washington, DC.

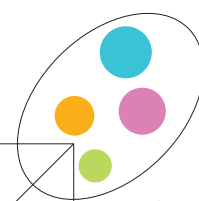


Bilag 1: Variabeloversigt

Variabel	Data stammer fra	Kategorier
Kommune	Kommune der har indsendt data	Kommune
Sociodemografiske faktorer		
Barnets køn	Udregnet via cpr. nr.	Dreng Pige
Familietype	Hentet via familieregisteret	Bor med begge forældre Bor ikke med begge forældre
Mors alder ved fødslen	Udregnet via cpr. nr.	<20 år 20-29 år 30-39 år 40 år eller ældre
Fars alder ved fødslen	Udregnet via cpr. nr.	<20 år 20-29 år 30-39 år 40 år eller ældre
Forældrenes herkomst	Hentet via indvandringregisteret (IEPE)	Begge forældre dansk herkomst Én forælder dansk herkomst og én forælder indvandrer eller efterkomme Begge forældre indvandrere eller efterkommere
Mors herkomst	Hentet via indvandringregisteret (IEPE)	Dansk herkomst Indvandrer Efterkommer
Fars herkomst	Hentet via indvandringregisteret (IEPE)	Dansk herkomst Indvandrer Efterkommer
Forældrenes højest gennemførte uddannelse	Hentet via uddannelsesregisteret (UDDA)	Lang videregående uddannelse Kort eller mellemlang videregående uddannelse Almen eller erhvervs gymnasial uddannelse Erhvervsfaglig uddannelse Grundskole
Mors højest gennemførte uddannelse	Hentet via uddannelsesregisteret (UDDA)	Lang videregående uddannelse Kort eller mellemlang videregående uddannelse Almen eller erhvervs gymnasial uddannelse Erhvervsfaglig uddannelse Grundskole
Fars højest gennemførte uddannelse	Hentet via uddannelsesregisteret (UDDA)	Lang videregående uddannelse Kort eller mellemlang videregående uddannelse Almen eller erhvervs gymnasial uddannelse. Erhvervsfaglig uddannelse Grundskole
Forældrenes tilknytning til arbejdsmarkedet	Hentet via indkomstregisteret (INDH)	Begge forældre i erhverv Én forælder i erhverv, én ikke i erhverv Begge forældre ikke i erhverv
Mors tilknytning til arbejdsmarkedet	Hentet via indkomstregisteret (INDH)	I erhverv Ikke i erhverv
Fars tilknytning til arbejdsmarkedet	Hentet via indkomstregisteret (INDH)	I erhverv Ikke i erhverv
Socialt netværk og forældreskab		
TM-data		
Socialt netværk	Er registreret i TM-data	Ja Nej
Bekymrende forældreforudsætninger	Er registreret i TM-data	Ja Nej



Variabel	Data stammer fra	Kategorier
Faktorer relateret til fødslen		
Komplikationer i graviditet	Hentet via medicinsk fødselsregisteret	Ja Nej
Komplikationer ved fødsel	Hentet via medicinsk fødselsregisteret	Ja Nej
Flerfødt	Hentet via medicinsk fødselsregisteret	Enkelt født Flerfødt
Fødselsvægt	Hentet via medicinsk fødselsregisteret	<2.500 gram 2.500-3.999 gram >3.999 gram
Kejsersnit	Hentet via medicinsk fødselsregisteret	Ja Nej
Mors paritet	Hentet via medicinsk fødselsregisteret	Førstegangsfødende Flergangsfødende
Apgarscore fem min. efter fødslen	Hentet via medicinsk fødselsregisteret	<9 9 eller 10
Medfødte misdannelser	Hentet via medicinsk fødselsregisteret	Ja Nej
Amning		
Fuld amning	Er registreret i begge journaler	< 4 måneder 4 måneder eller mere
Faktorer relateret til barnets trivsel og udvikling		
Vægt ud fra WHO's definition af vægtstatus	Er registreret i begge journaler	Undervægtige Normalvægtige I risiko for overvægt Overvægtige/svært overvægtige
Bemærkning til søvn	Er registreret i begge journaler ved A-, B-, C- og D-besøget	Bemærkning Ingen bemærkning
Bemærkning til sprog	Er registreret i begge journaler ved B-, C- og D-besøget	Bemærkning Ingen bemærkning
Bemærkning til motorik	Er registreret i begge journaler ved A-, B-, C- og D-besøget	Bemærkning Ingen bemærkning
TM-data		
Bemærkning til uro/gråd	Er registreret i TM-journalen ved A-, B-, C- og D-besøget	Bemærkning Ingen bemærkning
Bemærkning til barnets signaler og reaktioner	Er registreret i TM-journalen ved A-, B-, C- og D-besøget	Bemærkning Ingen bemærkning
Bemærkning til barnets ernæring og spisning	Er registreret i TM-journalen ved A-, B-, C- og D-besøget	Bemærkning Ingen bemærkning
Bemærkning til sundhedsplejerskens kontakt til barnet	Er registreret i TM-journalen ved A-, B-, C- og D-besøget	Bemærkning Ingen bemærkning
Faktorer relateret til efterfødselsreaktioner		
Edinburgh-skalaen mor	Er registreret i begge journaler	<12 point 12 point eller mere
Edinburgh-skalaen far	Er registreret i begge journaler	<10 point 10 point eller mere
Bemærkning til mors psykiske tilstand i første leveår	Er registreret i begge journaler	Bemærkning Ingen bemærkning
Bemærkning til fars psykiske tilstand i første leveår	Er registreret i TM-journalen	Bemærkning Ingen bemærkning
Behovssundhedspleje		
Behovssundhedspleje	Besøg registreret med datoer i NV-journalen	<8 besøg i første leveår 8 eller flere besøg i det første leveår



