

Landsdækkende Database for Børn og Unges Sundhed (LDBU)

Evidensrapport

Version: 1.0

Dato: 14.01.2026



Sundhedsvæsenets
Kvalitetsinstitut

© Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, 2026

Udgiver
Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut
Hedeager 3
8200 Aarhus N

Udarbejdet af:
Videnskabelig assistent Lis Marie Pommerencke og
seniorforsker Trine Pagh Pedersen, Statens Institut for
Folkesundhed, Syddansk Universitet
E-mail: tpe@sdu.dk
Telefonnummer: +45 65507885

www.sundk.dk

Version 1.0
Versionsdato: 14.01.2026
Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

Forord

Denne evidensrapport er det foreløbige resultat af LDBU-styregruppens arbejde med udvikling af databasens kvalitetsindikatorer. Det primære fokus de kommende år vil være på at sikre dataleverancen fra alle danske kommuner til LDBU, da det videre udviklingsarbejde med populationsopgørelser og indikatorspecifikationer forudsætter dataadgang.

De fleste børn og unge i Danmark har det godt, men på flere parametre går det den forkerte vej for børn og unges sundhed og trivsel. Der er til stadighed børn og unge, der har mentale helbredsproblemer, psykisk sygdom, overvægt, motoriske problemer og forsinket sproglig udvikling. Mistrivslen og sundhedsproblemerne er desuden ulige fordelt. Risikoen for, at man som barn og ung mistrives eller har en uheldsmæssig sundhedsadfærd, er f.eks. højere, jo lavere uddannelse ens forældre har. En tidlig sundhedsfremmende og forebyggende indsats er derfor en effektiv investering i folkesundheden.

På den baggrund er der indgået et samarbejde mellem Databasen Børns Sundhed (DBS), Statens Institut for Folkesundhed (SIF), Kommunernes Landsforening (KL), Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK), Danske Regioner (DR) og Sundhedsdatastyrelsen (SDS) om etablering af en klinisk kvalitetsdatabase: "Den Landsdækkende Database for Børn og Unges sundhed (LDBU)".

Formålet med LDBU er at monitorere kvaliteten og bidrage til kvalitetsudviklingen af områdets faglige praksis og ydelser, med henblik på at fremme børns fysiske og psykiske trivsel, samt skabe grundlag for forbedring af børnesundheden i Danmark, samt mindske social ulighed i sundhed for alle børn fra før fødsel og til 15-årsalderen.

LDBU skal indeholde data om børn og unge samt levere valide og tidstro data, som kan være til gavn for kvalitetsforbedringer i praksis og forebyggelsesarbejde lokalt, regionalt og nationalt – ikke mindst på tværs af sektorer. Data fra LDBU kan desuden videregives til forskningsformål, hvormed der er en enestående mulighed for banebrydende forskning inden for børn og unges sundhed.

Databasestyregruppen, som er det styrende organ i LDBU, arbejder med at udvikle kvalitetsindikatorer, som aktuelt skal anvendes til at monitorere, vurdere og udvikle kvaliteten i praksis. Denne evidensrapport er, med opdrag fra databasestyregruppen, udviklet af forskere fra Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Rapportens formål er at beskrive evidensgrundlaget for databasens indikatorområder og synliggøre således den viden og de overvejelser, der ligger til grund for fastsættelse af disse indikatorer.

Der skal rettes en stor tak for indsatsen til alle involverede i LDBU, da samarbejdet er helt afgørende for den fortsatte udvikling af kvaliteten i praksis.

Pia Rønnenkamp

Sundhedsplejefaglig specialkonsulent og Master of Public Governance
Formand for samarbejdet Databasen Børns Sundhed (DBS)
Formand for databasestyregruppen i Landsdækkende Database for Børn og Unges sundhed (LDBU)
Statens Institut for Folkesundhed

Indhold

Formål med evidensrapporter	5
Styregruppen for Landsdækkende Database for Børn og Unges Sundhed	6
Indikatoroversigt	7
Baggrund	8
Population	9
Metode	10
Litteratursøgning	10
Evidensgraduering	11
Evidensgrundlag for indikatorerne	12
Søgeresultat	12
Indikator 1: Barnets vægttab efter fødslen	12
Indikator 2: Vurdering af forældres psykiske tilstand	14
Indikator 3: Fuldaming ved 6 måneder	17
Indikator 4: Motorisk udvikling i barnets første leveår	19
Indikator 5: Overvægt blandt børn og unge - skolebørn	22
Baggrundsopgørelser	25
Populationsbeskrivelse - spædbørn	25
Populationsbeskrivelse – skolebørn	29
Referencer	31
Bilag 1 Søgeprotokol - søgestreng og søgeord	37
Tabel 1: Søgeblokke for søgningen i PubMed - målgruppe, eksponering og udfald	37
Tabel 2: Søgeord til "Vækst og vægt, spædbørn"	38
Tabel 3: Søgeord til "Forældre og netværk - spædbørn"	39
Tabel 4: Søgeord til "Ernæring - spædbørn"	40
Tabel 5: Søgeord til "Motorisk udvikling - spædbørn"	40
Tabel 6: Søgeord til "Vækst og vægt, skolebørn"	41
Tabel 7: Søgeblok for reviews (Health Sciences Library System, 2024)	42
Tabel 8: Indikator 1 "Vækst og vægt, spædbørn"	43
Tabel 9: Indikator 2 "Forældre og netværk - spædbørn"	43
Tabel 10: Indikator 3 "Ernæring - spædbørn"	44
Tabel 11: Indikator 4 "Motorisk udvikling - spædbørn"	45
Tabel 12: Indikator 5 "Vækst og vægt, skolebørn"	45
Bilag 2 Flowcharts over søgeresultater	47
Figur 1: Indikator 1 "Vækst og vægt, spædbørn"	47
Figur 2: Indikator 2 "Forældre og netværk - spædbørn"	48
Figur 3: Indikator 3 "Ernæring - spædbørn"	49
Figur 4: Indikator 4 "Motorisk udvikling - spædbørn"	50
Figur 5: Indikator 5 "Vækst og vægt, skolebørn"	51
Bilag 3 Evidensniveauer: The Oxford 2009 Levels of Evidence	52
Figur 6: Oxford Centre for Evidence-Based Medicine: Levels of Evidence	52

Formål med evidensrapporter

Formålet med evidensrapporter er at beskrive evidensgrundlaget for databasens indikatorer og udviklingsmål. Rapporten synliggør således den viden og de overvejelser, der ligger til grund for fastsættelse af indikatorer, udviklingsmål og analysemetoder.

En indikator er en målbar variabel, der i de kliniske kvalitetsdatabaser anvendes til at monitorere, vurdere og udvikle kvaliteten i sundhedsvæsenet, herunder sundhedsplejen i kommunerne. Monitoreringen understøtter den løbende udvikling af kvaliteten på et område i en kontinuerlig stræben efter høj og ensartet kvalitet båret af de sundhedsfaglige og kliniske miljøer på området. Den kliniske kvalitetsdatabases indikatorer bør derfor belyse relevante kliniske retningslinjer inden for databasens område, der indeholder faglige anbefalinger bygget på national konsensus om 'god kvalitet' ¹.

Indikatorer kan typeinddeles i 3 kategorier:

Struktur-indikatorer (de tilgængelige ressourcer, f.eks. antal sundhedsplejersker i en kommune).

Proces-indikatorer (aktiviteter, som udføres i forbindelse med det sundhedsfaglige og organisatoriske arbejde i relation til borgere og indsatser, f.eks. andel af besøg, som udføres i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger).

Resultat-indikatorer (effekten, som opnås i barnets sundhedstilstand, som tilskrives indsatsen).

Indikatorsættet vil ofte være balanceret på de forskellige indikatortyper, med hovedvægt på proces- og resultatindikatorer, og tilstræbe et antal indikatorer, der er i overensstemmelse med et realistisk omfang af tilhørende klinisk kvalitetsudviklingsaktivitet. Databasestyregruppen kan vælge at supplere indikatorsættet med forklarende eller prognostiske variable, der f.eks. anvendes til stratificering eller justering for forskelle i patientsammensætningen.

Fastsættelse af målet for kvalitetsudviklingen – udviklingsmålet – sker sjældent udelukkende på baggrund af evidens, men vil ofte afspejle ekspertkonsensus, værdier eller politiske målsætninger. Udviklingsmålet vil typisk afspejle et realistisk mål: det niveau for indikatorværdien man stræber efter at opnå. Angivelse af et eksakt niveau undlades til tider, men den ønskede forbedringsretning bør altid fremgå.

Evidensrapporten opdateres som minimum hvert tredje år som led i databasens godkendelsesperiode ². Dette sikrer at indikatorsættet afspejler den nyeste viden på området og sikrer samtidigt, at områder hvor kvaliteten har ligget stabilt højt i en længere periode ikke længere monitoreres og indikatoren afvikles/erstattes.

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (Sundk) afholder databasens udgifter i forbindelse med vedligehold, revision og udvikling af indikatorsættet.