Bilag 2: Logistiske regressionsanalyser

6.1 Andelen af børn med bemærkninger til forældre-barn relationen

Tabel 6.1.1 OR (99 % CI) for at have bemærkning til forældre-barn relationen ved B-, C- eller D-besøget efter, om der er bemærkning til forældre-barn relationen ved A-besøget, TM-data

	B-besøget OR (99 % CI)	C-besøget OR (99 % CI)	D-besøget OR (99 % CI)
Forældre-barn relationen ved A-besøget			
Ingen bemærkning til forældre-barn relationen	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)
Bemærkning til forældre-barn relationen	11,22 (8,04-15,65)	9,37 (6,03-14,55)	8,17 (5,43-12,27)

Pga. for få observationer foretages der ikke logistiske analyser af NV-data

6.2 Sociodemografiske faktorer

Tabel 6.2.1 OR (99 % CI) for at have mindst én bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår efter sociodemografiske faktorer, TM-data

	Ujusteret OR (99 % CI)	Justeret OR (99 % CI)
Køn		
Pige	1 (reference)	
Dreng	1,10 (0,94-1,29)	
Familietype		
Bor med begge forældre	1 (reference)	1 (reference) ^a
Bor ikke med begge forældre	1,75 (1,42-2,17)	1,24 (0,95-1,63)
Mors alder ved fødslen		
<20 år	3,34 (1,86-6,01)	1,76 (0,83-3,76)
20-29 år	1,18 (1,00-1,39)	1,08 (0,88-1,31)
30-39 år	1 (reference)	1 (reference) ^d
>39 år	1,34 (0,88-2,04)	1,20 (0,72-1,98)
Fars alder ved fødslen		
<20 år	3,85 (1,31-11,29)	2,50 (0,65-9,56)
20-29 år	1,29 (1,07-1,54)	1,25 (1,02-1,53)
30-39 år	1 (reference)	1 (reference) ^c
>39 år	1,48 (1,16-1,88)	1,31 (0,99-1,72)
Forældrenes herkomst		
Begge forældre dansk herkomst	1 (reference)	^a
Begge forældre indvandrere eller efterkommere	2,66 (2,23-3,18)	
Én dansk og én indvandrer eller efterkommer	1,58 (1,22-2,05)	
Forældrenes uddannelse		
Lang videregående uddannelse	1 (reference)	1 (reference) ^e
Kort eller mellemlang videregående uddannelse	1,10 (0,88-1,37)	1,07 (0,85-1,34)
Almen eller erhvervs gymnasial uddannelse	1,54 (1,19-2,11)	1,24 (0,88-1,75)
Erhvervsfaglig uddannelse	1,45 (1,15-1,83)	1,24 (0,97-1,60)
Grundskole	3,38 (2,61-4,38)	2,10 (1,53-2,88)
Forældrenes erhvervstilknytning		
Begge forældre i erhverv eller under uddannelse	1 (reference)	1 (reference) ^f
Begge forældre uden erhverv	3,47 (2,41-5,01)	2,01 (1,27-3,17)
Én forælder i erhverv eller under uddannelse, én uden erhverv	2,03 (1,60-2,57)	1,60 (1,24-2,08)