Uddybende information om indikatorbaseret kvalitetsudvikling, indikatorer og standarder kan findes på Sundk's hjemmeside: www.sundk.dk

¹Jf. Bekendtgørelse om godkendelse af landsdækkende og regionale kliniske kvalitetsdatabaser, kap. 2, §5, stk.10.

²Jf. Sundhedsdatastyrelsens vejledning vedr. kliniske kvalitetsdatabaser (2018), kap. 2, afsnit 2.23.

Styregruppen for Landsdækkende Database for Børn og Unges Sundhed

Fornavn	Efternavn	Titel	Rolle	Selskabsforankring	Organisation
Pia	Rønnekamp	Specialkonsulent	Formand		Statens Institut for Folkesundhed
Niels	Bjerregård Matthiesen	Afdelingslæge	Styregruppemedlem	Dansk Pædiatrisk Selskab	Regionshospitalet Randers
Karen	Reinhold Wøjdemann	Overlæge	Styregruppemedlem	Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi	Bornholms Hospital
Gitte	Zachariassen	Professor, ph.d. og specialansvarlig overlæge	Styregruppemedlem	Dansk Pædiatrisk Selskab	Odense Universitetshospital
Karen	Karlsson Eriksen	Specialkonsulent	Styregruppemedlem	Kommunernes Landsforening	
Nina	Kristensen Rasch	Ledende sundhedsplejerske	Styregruppemedlem	Forening for ledere af sundhedsordninger for børn og unge i Danmark	Egedal Kommune
Helle	Erstling Rasmussen	Ledende sundhedsplejerske	Styregruppemedlem	Forening for ledere af sundhedsordninger for børn og unge i Danmark	Roskilde Kommune
Ulla	Dupont	Ledende sundhedsplejerske	Styregruppemedlem	Forening for ledere af sundhedsordninger for børn og unge i Danmark	Vejle Kommune
Vibeke	Westergård	Ledende sundhedsplejerske	Styregruppemedlem	Forening for ledere af sundhedsordninger for børn og unge i Danmark	Aarhus Kommune
Susanne	Henriksen	Ledende sundhedsplejerske	Styregruppemedlem	Forening for ledere af sundhedsordninger for børn og unge i Danmark	Aalborg Kommune
Susanne	Rank Lücke	Sundhedsplejerske	Styregruppemedlem	Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker	Tønder Kommune
Trine	Pagh Pedersen	Seniorforsker	Styregruppemedlem		Statens Institut for Folkesundhed
Annette	Odby		Repræsentant for den dataansvarlige myndighed/kontaktperson		SundK - Kvalitetsenhed B
Lisbeth Munksgård	Baggesen		Datamanager		SundK - Kvalitetsenhed B
Heidi	Cueto		Epidemiolog		SundK - Kvalitetsenhed B
David	Rosendahl		Projektleder		SundK - Kvalitetsenhed B

Indikatoroversigt

Nr.	Indikatornavn	Udviklingsmål	Type
1	Barnets væggtab efter fødslen Andelen af nyfødte, som inden for 14 dage efter fødslen har tabt mindre end 10% af fødselsvægten		Resultat
2	Vurdering af forældres psykiske tilstand Andelen af de 2-3 måneders gamle børn, hvor begge (én for soloforældre) forældre er blevet opsporet for tegn på perinatal depression		Proces
3	Fuldamning ved 6 måneder Andelen af alle spædbørn, som ammes fuldt i 6 måneder		Resultat
4	Motorisk udvikling i barnets først leveår Andelen af børn, som i løbet af første leveår får vurderet deres motoriske udvikling med AIMS		Proces
5	Overvægt blandt børn og unge - skolebørn Defineres af styregruppen for LDBU		Resultat

Baggrund

De fleste børn og unge i Danmark trives og har det godt, men på flere parametre går det dog den forkerte vej for børn og unges sundhed og trivsel. Mentale helbredsproblemer er vidt udbredte blandt børn og unge og der har i de seneste år været en stigning i andelen af børn og unge, der har mentale helbredsproblemer (Holstein et al., 2021, Jeppesen et al., 2020, Madsen et al., 2023). Undersøgelser viser, at mindst 16 % af danske børn oplever at få mentale helbredsproblemer eller psykisk sygdom, inden de bliver ti år og 8 % bliver diagnosticeret med en psykisk udviklingsforstyrrelse eller anden psykisk sygdom, inden de fylder ni år (Holstein et al., 2021). Derudover får omkring 15 % af børn og unge på et tidspunkt, inden de fylder 18 år, diagnosticeret en psykisk sygdom eller udviklingsforstyrrelse i børne- og ungdomspsykiatrien (Jeppesen et al., 2020).

En anden udfordring for børnesundheden i Danmark, er den store andel børn og unge med overvægt. En nylig rapport viser, at blandt børn i indskolingsalderen er forekomsten af overvægt 14 % og 19 % blandt unge i udskolingsalderen (Andersen et al., 2020). Dette gør overvægt blandt børn og unge til et alvorligt folkesundhedsproblem. Det er essentielt at kunne monitorere udviklingen i overvægt over tid og identificere mulige risikofaktorer for at kunne sætte ind med forebyggende og behandlende tiltag. Foruden overvægt, motoriske udfordringer og forsinket sproglig udvikling, er der flere andre udfordringer med børnesundheden, hvor tidlig opsporing og indsats kan skabe betydelige gevinster. Hver dag begynder 40 danske unge at ryge, og danske unge har rekord i indtag af alkohol (Vestbo et al., 2018, Inchley et al., 2020). Mistrivslen og sundhedsproblemerne er desuden ulige fordelt. Risikoen for, at man som barn og ung mistrives eller har en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, er f.eks. højere, jo lavere uddannelse ens forældre har (Ammitzbøll et al., 2018, Madsen et al., 2023).

Sundheds- og trivselsproblemer hos børn og unge rammer ikke kun den enkelte familie nu og her, men kan trække lange spor ind i voksenlivet og øge den sociale ulighed i sundhed. En tidlig sundhedsfremmende og forebyggende indsats er derfor en effektiv investering i folkesundheden. Sundhedsplejen i kommunerne, personalet på føde- og børneafdelinger i regionerne og de praktiserende læger gør allerede en stor forskel i mødet med børnene og familierne. Men mange kliniske observationer forbliver i den enkelte patientjournal. For at styrke det tværprofessionelle og tværsektorielle samarbejde samt sikre fortsat udvikling af kvaliteten i praksis er der et stort potentiale i at udvikle på den måde journaldata bliver anvendt.

På den baggrund er samarbejdet Databasen Børns Sundhed (DBS), Statens Institut for Folkesundhed (SIF), Danske Regioner, Kommunernes Landsforening (KL), Sundhedsdatastyrelsen og SundK indgået i et samarbejde om at etablere en klinisk kvalitetsdatabase for børn og unges sundhed i regi af SundK Den Landsdækkende Database for Børn og Unges sundhed (LDBU). LDBU skal indeholde data om børn og unge samt levere valide og tidstro data, som kan være til gavn for kvalitetsforbedringer i praksis og forebyggelsesarbejde lokalt, regionalt og nationalt – ikke mindst på tværs af sektorer. Data fra LDBU kan desuden videregives til forskningsformål, hvormed der er en enestående mulighed for banebrydende forskning inden for børn og unges sundhed.

Formålet med LDBU er at monitorere kvaliteten og bidrage til kvalitetsudviklingen af områdets faglige praksis og ydelser, med henblik på at fremme børns fysiske og psykiske trivsel, samt skabe grundlag for forbedring af børnesundheden i Danmark, og mindske social ulighed i sundhed for alle børn fra før fødsel og til 15-årsalderen. Indikatorerne i databasen er udvalgt af databasestyregruppen, så de afspejler områder, der er vigtige ift. formålet med databasen.

Population

Den Landsdækkende Database for Børn og Unges Sundhed (LDBU) adskiller sig fra flere af de øvrige nationale kvalitetsdatabaser ved at omhandle et område, der er en del af en naturlig livsproces og ikke et decideret sygdomsområde. Alligevel har børn og unges sundhed stor bevågenhed, netop fordi det omhandler en hel børnepopulation, og som størstedelen af befolkningen er i berøring med. LDBU-populationen afgrænses derfor ikke af sygdomsdiagnoser, men søger initialt at inkludere alle, som er omfattet af kommunalbestyrelsens tilbud om sundhedsvejledning i første leveår, samt de lovpligtige tilbud om sundhedssamtaler og undersøgelser til skolebørn. I Danmark fødes ca. 60.000 børn om året, hertil kommer tilflyttere, som også bør indgå i databasen. Databasen adskiller sig desuden ved at omhandle mere end en person – barnet og dets forældre. Databasens indikatorsæt søger således også at inkludere indikatorer, som vedrører forældrene.

Den endelige populationsspecifikation er under udarbejdelse, og afventer data fra den fælleskommunale børnestandard (BOE-standarden). Den fælleskommunale børnestandard (BOE-standarden) inkluderer udvalgte data, der indikerer, hvordan det går med børns fysiske og psykiske helbred i Danmark, samt hvilke indsatser der gøres i det forebyggende arbejde. BOE-standarden omfatter dermed de data, der indgår i indberetningen fra kommunerne til den fælleskommunale gateway (FKGateway) og som sendes til Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK), og vil danne baggrund indikatorsættet i LDBU.

Metode

Resultaterne i nærværende evidensrapport er baseret på en søgning i kliniske guidelines og nationale anbefalinger for hver af de enkelte indikatorer, samt en afgrænset systematisk litteratursøgning for udvalgte indikatorer (indikator 1-5). Nedenfor vil litteratursøgningen beskrives, herunder beskrivelse af søgestrategi samt screenings- og selektionsprocedure og i bilag 1 findes en detaljeret søgeprotokol.

Litteratursøgning

Litteratursøgningen tog udgangspunkt i en tretrins søgestrategi:

1. trin: søgning efter eksisterende kliniske retningslinjer i nice.org.uk³
2. trin: søgning efter nationale anbefalinger, retningslinjer og vejledninger, f.eks. publikationer fra Sundhedsstyrelsen
3. trin: søgning efter systematiske review og metaanalyser i databasen PubMed

Litteratursøgningen blev suppleret med studier og rapporter, som blev identificeret gennem andre veje f.eks. eksperter på det givne område, referencesøgning og organisationer (se bilag 2).

De specifikke søgeord og søgestrengte, som blev anvendt i trin 3, fremgår i søgeprotokollen (se bilag 1). Søgningerne i PubMed blev filteret på publikationsdato (fra maj 2019 til maj 2024). Søgningerne er foretaget i maj 2024 og er udført af akademisk medarbejder Lis Marie Pommerencke. For at afgrænse søgningerne til kun at inkludere systematiske reviews m.m. blev søgningen også afgrænset hertil ved hjælp specifikke søgeord (se bilag 1). Søgestrategien for nærværende evidensrapport er baseret på konceptualiseringsmodellen PEO, som bidrog til at strukturere og definere søgningen for hver indikator. I PEO-modellen anvendes tre blokke: P (Patient/Problem/Population), E (Exposure) og O (Outcome). For hver indikator er blokkene blevet udfyldt forud for udvælgelse af fritekstsøgeord og MESH-termer (se bilag 1). Søgeord og søgestrengte for hver indikator er udvalgt i samarbejde med udvalgte eksperter i LDBU's styregruppe samt forskere fra SIF for at kvalitetssikre de udvalgte søgeord samt søgestrenges opbygning. Derudover har en forskningsbibliotekar vejledt i udarbejdelsen af søgestrengte.

Grundet størrelsen af emneområderne, som indikatorerne spænder over, var ønsket ikke en komplet litteraturgennemgang for hver indikator, men derimod de væsentligste og mest centrale systematiske reviews søgt inkluderet. Hertil var søgningerne også begrænset til primært at fokusere på barnets/den unges fysiske udvikling. De systematiske reviews er udvalgt efter samme screeningsprocedure: 1) læsning af titler, 2) læsning af abstracts, og 3) fuldtekstlæsning af artiklerne. Desuden blev følgende in- og eksklusionskriterier anvendt:

Inklusionskriterier

Formål: Systematiske reviews, der har til formål at belyse sammenhængen mellem eksponering og udfald for indikatorerne 1-5 (se Indikatoroversigten ovenfor).

³National Institute of Care and Health Excellence (NICE) udgiver evidensbaserede kliniske retningslinjer for sundhed og pleje i England og Wales. Retningslinjerne har til formål at hjælpe social- og sundhedsprofessionelle med at forebygge dårligt helbred, fremme et godt helbred og forbedre kvaliteten af pleje og ydelser.

Studietype: Systematiske reviews med eller uden meta-analyser.

Geografisk afgrænsning: Systematiske reviews, der primært inkluderer studier fra vestlige lande

Publikationsår: d. 15.05.2019 og frem.

Sprog: Engelsk og dansk inkluderes.

Målgruppe: Systematiske reviews. Den specifikke målgruppe afhænger af hvilken indikator, der belyses.

Evidensgraduering

Inkluderede studier, som er udvalgt ud fra den systematiske søgning i PubMed, blev kvalitetsvurderet ved hjælp af værktøjet ROBIS (rangering af risk of bias: lav, høj, eller uklar). Dette værktøj er særligt velegnet til vurdering af systematiske reviews (Whiting et al., 2016). Studierne blev vurderet ud fra fire domæner f.eks. identifikation og udvælgelse af studier og syntese af resultater. Kvalitetsvurderingen af studierne blev udført af en videnskabelig medarbejder og en seniorforsker. Den overordnede evidens for studierne blev bestemt ud fra "The Oxford 2009 Levels of Evidence", som indeholder ti evidensniveauer (Howick, 2009) (se bilag 3). Studier, rapporter, kliniske guidelines, nationale vejledninger og anbefalinger, som ikke er identificeret gennem søgningen i PubMed, er ikke blevet kvalitetsvurderet.

Evidensgrundlag for indikatorerne

Søgeresultat

Som beskrevet i metodeafsnittet er der udført en systematisk søgning for de kvalitetsindikatorer, som der er udvalgt af databasestyregruppen for LDBU. Hertil er kvalitetsindikatoren underbygget af litteratur, som er identificeret gennem bl.a. referencesøgninger, eksperter og organisationer. Resultatet af søgningerne er beskrevet nedenfor samt i bilag 1 og 2.

Indikator 1: Barnets væggtab efter fødslen

Vurdering eller observation jf. BOE-standarden: Vægt (spædbørn)

Definition: Andelen af nyfødte, som inden for 14 dage efter fødslen har tabt mindre end 10% af fødselsvægten

Type: Resultatindikator

Grundlag for indikator: Denne indikator er baseret på en klinisk retningslinje fra NICE vedr. genkendelse og håndtering af utilstrækkelig vækst blandt spædbørn (NICE, 2017), Sundhedsstyrelsens vejledning om monitorering af vækst hos 0-5-årige børn (Sundhedsstyrelsen, 2015), samt fem studier, som er udpeget af henholdsvis en ekspert på området og gennem en søgning. Disse fem studier omfatter tre litteraturgennemgange (Lavagno et al., 2016, Sarin et al., 2019, Wilde, 2021) og to retrospektive studier (gennemgang af journaler) (Reilev et al., 2007, Zachariassen & Juvonen, 2002). Den systematiske litteraturgennemgang i PubMed identificerede ingen relevante studier for indikatoren (skyldes formentligt den tidsmæssige afgrænsning).

Resumé af evidensgrundlag:

I 2017 publicerede NICE en klinisk retningslinje for genkendelse og håndtering af utilstrækkelig vækst blandt spædbørn (NICE, 2017). I retningslinjen beskrives det, at væggtab hos spædbarnet i de første dage efter fødslen er normalt, men ved væggtab på mere end 10 % af fødselsvægten bør en klinisk undersøgelse af spædbarnet foretages, herunder undersøgelse for dehydrering og andre sygdomme/tilstande, som kan være årsag til væggtabet. I forbindelse med udarbejdelse af retningslinjen blev evidensen for, hvor stort det procentvise væggtab af fødselsvægten må være før, det har skadelige konsekvenser for fuldammede spædbørn, belyst, og samlet set er kvaliteten af studierne lav (NICE, 2017). Sundhedsstyrelsen beskriver i deres vejledning, at hvis barnet udviser tegn på dehydrering (sløvhed eller manglende interesse for spisning eller hvis barnet har gulsot), skal barnet henvises til praktiserende læge allerede ved et væggtab på 7 % af fødselsvægten (Sundhedsstyrelsen, 2015). I NICE retningslinjen fremhæves endvidere, at ved væggtab over 10 % af fødselsvægten skal der være en observation af barnets spisning (amning), hvilket bør udføres af en sundhedsprofessionel med rette viden om ernæring af spædbørn f.eks. amning og modermælkserstatning (NICE, 2017). Henvisning til praktiserende læge skal allerede ske, hvis barnet ikke har genvundet sin fødselsvægt inden 14 dage (Sundhedsstyrelsen, 2015). Spædbørn med væggtab på mere end 10 % af fødselsvægten eller spædbørn, som ikke har opnået deres fødselsvægt, inden de bliver tre uger, bør henvises til børnelæge/børneafdeling (NICE, 2017, Sundhedsstyrelsen, 2015).