^aJusteret for mors alder ved fødsel, forældrenes herkomst, forældrenes uddannelsesniveau og forældrenes erhvervstilknytning

^bJusteret for familietype, mors herkomst, mors uddannelsesniveau og mors erhvervstilknytning

^cJusteret for familietype, fars herkomst, fars uddannelsesniveau og fars erhvervstilknytning

^dDer er ikke foretaget justerede analyser, da faktorerne alle kan betragtes som medierende faktorer mellem forældrenes herkomst og forældre-barn relationen

^eJusteret for familiens herkomst, mors alder ved fødsel og fars alder ved fødsel

^fJusteret for familiens herkomst, forældrenes uddannelse, mors alder ved fødsel og fars alder ved fødsel



Tabel 6.2.2 OR (99 % CI) for at have mindst én bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår efter sociodemografiske faktorer, NV-data

	Ujusteret OR (99 % CI)	Justeret OR (99 % CI)
Køn		
Pige	1 (reference)	
Dreng	1,08 (0,78-1,50)	
Familietype		
Bor med begge forældre	1 (reference)	1 (reference) ^a
Bor ikke med begge forældre	2,00 (1,33-3,01)	1,44 (0,85-2,42)
Forældrenes uddannelse		
Lang videregående uddannelse	1 (reference)	1 (reference) ^b
Kort eller mellemlang videregående uddannelse	1,08 (0,66-1,77)	1,02 (0,61-1,70)
Almen eller erhvervs gymnasial uddannelse	1,84 (0,98-3,45)	1,79 (0,91-3,53)
Erhvervsfaglig uddannelse	1,91 (1,21-3,01)	1,75 (1,07-2,86)
Grundskole	2,91 (1,63-5,19)	2,65 (1,29-5,46)
Forældrenes erhvervstilknytning		
Begge forældre i erhverv eller under uddannelse	1 (reference)	1 (reference)
Begge forældre uden erhverv	4,22 (2,23-7,98)	4,91 (2,16-11,12)
Én forælder i erhverv eller under uddannelse, én uden erhverv	1,60 (0,93-2,76)	1,43 (0,79-2,59)

^aJusteret for mors alder ved fødsel, forældrenes herkomst, forældrenes uddannelsesniveau og forældrenes erhvervstilknytning

^bJusteret for familiens herkomst, mors alder ved fødsel og fars alder ved fødsel

^cJusteret for familiens herkomst, forældrenes uddannelse, mors alder ved fødsel og fars alder ved fødsel

6.3 Socialt netværk og forældreskab

Tabel 6.3.1 OR (99 % CI) for at have mindst én bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår efter forældrenes sociale netværk og problematiske forældreskab, TM-data

	Ujusteret OR (99 % CI)	Justeret OR (99 % CI)
Støttende socialt netværk		
Ja	1 (reference)	1 (reference) ^a
Nej	1,82 (1,18-2,81)	1,08 (0,52-2,23)
Bekymrende forældreforudsætninger		
Nej	1 (reference)	1 (reference) ^a
Ja	4,04 (3,11-5,27)	3,75 (2,65-5,31)

^aJusteret for familietype, familiens herkomst, familiens uddannelsesniveau og familiens erhvervstilknytning

^bJusteret for familietype, familiens herkomst, familiens uddannelsesniveau, familiens erhvervstilknytning og socialt netværk

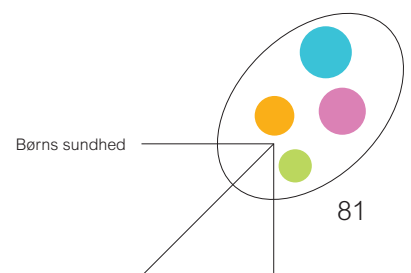
6.4 Faktorer relateret til graviditet og fødsel

Tabel 6.4.1 OR (99 % CI) for at have mindst én bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår efter forhold relateret til fødslen, TM-data

	Ujusteret OR (99 % CI)	Justeret OR (99 % CI)
Komplikationer i graviditeten		
Nej	1 (reference)	1 (reference) ^a
Ja	1,31 (1,04-1,65)	1,36 (1,08-1,72)
Mors paritet		
Ikke førstefødte	1 (reference)	^b
Førstefødte	1,32 (1,13-1,55)	