Fire af de identificerede fem studier beskriver, hvordan et væggtab på mere end 10 % af fødselsvægten kan medføre alvorlige risici for spædbarnet (Lavagno et al., 2016, Sarin et al., 2019, Reilev et al., 2007, Zachariassen & Juvonen, 2002). Et ældre dansk studie finder desuden, at blandt børn indlagt med dehydrering havde nogle af børnene et væggtab på omkring 8 % af fødselsvægten (Zachariassen & Juvonen, 2002). Et review af 115 studier finder, at amme-relateret hypnatriæmi og svær hypnatriæmisk dehydrering deler flere kliniske årsager,

heriblandt væggtab på over 10 % af fødselsvægten (Lavagno et al., 2016). Tilsvarende risici fremhæves også i andre studier (Zachariassen & Juvonen, 2002, Sarin et al., 2019, Reilev et al., 2007). Reviewet af Lavagno et al. (2016) beskriver endvidere, at hypernatriæmisk dehydrering kan føre til hjerneskade, kredsløbschok og hypoksisk skade, mens hypernatriæmi kan forårsage kapillær dilatation og hjerneblødning, og at serumnatrium koncentration på >160 mmol/L er forbundet med alvorlige komplikationer som anfald, vaskulær trombose, bradykardi, dissemineret intravaskulær koagulation, nyresvigt, intrakraniell blødning, pontin myelinose, cerebralt ødem og død (Lavagno et al., 2016). Langtidseffekter af hypernatriæmi er ikke velbelyst, men nogle studier finder forsinket udvikling og mindre vægtøgning, der dog udlignes over tid (Sarin et al., 2019). Almindelige symptomer på hypernatriæmi blandt spædbørn er gulsot, feber, irritabilitet, dårlig oral indtagelse, dårlig suttere-refleks og nedsat vandladning/afføring (Lavagno et al., 2016, Sarin et al., 2019, Zachariassen & Juvonen, 2002).

I de inkluderede studier beskrives insufficient væskeindtag, primært fuldamning, som årsag til væggtab over 10 % af fødselsvægten (Lavagno et al., 2016, Sarin et al., 2019, Reilev et al., 2007, Zachariassen & Juvonen, 2002). Tilsvarende beskriver et studie, at insufficient amning er en almindelig og ofte overset årsag til indlæggelser for gulsot/hyperbilirubinæmi, hypernatriæmi/dehydrering og hypoglykæmi, hvilket udgør størstedelen af genindlæggelser af spædbørn i USA (Wilde, 2021). Studierne understøtter således den kliniske retningslinje fra NICE vedrørende fokus på opsporing af insufficient amning.

Vægttab i barnets første uge og forekomst af 10 % væggtab af fødselsvægt

Et nyere systematisk review finder, at nyfødte børn på dag to gennemsnitligt har tabt sig 6-7 % af fødselsvægten og på dag tre ca. 7-8 % af fødselsvægten (DiTomasso & Cloud, 2019). Derudover finder reviewet, at nyfødte generelt taber sig mere end 7 % af fødselsvægten, samt fremhæver, at ammede børn ofte taber sig mere i den første leveuge sammenlignet med børn, der får erstatning. Sundhedsstyrelsen beskriver i deres vejledning, at omkring 6-10 % af ammede børn taber mere end 10 % af fødselsvægten i dagene efter fødslen (Sundhedsstyrelsen, 2015). Omkring 90 % af nyfødte børn genvinder deres fødselsvægt inden 14 dage (Sundhedsstyrelsen, 2015, DiTomasso & Cloud, 2019).

Konklusion

Generelt peger de inkluderede studier mod de samme kortsigtede konsekvenser relateret til et væggtab på over 10 % af fødselsvægten, mens studier af langsigtede konsekvenser af tilstanden er begrænset. Indikatoren vurderes således væsentlig og berettiget set ud fra NICE retningslinjen, Sundhedsstyrelsens vejledning og de identificerede studier.

Søgestreng: Se bilag 1.

Indikator 2: Vurdering af forældres psykiske tilstand

Vurdering eller observation jf. BOE-standarden: Forældres psykiske tilstand

Definition: Andelen af de 2-3 måneders gamle børn, hvor begge (én for soloforældre) forældre er blevet opsporet for tegn på perinatal depression⁴

Type: Procesindikator

Grundlag for indikator: Denne indikator er baseret på en klinisk retningslinje fra NICE (NICE, 2020), national anbefaling fra Sundhedsstyrelsen (Sundhedsstyrelsen, 2022, Sundhedsstyrelsen, 2024b). Disse understøttes af to nyere systematiske reviews på området ((O'Dea et al., 2023) (ROBIS: low risk of bias, Oxford: 2a-3a) og (Śliwerski et al., 2020)(ROBIS: high risk of bias, Oxford:2a-3a)), som begge er udvalgt på baggrund af den systematiske søgning i PubMed, der var afgrænset til at fokusere på "forældre-barn relation" som udfaldsmål (se bilag 1). Derudover inkluderes også studier, som er udpeget af en ekspert på området (Howard et al., 2014, Stein et al., 2014) (se flowchart, bilag 2).

Resumé af evidensgrundlag:

NICE publicerede i 2014 (opdateret i 2020) en klinisk retningslinje for genkendelse, vurdering og behandling af mentale vanskeligheder blandt kvinder, der planlægger at få et barn, er gravide eller har fået et barn eller som har været gravide inden for det seneste år (NICE, 2020). I Sundhedsstyrelsens anbefaling om forebyggende sundhedsydelse til børn, unge og deres forældre og anbefalinger for svangreomsorgen beskrives også vigtigheden af opsporing og behandling af perinatal depression (Sundhedsstyrelsen, 2024b, Sundhedsstyrelsen, 2022). I NICE retningslinjen beskrives, at opsporing af mentale vanskeligheder under graviditet og i efterfødselsperioden bør ske ved den første kontakt med primærsektoren, og i den tidlige efterfødselsperiode (NICE, 2020). Tilsvarende fremhæves det i Sundhedsstyrelsens anbefalinger, at perinatal depression bør opspores tidligt, og at der i sundhedsplejerskens besøg, når barnet er ca. to måneder, indgår en systematisk opsporing af tegn på perinatal depression hos begge forældre med henblik på tidlig indsats og at den praktiserende læge ved femugers undersøgelsen ligeså skal være opmærksom på belastnings- og tilpasningsreaktioner, andre psykiske lidelser (Sundhedsstyrelsen, 2024b, Sundhedsstyrelsen, 2022). Hertil anbefaler Sundhedsstyrelsen, at socialt udsatte og sårbare gravide, der modtager et graviditetsbesøg, tilbydes en undersøgelse for tegn på perinatal depression (Sundhedsstyrelsen, 2024b). I NICE retningslinjen fremhæves det, at når en kvinde med et kendt eller formodet mentalt problem bliver henvist under graviditeten eller i efterfødselsperioden, bør hun vurderes med henblik på behandling inden for to uger efter henvisningen og tilbydes psykologiske behandling inden for én måned efter den første vurdering (NICE, 2020).

På tværs af den identificerede litteratur fremhæves, at forældre-barn forholdet og forældreevnen er i øget risiko for at blive påvirket negativt blandt kvinder med mentale vanskeligheder f.eks. perinatal depression i graviditet og efterfødselsperiode (NICE, 2020, Pontoppidan et al., 2022, Sundhedsstyrelsen, 2019, Stein et al., 2014, O'Dea et al., 2023, Śliwerski et al., 2020). I den identificerede litteratur er der fokus på mødre. Eksempelvis kan mødre med en depression være mindre sensitive og responsive, mere invaderende og stressede i forhold til deres barn, samt have svært ved at forstå og opfylde barnets behov (Pontoppidan et al., 2022). En rapport fra samarbejdet Databasen Børns Sundhed viser, at mødre med tegn på perinatal depression (målt med EPDS) har øget risiko for at få en bemærkning af sundhedsplejersken til forældre-barn kontakt og samspil i otte- til-timånedersalderen (Pommerencke et al., 2021). De to systematiske reviews, som blev udvalgt på baggrund af den systematiske søgning i PubMed, belyser begge sammenhængen mellem mentale vanskeligheder blandt

⁴I Sundhedsstyrelsens vejledning om "Forebyggende sundhedsydelse til børn, unge og deres forældre" anvendes betegnelsen "forebyggende perinatal depression", men i flere af de beskrevne rapporter anvendes betegnelsen "fødselsdepression". I denne rapport har vi valgt at lægge os op ad Sundhedsstyrelsens betegnelse og anvender derfor "perinatal depression".

mødre og barnets tilknytningsevne (O'Dea et al., 2023, Śliwerski et al., 2020). Et systematisk review og metaanalyse af O'Dea et al. (2023), der er baseret på 99 studier, finder, at i efterfødselsperioden er tilknytningsproblemer mellem mor og barn associeret med depression, angst og stress (O'Dea et al., 2023). Dette gælder både i graviditeten og i efterfødselsperioden, men sammenhængen synes at være stærkest i efterfødselsperioden (O'Dea et al., 2023). Derudover finder studiet, at associationen er stærkest mellem depression og tilknytningsproblemer, og den er ligeledes stærkest, hvis målingen af depression og tilknytning sker tidligst en uge efter fødslen (O'Dea et al., 2023). Supplerende konkluderes det i reviewet af Śliwerski et al. (2020), at måling af perinatal depression bør ske inden seks måneder efter fødslen (Śliwerski et al., 2020). Derudover finder reviewet, at evidensen for sammenhængen mellem perinatal depression og barnets tilknytningssevne er stærkest, når depressionen diagnosticeres via kliniske interviews, mens evidensen for sammenhængen er divergerende ved selvrapporterede målinger (Śliwerski et al., 2020). Dette fund understøttes af en oversigtsartikel af Stein et al. (2014). Vanskeligheder i forældre-barn forholdet samt perinatal depression blandt mødre kan også have konsekvenser for bl.a. barnets spising, søvn, sprog, amning og senere psykomotoriske, kognitive og følelsesmæssige udvikling (Sundhedsstyrelsen, 2024b, NICE, 2020, Sundhedsstyrelsen, 2022, Stein et al., 2014, O'Dea et al., 2023).

Forekomst

Depression og angst er de mest hyppige mentale problemer i forbindelse med graviditet og fødsel, hvor forekomsten af depression er omkring 12 % og omkring 13 % for angst blandt kvinder (NICE, 2020, Pontoppidan et al., 2022, Howard et al., 2014). Depression i graviditeten synes at være hyppigst i 3. trimester (Sundhedsstyrelsen, 2024b) og op mod 50 % af alle mødre oplever i ugen efter fødslen en mild efterfødselsreaktion (også kaldet "baby blues") (Howard et al., 2014, O'Dea et al., 2023). En rapport fra samarbejdet Databasen Børn Sundhed baseret på 33 danske kommuner, finder, at 7,5 % af nybagte mødre har symptomer på perinatal depression (vurderet via EPDS), inden barnet fylder otte måneder (Pommerencke et al., 2021). Sundhedsstyrelsen angiver, at perinatal depression blandt fædre er ca. 7-8 % (Sundhedsstyrelsen, 2024b). Perinatal depression omfatter en bred vifte af symptomer fra let tristhed til svær psykisk lidelse, og det er estimeret, at en tredjedel til halvdelen af alle perinatale depressioner, der debuterer efter fødslen, begynder allerede i graviditeten (Sundhedsstyrelsen, 2022, Howard et al., 2014). Angstlidelser og psykose kan opstå eller forværres under graviditet og i perioden efter fødslen. Postpartum psykose rammer 1-2 ud af 1.000 fødende kvinder, mens panikangst ses hos omkring 1-2 % af gravide, og PTSD forekommer med en hyppighed på 1-2 % efter fødslen (Sundhedsstyrelsen, 2022, Howard et al., 2014).

Screeningsredskab

I både NICE retningslinjen og Sundhedsstyrelsens anbefaling og vejledning fremhæves screeningsredskabet Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) til identificering af mænd og kvinder, som har brug for yderligere udredning og behandling (NICE, 2020, Sundhedsstyrelsen, 2022, Sundhedsstyrelsen, 2024b). Desuden fremhæves også screeningsredskaberne; Patient Health Questionnaire, Generalized Anxiety Disorder scale, Gotland skalaen og WHO-5 Trivselsindeks (NICE, 2020, Sundhedsstyrelsen, 2022). Et dansk studie har valideret EPDS blandt danske mødre og finder i lighed med internationale studier (Levis et al., 2020), at en cut-off score på ≥ 11 bør anvendes til identificering af mødre, der er i risiko for at have en perinatal depression (Smith-Nielsen et al., 2018). Desuden peger studier på, at EPDS-skalaen er multidimensionel og har en underskala, der måler angst (item 3, 4 og 5) (Smith-Nielsen et al., 2018, Swalm et al., 2010). Sundhedsstyrelsen beskriver deres vejledning, at en score på ≥ 11 vil kræve en sundhedsfaglig opfølgning samt at screeningsredskaber kan anvendes til opsporing af tegn på perinatal depression, men ikke stille en egentlig diagnose (Sundhedsstyrelsen, 2024b).

Indsatser i forhold til perinatal depression

I en nyere rapport fra VIVE gennemgås den eksisterende viden i forhold til indsatser ved perinatal depression og forfatterne finder divergerende evidens for, om fødselsforberedelse i små hold og interventioner integreret i ambulant obstetrisk praksis har effekt på perinatal depression (Pontoppidan et al., 2022). Derimod synes psykologiske interventioner udført af sundhedsplejersker eller jordemødre at reducere depressionssymptomer. Interventioner, som synes effektive i forhold til reducere af symptomer på perinatal depression, om end kvaliteten af studierne overvejende er lav, er f.eks. kognitiv adfærdsterapi, fysisk aktivitet, antidepressiv medicin og støttende telefonsamtaler (Pontoppidan et al., 2022). I rapportens beskrives endvidere, at der er nogen evidens for samtalebaserede interventioner, og at kognitiv adfærdsterapi, interpersonel psykoterapi, gruppebaseret terapi, familie/partnerbaseret terapi, mor-spædbarnsterapi samt terapi til unge gravide kan have positiv effekt på at reducere depressive symptomer (Pontoppidan et al., 2022).

Konklusion

Samlet set viser de inkluderede studier i overensstemmelse med international klinisk retningslinje samt nationale vejledninger og anbefalinger, at perinatal depression kan have betydelige konsekvenser på kort og lang sigt for forældrene og barnet, herunder tilknytningen og relationen mellem forældre og barn. I forlængelse heraf fremhæver flere, at det er vigtigt tidligt at opspore og behandle disse mentale vanskeligheder. Baseret på dette evidensgrundlag vurderes indikatoren væsentlig og berettiget og selvom ikke al inkluderet litteratur har været muligt at kvalificere, synes den samlede evidens bag indikatoren at være veldokumenteret og robust.

Søgestreng: Se bilag 1

Indikator 3: Fuldamning ved 6 måneder

Vurdering eller observation jf. BOE-standarden: Ernæring (spædbørn)

Definition: Andelen af alle spædbørn, som ammes fuldt i 6 måneder

Type: Resultatindikator

Grundlag for indikator: Denne indikator er baseret på vejledning og anbefaling fra Sundhedsstyrelsen samt World Health Organisation (WHO) anbefalinger (Sundhedsstyrelsen, 2024b, Sundhedsstyrelsen, 2018, World Health Organization, 2013). Disse understøttes af tre nyere systematiske reviews på området ((Horta et al., 2023)(ROBIS: low risk of bias, Oxford: 2a-3a) og (Zheng et al., 2024)(ROBIS: low risk of bias, Oxford: 1a) (Xue et al., 2021)(ROBIS: low risk of bias, Oxford: 1a-2a)), som er udvalgt på baggrund af den systematiske søgning i PubMed, der var afgrænset til at fokusere på "fysisk sundhed" som udfaldsmål (se bilag 1). Derudover indgår studier (Kramer & Kakuma, 2012, Victora et al., 2016), som er identificeret gennem referencesøgning (se flowchart, bilag 2).

Resumé af evidensgrundlag

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at spædbørn ammes fuldt, til de er omkring seks måneder. Delvis amning anbefales til 12 måneder eller længere (Sundhedsstyrelsen, 2018). Sundhedsstyrelsen definerer fuldamning som, at barnet ernæres udelukkende af modermælk efter udskrivelsen fra hospitalet. Herved forstås i Danmark, at der udover moderens mælk kan tillades supplement med vand og lignende og/eller maksimalt ét måltid med modermælkserstatning om ugen (Sundhedsstyrelsen, 2018). Deres anbefaling lægger sig op ad WHO's anbefalinger (World Health Organization, 2013), men i WHO anbefalingen anbefales eksklusiv amning, dvs. amning uden supplement. I WHO anbefalingen angives evidensen for anbefalingen at være af moderat evidens (World Health Organization, 2013). Ift. længden af amning lægger WHO sig op ad et systematisk Cochrane review fra 2012 (Kramer & Kakuma, 2012), der undersøger den optimale længde af amning. De finder, at spædbørn, der udelukkende ammes i seks måneder, oplever mindre gastrointestinal sygelighed sammenlignet med de spædbørn, der delvist ammes ved tre eller fire måneder. Der er ikke observeret manglende vækst hos spædbørn, der udelukkende ammes i seks måneder eller længere, uanset om de kommer fra udviklingslande eller industrialiserede lande. Studiet understøtter anbefalingen om eksklusiv amning i de første seks måneder af livet som en generel politik, både i udviklingslande og industrialiserede lande (Kramer & Kakuma, 2012).

Betydningen af amning for barnets sundhed er velbelyst i den videnskabelige litteratur, og der er en grundig gennemgang af emnet i Sundhedsstyrelsens vejledning om amning (Sundhedsstyrelsen, 2018). Heri gennemgås en metaanalyse, der viser, at amning giver barnet en vis beskyttelse mod infektionssygdomme i barndommen, giver en bedre udvikling af barnets intelligens og sandsynligvis en vis beskyttelse mod overvægt og diabetes (både type 1 og type 2 diabetes) (Sundhedsstyrelsen, 2018, Victora et al., 2016). Derudover kan amning ligeledes have en betydning for moderen, da det kan forebygge brystkræft og måske mindske kvindens risiko for diabetes og æggestokkræft (Sundhedsstyrelsen, 2018, Victora et al., 2016). I en opdateret søgning, hvor der er søgt på begrænsede søgeord, er der udvalgt tre systematiske reviews og metaanalyser. Det ene studie af Horta et al. 2022 er et systematisk review og metaanalyse, der er en opdateret litteraturgennemgang af et tidligere review for WHO om betydningen af amning for senere overvægt. Der blev inkluderet 159 studier i studiet og dette dækker både kohorte, case kontrol og tværsnitstudier. Derudover indgår studier med forskellige aldersgrupper (1- ≥20 år), men størstedelen af studierne omhandler børn i aldersgruppen 1-9 år. Derudover indgår studier, der både ser på, om børnene nogensinde har været ammet og længde af amning. Forfatterne konkluderer, at amning reducerer odds for senere overvægt, og dette er også tilfældet, når der tages højde for væsentlige konfoundere (Horta et al., 2023a). I et andet systematisk review af Zheng et al. 2024, der havde til formål at undersøge, hvordan amning påvirker BMI-udviklingskurver over tid, blev der inkluderet 3 randomiserede studier og 24 longitudinelle studier. Opfølgningssalderen er mellem én måned til 17 år. Derudover