^aJusteret for mors alder

^bDer er ikke foretaget justerede analyser, da faktorerne alle kan betragtes som medierende faktorer mellem mors paritet og forældre-barn relationen





Tabel 6.4.2 OR (99 % CI) for at have mindst én bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår efter forhold relateret til graviditet og fødsel, NV-data

	Ujusteret OR (99 % CI)	Justeret OR (99 % CI)
Komplikationer i graviditeten		
Nej	1 (reference)	1 (reference) ^a
Ja	2,62 (1,78-3,86)	2,50 (1,68-3,73)
Flerfødt		
Enkeltfødt	1 (reference)	^b
Flerfødt	3,86 (2,31-6,47)	
Gestationsalder		
Født uge 37 eller senere	1 (reference)	1 (reference) ^c
Født før uge 37	6,43 (4,36-9,48)	3,40 (1,81-6,41)
Fødselsvægt		
Under 2.500 gram	8,24 (4,36-15,58)	3,26 (1,38-7,71)
2.500-3.999 gram	1,34 (0,77-2,34)	1,29 (0,72-2,32)
4.000 gram eller mere	1 (reference)	1 (reference) ^d
Kejsersnit		
Nej	1 (reference)	1 (reference) ^e
Ja	2,63 (1,88-3,68)	1,87 (1,28-2,73)
Apgarscore		
9 eller 10	1 (reference)	1 (reference) ^f
Under 9	2,39 (1,15-4,97)	1,65 (0,77-3,55)

^aJusteret for mors alder

^bDer er ikke foretaget justerede analyser, da faktorerne alle kan betragtes som medierende faktorer mellem flerfødsel og forældre-barn relationen

^cJusteret for fødselsvægt, mors alder ved fødsel og mors uddannelse

^dJusteret for flerfødsel, gestationsalder og mors alder

^eJusteret for komplikationer ved fødsel, flerfødsel, gestationsalder, fødselsvægt

^fJusteret for komplikationer ved fødsel, flerfødsel, gestationsalder, fødselsvægt

6.5. Amning

Tabel 6.5.1 OR (99 % CI) for at ikke at amme fuldt ved fire måneder efter mindst én bemærkning til forældre-barn relationen ved A- og B-besøget

TM-data	Ujusteret OR (99 % CI)	Justeret OR ^a (99 % CI)
Bemærkning til forældrenes rolle i forældre-barn relationen		
Nej	1 (reference)	1 (reference)
Ja	1,96 (1,55-2,48)	1,50 (1,13-1,99)
NV-data		
Bemærkning til barnets reaktion i forældre-barn relationen		
Nej	1 (reference)	1 (reference)
Ja	2,54 (1,58-4,07)	2,44 (1,30-4,60)

^aJusteret for mors alder, familietype, familiens herkomst, familiens uddannelse, familiens erhvervstilknytning, gestationsalder, flerfødt, medfødte misdannelser og mors psykiske tilstand



Tabel 6.6.5 OR (99 % CI) for mindst én bemærkning til signaler/reaktioner i første leveår efter mindst én bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår

TM-data	Ujusteret OR (99 % CI)	Justeret OR ^a (99 % CI)
Bemærkning til forældre-barn relationen		
Nej	1 (reference)	1 (reference)
Ja	4,78 (4,07-5,61)	5,07 (4,18-6,14)

^aJusteret for familiens herkomst, familiens uddannelse, familiens erhvervstilknytning, gestationsalder, flerfødt, fødselsvægt, kejsersnit, paritet og medfødte misdannelser

Tabel 6.6.6 OR (99 % CI) for mindst én bemærkning til uro/gråd i første leveår efter mindst én bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår

TM-data	Ujusteret OR (99 % CI)	Justeret OR ^a (99 % CI)
Bemærkning til forældre-barn relationen		
Nej	1 (reference)	1 (reference)
Ja	4,55 (3,63-5,70)	4,84 (3,72-6,30)

^aJusteret for familiens herkomst, familiens uddannelse, familiens erhvervstilknytning, gestationsalder, flerfødt, fødselsvægt, kejsersnit, paritet og medfødte misdannelser

Tabel 6.6.7 OR (99 % CI) for mindst én bemærkning til ernæring/spisning i første leveår efter mindst én bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår

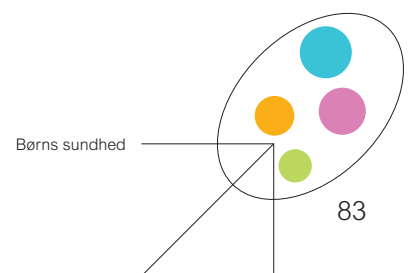
TM-data	Ujusteret OR (99 % CI)	Justeret OR ^a (99 % CI)
Bemærkning til forældre-barn relationen		
Nej	1 (reference)	1 (reference)
Ja	3,37 (2,82-4,03)	2,93 (2,37-3,62)

^aJusteret for familiens herkomst, familiens uddannelse, familiens erhvervstilknytning, gestationsalder, flerfødt, fødselsvægt, kejsersnit, paritet og medfødte misdannelser

Tabel 6.6.8 OR (99 % CI) for mindst én bemærkning til sundhedsplejerskens kontakt med barnet i første leveår efter mindst én bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår

TM-data	Ujusteret OR (99 % CI)	Justeret OR ^a (99 % CI)
Bemærkning til forældre-barn relationen		
Nej	1 (reference)	1 (reference)
Ja	5,32 (4,36-6,47)	5,42 (4,43-6,62)

^aJusteret for gestationsalder, fødselsvægt og medfødte misdannelser



Børns sundhed

Tabel 6.6.5 OR (99 % CI) for mindst én bemærkning til signaler/reaktioner i første leveår efter mindst én bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår

TM-data	Ujusteret OR (99 % CI)	Justeret OR ^a (99 % CI)
Bemærkning til forældre-barn relationen		
Nej	1 (reference)	1 (reference)
Ja	4,78 (4,07-5,61)	5,07 (4,18-6,14)

^aJusteret for familiens herkomst, familiens uddannelse, familiens erhvervstilknytning, gestationsalder, flerfødt, fødselsvægt, kejsersnit, paritet og medfødte misdannelser

Tabel 6.6.6 OR (99 % CI) for mindst én bemærkning til uro/gråd i første leveår efter mindst én bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår

TM-data	Ujusteret OR (99 % CI)	Justeret OR ^a (99 % CI)
Bemærkning til forældre-barn relationen		
Nej	1 (reference)	1 (reference)
Ja	4,55 (3,63-5,70)	4,84 (3,72-6,30)

^aJusteret for familiens herkomst, familiens uddannelse, familiens erhvervstilknytning, gestationsalder, flerfødt, fødselsvægt, kejsersnit, paritet og medfødte misdannelser

Tabel 6.6.7 OR (99 % CI) for mindst én bemærkning til ernæring/spisning i første leveår efter mindst én bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår

TM-data	Ujusteret OR (99 % CI)	Justeret OR ^a (99 % CI)
Bemærkning til forældre-barn relationen		
Nej	1 (reference)	1 (reference)
Ja	3,37 (2,82-4,03)	2,93 (2,37-3,62)

^aJusteret for familiens herkomst, familiens uddannelse, familiens erhvervstilknytning, gestationsalder, flerfødt, fødselsvægt, kejsersnit, paritet og medfødte misdannelser

Tabel 6.6.8 OR (99 % CI) for mindst én bemærkning til sundhedsplejerskens kontakt med barnet i første leveår efter mindst én bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår

TM-data	Ujusteret OR (99 % CI)	Justeret OR ^a (99 % CI)
Bemærkning til forældre-barn relationen		
Nej	1 (reference)	1 (reference)
Ja	5,32 (4,36-6,47)	5,42 (4,43-6,62)

^aJusteret for gestationsalder, fødselsvægt og medfødte misdannelser



6.7 Efterfødselsreaktioner

Tabel 6.7.1 OR (99 % CI) for at have mindst én bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår efter forældrenes efterfødselsreaktioner