indgår studier med forskellige ammelængder og form f.eks. eksklusiv amning. Studiet viser, at amning i forhold til modermælkserstatning eller længere ammevarighed var forbundet med lavere BMI-kurver. Disse sammenhænge, der begyndte i tidlig barndom, blev mere tydelige med alderen og vedvarede ind i tidlig voksenalder (Zheng et al., 2024). Det sidste udvalgte systematiske review og metaanalyse af Xue et al. 2021 omhandler amning og udviklingen af astma i barndommen. Der indgår 42 kohorte studier i gennemgangen, men kun 23 i metaanalysen og aldersgruppen er 0-12 år. Der indgår forskellige definitioner af amning og studiet finder, at længden og eksklusiv amning er associeret med en lavere risiko for astma hos barn under syv år (Xue et al., 2021). De sammenholder f.eks. børn, der ammes mindre end seks måneder, med børn, der ammes mere end seks måneder, og finder at børn, der ammes mere end seks måneder har 24 % lavere risiko for astma. Hvis de gør det samme for børn der ammes tre måneder eller mere, finder de 21 % lavere risiko for astma (Xue et al., 2021).

Forekomst

I vejledningen fra Sundhedsstyrelsen fremgår tal om amning fra den Nationale Børnedatabase, der dækker alle kommuner i Danmark. Her fremgår det, at mere end 95 % af mødre påbegynder amning og ca. 90 % ammer fuldt ved to uger, næsten 60 % ammer fuldt ved fire måneder, mens næsten 13 % ammer fuldt ved seks måneder (Sundhedsstyrelsen, 2024b). Tal fra samarbejdet Databasen Børns sundhed viser, at der gennem de sidste 20 år har været en stabil social ulighed i fuldarning i fire måneder, hvor særligt mødre med kort uddannelsesniveau ikke ammer fuldt i fire måneder (Carlsson et al., 2024).

Indsatser

Der forefindes en dansk klinisk retningslinje fra 2019 i, hvordan en god ammestart etableres af sundhedspersonalet og heri gennemgås evidensen for forskellige indsatser til støtte i ammestart såsom hud mod hud, amning efter behov, vejledning i sutteteknik og faderens involvering i ammevejledningen (Nilsson et al., 2019). Derudover findes et systematisk review fra Cochrane, hvor der gennemgås studier, der ser på forskellige indsatser, der søger at fremme amning (McFadden et al., 2017). I studiet finder de, at hvis der tilbydes ammestøtte til kvinder, øges amningens varighed og eksklusivitet. Karakteristika for effektiv ammestøtte omfatter: at den tilbydes af uddannet personale under svangerskabs- eller postnatal pleje, at den inkluderer løbende planlagte besøg, så kvinder kan forudsige, hvornår støtte vil være tilgængelig, og at den er skræddersyet til familierne (McFadden et al., 2017). Kompetencecenter for amning har udviklet et ammevejledningsprogram til fødesteder, der hedder "Tryk Start". I projektet blev der udviklet et teori- og evidensbaseret program, som omfattede fire hovedbudskaber: 1) amning – en fælles forældreopgave 2) hud mod hud kontakt 3) hyppig amning og 4) god placering af mor og barn. Studier af data fra projektet viste, at flere børn af de forældre, som blev tilbudt den nye enkle vejledning, blev ammet fuldt i seks måneder og færre blev genindlagt på grund af ernæringsmæssige problemer (Nilsson et al., 2017, Kompetencecenter for amning, 2024). Kompetencecenter for amning har videreudviklet ovenstående projekt og kører nu et projekt, der hedder AMNING – en god start sammen. Projektet har til formål at udvikle og afprøve en ammevejledning, der skal medvirke til at øge ammevarigheden, styrke forældrenes handlekompetence, samt have særligt fokus på den sociale ulighed i relation til amning. Vejledningen skal sikre konsistens mellem den støtte forældrene får på fødestederne og i den kommunale sundhedsplejeordning (Rossau et al., 2023, Kompetencecenter for amning, 2024). Studiet er endnu ikke afsluttet, men i et nyere studie fra projektet vises det, at uddannelsesprogrammet, der er stilet mod sundhedsplejersker, øger viden om ammestøtte, self-efficacy og handlekompetence hos sundhedsplejerskerne (Rossau et al., 2024).

Konklusion

Samlet set finder de inkluderede vejledninger og anbefalinger samt den identificerede litteratur, at eksklusiv amning i seks måneder har positiv betydning for barnets, såvel som moderen sundhed. Med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens vejledning og WHO's anbefaling samt de identificerede studier vurderes indikatoren derfor til at være væsentlig og berettiget. Om end ikke al inkluderet litteratur har været muligt at kvalificere, synes den samlede evidens bag indikatoren at være veldokumenteret og robust.

Søgestreng: Se bilag 1

Indikator 4: Motorisk udvikling i barnets første leveår

Vurdering eller observation jf. BOE-standarden: Motorik (spædbørn)

Definition: Andelen af børn, som i løbet af første leveår, har fået vurderet deres motoriske udvikling med AIMS

Type: Procesindikator

Grundlag for indikator: Denne indikator er primært baseret på videnskabelig litteratur og understøttes af en national anbefaling fra Sundhedsstyrelsen. Evidensen bag indikatoren er således baseret på følgende: anbefaling fra Sundhedsstyrelsen (Sundhedsstyrelsen, 2024b) og et nyere systematisk review (Gonzalez et al., 2019) (ROBIS: low risk of bias, Oxford: 2a-3a), som er udvalgt på baggrund af den systematiske søgning i PubMed, der var afgrænset til "fysisk sundhed" som udfaldsmål (se bilag 1). Hertil er der suppleret med rapporter samt studier, som er inkluderet i øvrige rapporter og eksperter på området (LeBarton & Landa, 2018, Sacrey et al., 2014, Sacrey et al., 2018, Choi et al., 2018, Elberling et al., 2014, Faebo Larsen et al., 2013, Havmøller et al., 2018, Sjöberg et al., 2011, Pant et al., 2022, Pedersen et al., 2020, Pedersen et al., 2019) (se flowchart, bilag 2). På baggrund af den systematiske søgning i PubMed er der også identificeret studier, som belyser effekten af tidlige indsatser på barnets motorisk udvikling ((Hirve et al., 2023) (ROBIS: low risk of bias, Oxford: 1a), (Tanner et al., 2020) (ROBIS: low risk of bias, Oxford: 1a-2a)). Sidstnævnte afsnit er suppleret med studier identificeret i øvrige rapporter på området (Riethmuller et al., 2009, Veldman et al., 2016, Wick et al., 2017).

Resumé af evidensgrundlag:

Barnets motoriske færdigheder er tæt forbundet med barnets generelle udvikling, og afvigelser kan indikere understimulering eller være en tidlig markør for udviklingsforstyrrelser (Sundhedsstyrelsen, 2024b, Rudolph et al., 2002). Viden om tidlige motoriske vanskeligheder som indikator for senere motorisk udviklingsforstyrrelse (også kaldet "developmental coordination disorder" (DCD)) eller udviklingsmæssig dyspraksi er begrænset (Thomsen & Skovgaard, 2012). DCD forekommer ofte sammen med andre lidelser som ADHD, autismespektrum forstyrrelser og indlæringsvanskeligheder (Blank et al., 2019). Et ældre dansk studie finder, at børn, der begynder at gå ≥ 15 måneder, har øget risiko for at opfylde kriterierne for DCD ved syvårsalderen (Faebo Larsen et al., 2013). Derudover peger studier på, at forsinket motorisk udvikling i første leveår kan være tidlige tegn på cerebral parese (Kwong et al., 2018, Novak et al., 2017). Hertil er der flere studier, som finder, at forsinket motorisk udvikling kan være tegn på senere diagnosticeret autismespektrum lidelse (LeBarton & Landa, 2018, Sacrey et al., 2014, Sacrey et al., 2018, Choi et al., 2018, Elberling et al., 2014). Litteraturen vedr. sammenhæng mellem forsinket motorisk udvikling og ADHD er divergerende (Havmøller et al., 2018). Et nyere studie fra samarbejdet Databasen Børns Sundhed finder, at bemærkninger fra sundhedsplejersken til barnets motoriske udvikling ved otte- til timånedersalderen er forbundet med en øget risiko for neuroudviklingsforstyrrelser, heriblandt ADHD, inden otteårsalderen (Pant et al., 2022). Flere studier viser desuden, at barnets motoriske udvikling har en positiv betydning for dets sproglige udvikling (LeBarton & Landa, 2018, Choi et al., 2018), ligesom aldersvarende finmotorisk udvikling i første leveår er relateret til bedre sprogudvikling ved tre-årsalderen (Choi et al., 2018). Disse fund understøttes af det systematiske review, som blev udvalgt på baggrund af den systematiske søgning i PubMed. Her konkluderes på baggrund af 23 studier, hvoraf 11 studier er opfølgingsstudier, at både grov- og finmotoriske evner har positiv effekt på sprogudvikling i den tidlige barndom (Gonzalez et al., 2019). Ligesom de finder, at der i 89 % af opfølgingsstudierne er en sammenhæng mellem grovmotorik og sproglige kompetencer, dog synes sammenhængen at blive mindre stærk med stigende alder. Sammenhæng mellem finmotorik og sproglige kompetencer var på tværs af opfølgingsstudierne divergerende og sammenhængen er sparsomt belyst (Gonzalez et al., 2019). To rapporter fra samarbejdet Databasen Børns Sundhed finder samstemmende, at børn med bemærkning fra sundhedsplejersken til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen har højere forekomst af motoriske vanskeligheder ved indskolingsalderen sammenlignet med børn uden bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen (Sjöberg et al., 2011, Pedersen et al., 2020).

Forekomst

Den seneste sundhedsprofil fra samarbejdet Databasen Børns Sundhed viser, at blandt børn født i 2022 er der 5,2 %, der får mindst to bemærkninger fra sundhedsplejersken til deres motoriske udvikling i første leveår og 8,3 % af børnene får en bemærkning, når de er otte til ti måneder gamle (Pommerencke et al., 2024b). En tidligere rapport fra samarbejdet Databasen Børns Sundhed finder, at blandt børn født i 2017 var der 0,9 %, som fik bemærkning til motorisk udvikling i alderen op til en måned gammel, mens denne andel var 9,1 % ved alderen to til tre måneder, 9,9 % ved alderen fire til seks måneder og 10,1 % ved alderen otte til ti måneder (Pedersen et al., 2019). De danske forekomster er lidt højere end forekomsterne rapporteret i et norsk studie, som anvendte screeningsredskabet Ages and Stages Questionnaire. Her finder forfatterne, at blandt børn på 12 måneder havde 3,6 % grovmotoriske vanskeligheder, når norske cut-off grænser blev anvendt, mens andelen var 8,7 %, når amerikanske cut-off grænser blev anvendt (Valla et al., 2015).

Screeningmetode og effekt af tidlige indsatser

Af Sundhedsstyrelsens anbefaling vedr. forebyggende sundhedsydelser til børn, unge og deres forældre fremgår det, at vurdering af barnets motoriske udvikling er en vigtig del af sundhedsplejerskens tilsyn med barnets udvikling og en vurdering bør ske ved alle kontakter i sundhedsplejen (Sundhedsstyrelsen, 2024b). Sundhedsstyrelsen anbefaler, at metoden AIMS (Alberta Infant Motor Scale) anvendes til at vurdere barnets motoriske udvikling (Sundhedsstyrelsen, 2024b). Desuden fremhæves det, at sundhedsplejersken bør henvise til kommunal fysioterapeut, praktiserende læge eller andre relevante samarbejdspartnere i kommunen, hvis der er motoriske udviklingsproblemer. Kommunerne anbefales også at have praksis for henvisningsprocedure for at sikre præcise og relevante henvisninger (Sundhedsstyrelsen, 2024b).

Med henblik på at se nærmere på tidlige indsatsers effekt på barnets motorisk udvikling er fire studier (Riethmuller et al., 2009, Veldman et al., 2016, Wick et al., 2017, Hughes et al., 2016) identificeret gennem en rapport fra samarbejdet Databasen Børns Sundhed om motorik i første leveår (Pedersen et al., 2019), mens to studier (Tanner et al., 2020, Hirve et al., 2023) er identificeret ud fra den systematiske søgning for nærværende indikator. Studierne, som alle er systematiske reviews, viser, at tidlige indsatser kan fremme motorisk udvikling hos små børn (Riethmuller et al., 2009, Veldman et al., 2016, Wick et al., 2017, Hirve et al., 2023, Tanner et al., 2020, Hughes et al., 2016). Det ene studie, som har fokus på tidligt fødte, finder eksempelvis, at særligt indsatser, hvor forældrene vejledes i motoriske øvelser af sundhedsprofessionelle, synes at være særligt gavnlige for den motorisk udvikling (Hughes et al., 2016). Et nyere systematisk review og metaanalyse, hvori ni af studierne har fokus på motorik, finder, at tidlige indsatser leveret af sundhedsprofessionelle (også kaldet "early childhood development interventions delivered by healthcare providers" (HCPECD) f.eks. sundhedsplejersker) bl.a. kan forbedre småbørns motoriske evner ved alderen 6-36 måneder (målt ved Bayley Scales of Infant Development) (Hirve et al., 2023). Effekten vurderes størst, hvis selve indsatsen var i fokus i mere end 50 % af kontakttiden mellem den sundhedsprofessionelle og familien. Dog skal der tages forbehold for, at de inkluderede studier i reviewet primært var udført blandt spædbørn med sårbarheder f.eks. fattigdom, stofmisbrug hos mødre og tidligt fødte børn (Hirve et al., 2023). Et andet systematisk review, som belyser effekten af ergoterapeutiske indsatser, konkluderer, at ergoterapeuter kan overveje indsatser som "Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program" (NIDCAP), hjemmebaseret vejledning til forældre, hjemmeprogrammer sammen med terapi på klinik og (motorisk) legetøj til børn under tre år (Tanner et al., 2020). Disse indsatser har alle moderat evidens bag sig, om end indsatserne kun synes at have kortvarig effekt på den motoriske udvikling. Hertil bør indsatser til børn under tre år inkludere aktiv forældreinvolvering (Tanner et al., 2020).

Konklusion

Samlet set viser de inkluderede studier og rapporter, at barnets tidlige motoriske udvikling kan have betydning for dets udvikling senere i barndommen, ligesom studier overordnet også peger på, at indsatser i barnets første leveår kan have positiv effekt på barnets motoriske udvikling. Disse fund understøtter væsentligheden af

sundhedsplejerskens fokus på barnets tidlige motoriske udvikling, hvilket fremhæves og præciseres i Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Med udgangspunkt i ovenstående litteratur vurderes indikatoren derfor både væsentlig og berettiget og til trods for, at det ikke har været muligt at kvalitetsvurdere al den inkluderede litteratur, vurderes den samlede evidens bag indikatoren at være veldokumenteret.

Søgestreng: Se bilag 1

Indikator 5: Overvægt blandt børn og unge - skolebørn

Vurdering eller observation jf. BOE-standarden: Vægt (skolebørn)

Definition: Defineres af styregruppen for LDBU

Type: Defineres af styregruppen for LDBU

Grundlag for indikator: Denne indikator er baseret på en bred vifte af eksisterende litteratur, der understøtter relevansen og vigtigheden af indikatoren. Litteraturen omfatter to vejledninger og et fagligt notat fra Sundhedsstyrelsen (Sundhedsstyrelsen, 2024b, Sundhedsstyrelsen, 2014, Sundhedsstyrelsen, 2024a), én klinisk retningslinje fra Dansk Pædiatrisk Selskab (Eggertsen et al., 2024), én klinisk retningslinje fra NICE (NICE, 2023) og tre systematiske reviews, som er udvalgt på baggrund af den systematiske søgning i PubMed, der havde fokus på fysiske konsekvenser af overvægt (Bendor et al., 2020) (ROBIS: high risk of bias, Oxford: 2a-3a), (de Araújo Lopes et al., 2024) (ROBIS: low risk of bias, Oxford: 2a-3a) og (He et al., 2022) (ROBIS: low risk of bias, Oxford: 2a-3a). Derudover indgår studier/rapporter, som er identificeret gennem eksperter (16 studier) (Freedman et al., 1999, Burke, 2006, Reilly & Kelly, 2011, Baker et al., 2007, Fagot-Campagna, 2000, Arslanian, 2002, Figueroa-Munoz et al., 2001, Lister et al., 2023, Močnik & Marčun Varda, 2021, Adelman et al., 2001, Strauss, 2000, Needham & Crosnoe, 2005, Rankin et al., 2016, Wardle & Cooke, 2005, Brixval et al., 2012, Bruun et al., 2021).

Resumé af evidensgrundlag:

Ifølge Sundhedsstyrelsens anbefaling om forebyggende sundhedsydelse til børn, unge og deres forældre skal børns vægtudvikling følges regelmæssigt for tidligt at kunne opspore og igangsætte indsatser over for u hensigtsmæssig vægtudvikling (Sundhedsstyrelsen, 2024b). Børn og unges højde og vægt skal som minimum monitoreres ved indskolingsundersøgelsen, på mellemtrinnet og ved udskolingsundersøgelsen (Sundhedsstyrelsen, 2024a). Ved afvigende vækstudvikling skal sundhedsplejersken eller anden sundhedsprofessionel f.eks. læge følge op med henvisning eller igangsættelse af relevante helhedsorienterede indsatser (Sundhedsstyrelsen, 2024b, Eggertsen et al., 2024). Indskolingsundersøgelsen beskrives som central for at opspore og forebygge overvægt hos de yngste skolebørn, mens udskolingsundersøgelsen er den sidste mulighed i skoleforløbet for systematisk at opspore udvikling af overvægt, erkende eksisterende overvægt og give rådgivning i den forbindelse (Sundhedsstyrelsen, 2014). Ifølge klinisk retningslinje fra NICE bør der foregå en vurdering af komorbiditet (f.eks. hypertension, hyperinsulinæmi, type 2 diabetes, psykosociale problemer og forværring af tilstande som astma) ved børn med BMI \geq 98 percentilen (NICE, 2023).