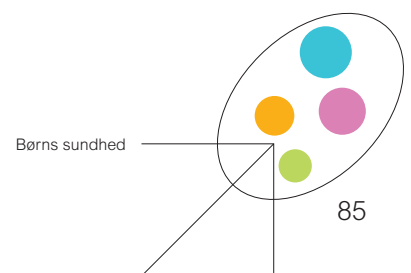
TM-data	Ujusteret OR (99 % CI)	Justeret OR (99 % CI)
Mødres score på The Edinburgh Postnatal Depression Scale		
Scoren < 12	1 (reference)	1 (reference) ^a
Scoren ≥ 12	2,66 (1,94-3,63)	2,64 (1,87-3,71)
Mindst en bemærkning til mors psykiske tilstand		
Nej	1 (reference)	1 (reference) ^a
Ja	3,63 (3,09-4,26)	3,89 (3,22-4,69)
Mindst en bemærkning til fars psykiske tilstand		
Nej	1 (reference)	1 (reference) ^b
Ja	4,17 (3,35-5,20)	4,03 (3,14-5,16)
NV-data		
Mødres score på The Edinburgh Postnatal Depression Scale		
Scoren < 12	1 (reference)	1 (reference) ^a
Scoren ≥ 12	4,99 (2,00-12,49)	6,36 (2,13-18,97)
Mindst en bemærkning til mors psykiske tilstand		
Nej	1 (reference)	1 (reference) ^a
Ja	3,94 (2,65-5,86)	4,07 (2,55-6,50)

^aJusteret for mors herkomst, mors uddannelsesniveau, mors erhvervstilknytning, graviditetskomplikationer, gestationsalder, flerfødt, fødselsvægt, medfødte misdannelser

^bJusteret for fars herkomst, fars uddannelsesniveau, fars erhvervstilknytning, graviditetskomplikationer, gestationsalder, flerfødt, fødselsvægt, medfødte misdannelser

Tabel 6.7.2 OR (99 % CI) for at have bemærkning til mors og fars psykiske tilstand ved B-, C- og/eller D-besøget efter, om der er bemærkning til forældre-barn relationen ved A-besøget

	Bemærkning til mors psykiske tilstand ved B-, C-, eller D-besøget	Bemærkning til fars psykiske tilstand ved B-, C-, eller D-besøget	Bemærkning til mors psykiske tilstand ved B-, C-, eller D-besøget
	TM-data	TM-data	NV-data
	OR (99 % CI)	OR (99 % CI)	OR (99 % CI)
Forældre-barn relationen ved A-besøget			
Ingen bemærkning til forældre-barn relationen	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)
Bemærkning til forældre-barn relationen	2,29 (1,61-3,26)	2,79 (1,61-4,82)	3,20 (1,08-9,50)





Tabel 6.7.3 OR (99 % CI) for at have bemærkning til forældre-barn relationen ved enten B-, C- og/eller D-besøget efter, om der er bemærkning til mors og fars psykiske tilstand ved A-besøget

	TM-data OR (99 % CI)	NV-data OR (99 % CI)
Mors psykiske tilstand ved A-besøget		
Ingen bemærkning til mors psykiske tilstand	1 (reference)	1 (reference)
Bemærkning til mors psykiske tilstand	2,42 (1,81-3,23)	6,08 (2,15-17,17)
	TM-data OR (99 % CI)	
Fars psykiske tilstand ved A-besøget		
Ingen bemærkning til mors psykiske tilstand	1 (reference)	
Bemærkning til mors psykiske tilstand	3,33 (2,12-5,24)	

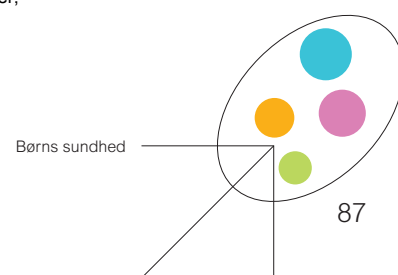


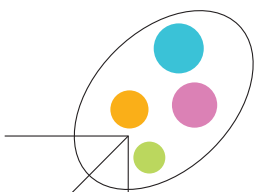
6.8 Behovssundhedspleje

Tabel 6.8.1 OR (99 % CI) for at have modtaget behovssundhedspleje i første leveår efter barnets reaktion i forældre-barn relationen NV-data

	Ujusteret OR (99 % CI)	Justeret OR (99 % CI)
Bemærkning til barnets reaktion i forældre-barn relationen		
Ja	1 (reference)	1 (reference) ^a
Nej	5,24 (3,68-7,47)	4,05 (2,58-6,37)

^aJusteret for familietype, familiens herkomst, familiens uddannelsesnivea, familiens erhvervstilknytning, gestationsalder, fødselsvægt, flerfødt og medfødte misdannelser





BØRNS SUNDHED

Samarbejde mellem
sundhedsplejersker og
Statens Institut for
Folkesundhed



Børn født
i 2016