Sammenhængen mellem overvægt i barn- og ungdommen og fysiske og psykiske sygdomme samt sociale problemer er veldokumenteret (Freedman et al., 1999, Burke, 2006, Reilly & Kelly, 2011, Baker et al., 2007, Fagot-Campagna, 2000, Arslanian, 2002, Figueroa-Munoz et al., 2001, Lister et al., 2023, Močnik & Marčun Varda, 2021, Adelman et al., 2001, Bruun et al., 2021). Overvægt i barndommen har bl.a. betydning for livskvaliteten og medfører øget risiko for lavt selvværd, følelse af tristhed, ensomhed, nervøsitet, depression og mobning (Strauss, 2000, Needham & Crosnoe, 2005, Rankin et al., 2016, Brixval et al., 2012, Wardle & Cooke, 2005). Hertil følger, at overvægt i barn- og ungdommen ligeledes er forbundet med øget risiko for overvægt, kardiometaboliske sygdomme, type-2 diabetes, astma, forhøjet blodtryk og hjerte-kar-sygdomme senere i livet. Tegn på sådanne sygdomme kan allerede komme til udtryk i barn- og ungdommen (Freedman et al., 1999, Burke, 2006, Reilly & Kelly, 2011, Baker et al., 2007, Fagot-Campagna, 2000, Arslanian, 2002, Figueroa-Munoz et al., 2001, Lister et al., 2023, Močnik & Marčun Varda, 2021, Adelman et al., 2001). De nyere systematiske reviews, som blev identificeret i litteratursøgningen i PubMed, understøtter ovenstående fund. Eksempelvis finder det systematiske review af He et al. (2022), at prævalensen for type-2 diabetes er 1,3 % blandt børn med overvægt, mens den er 0,1 % i børn med normalvægt. Hertil er prævalensen for prædiabetes 17,0 % blandt børn med overvægt, mens den er 6 % blandt børn med normalvægt (He et al., 2022). Et systematisk review af Bendor

et al. (2020) undersøger forskelle mellem børn med svær overvægt og børn med mild overvægt og finder, at allerede i barn- og ungdommen har børn og unge med svær overvægt øget risiko for type 2-diabetes, hypertension, fedtlever og dyslipidemi sammenlignet med børn og unge med mild overvægt (Bendor et al., 2020). Ligeledes synes unge med svær overvægt sammenlignet med deres jævnaldrende med mild overvægt at have øget risiko for kardiomyopati, hjertesvigt, kardiovaskulær dødelighed i voksenalderen (Bendor et al., 2020). Der skal dog tages forbehold ved de enkelte sammenhænge, da flere af de inkluderede studier ikke tager højde for sociodemografiske konfoundere (Bendor et al., 2020). Supplerende finder et systematisk review af de Araújo Lopes et al. 2024, at antropometriske målinger såsom halsomkreds, hofte- og taljemål er associeret med obstruktiv søvnapnø og særligt for halsomkreds vurderes evidensen for associationen at være stærk. Modsat synes BMI ikke at være associeret med obstruktiv søvnapnø blandt børn og unge (de Araújo Lopes et al., 2024).

Forekomst

En dansk rapport fra 2020 viser, at 14 % af børn i indskolingsalderen og 19 % af unge i udskolingsalderen har overvægt (Andersen et al., 2020). Rapporten fremhæver desuden sociale uligheder og store kommunale forskelle i overvægt, hvilket understøttes af fund fra rapporter fra samarbejdet Databasen Børns Sundhed samt anden forskning (Schmidt Morgen et al., 2013, Ammitzbøll et al., 2018, Brixval et al., 2017). De seneste sundhedsprofiler fra samarbejdet Databasen Børns Sundhed viser, at blandt børn undersøgt ved indskolingsundersøgelsen i 2022/23 har 9,5 % undervægt, 78,2 % har normalvægt, 9,2 % har overvægt og 3,1 % har svær overvægt, mens blandt unge undersøgt ved udskolingsundersøgelsen i 2022/23 har 8,2 % undervægt, 75,2 % har normalvægt, 13,3 % har overvægt og 3,3 % har svær overvægt (Pommerencke et al., 2024a). Forekomsten af overvægt har i en årrække været stabil, men den er stadig høj, og den sociale ulighed i overvægt er ligeledes stabil blandt skolebørn i perioden 2002-2019 (Pommerencke et al., 2022).

Ætiologi

Årsagerne til overvægt i barndommen er komplekse og ikke endegyldigt kortlagt (Finewood et al., 2010, Hemmingsson et al., 2023). Generelt antages det, at udviklingen af overvægt blandt børn og unge skyldes interaktion mellem genetiske, adfærdsmæssige, psykosociale og miljømæssige faktorer (Hemmingsson et al., 2023, Finewood et al., 2010, Bruun et al., 2021, Hampl et al., 2023). Der er flere veldokumenterede risikofaktorer, der kan påvirkes gennem indsatser i spædbarns- og barndommen. Disse omfatter madindtag og spisevaner (Horta et al., 2023), fysisk aktivitetsniveau og spædbarnets motoriske evner (Moore et al., 2003, Jago et al., 2005, Nelson et al., 2006, Jimenez-Pavon et al., 2010, Brouwer et al., 2019, Webster et al., 2019, Carson et al., 2017), skærmb brug (Hancox & Poulton, 2006, Lumeng et al., 2006, Mendoza et al., 2007, Rey-Lopez et al., 2008, Epstein et al., 2008, McVeigh et al., 2016, Fang et al., 2019) samt søvnvarighed og -kvalitet (Bammann et al., 2014, Monasta et al., 2010, Dattilo et al., 2012, Weng et al., 2012, Robinson et al., 2015). Desuden er det veldokumenteret, at socioøkonomiske faktorer f.eks. kort uddannelse, lav socioøkonomisk status, fattigdom og økonomisk usikkerhed har betydning for udvikling af overvægt (Parsons et al., 1999, Stamatakis et al., 2010, Stamatakis et al., 2005, Kark & Rasmussen, 2005, Brunner et al., 2007, Hemmingsson et al., 2023).

Indsatser

Sundhedsstyrelsen beskriver i deres anbefaling vedr. "livsstilsintervention ved svær overvægt", at hvis sundhedsplejersken møder et barn med overvægt (BMI \geq ISO-BMI/IOTF-25) eller svær overvægt (BMI \geq ISO-BMI/IOTF-30), kan sundhedsplejersken enten selv igangsætte en indsats sammen med forældrene eller henvise til livsstilsintervention, Julemærkehjem eller lignende (Sundhedsstyrelsen, 2021). Sundhedsplejersken skal ved alle undersøgelser vurdere, om barnets overvægt kræver henvisning til egen læge (Sundhedsstyrelsen, 2021). Præcisering af indsatser til behandling af svær overvægt kan læses i retningslinjen fra Dansk Pædiatrisk Selskab "Adipositas hos børn og unge – udredning og behandling", hvor det fremgår, at behandlingen skal være multifaktoriel og bør varetages af sundhedsfagligt personale med viden og erfaring i basalbehandlingen af adipositas hos børn og unge (Eggertsen et al., 2024). I Vidensråd for Forebyggelses rapport fra 2021

"Forebyggelse af overvægt blandt børn og unge" konkluderes, at der fortsat mangler robust evidens for indsatser, der effektivt kan forebygge, at børn med normalvægt udvikler overvægt (Bruun et al., 2021). Endvidere beskrives, at indsatser målrettet børn og unge mellem 6 og 16 år kun har vist svag til moderat effekt, og at indsatserne ofte er uden varig indflydelse på vægtudviklingen (Bruun et al., 2021). Desuden mangler der evidens for effektive indsatser i hjemmet, ligesom fremtidige indsatser bør være længerevarende. De få vellykkede skolebaserede indsatser er karakteriseret ved at omfatte fysisk aktivitet, kost og aktiv forældreinvolvering, og effekten af indsatserne er størst blandt børn under 12 år (Bruun et al., 2021). Sundhedsstyrelsens anbefalinger for indsatser til børn og unge indeholder netop disse komponenter samt komponenter som trivsel, livskvalitet og adfærsændring (Sundhedsstyrelsen, 2021). Hertil anbefales det, at indsatsen varer 12 måneder, med minimum 26 timers kontakt mellem barn og sundhedsprofessionel og at indsatsen bør varetages af sundhedspersoner med relevante kompetencer (Sundhedsstyrelsen, 2021).

Konklusion: Samlet set viser den foreliggende litteratur, at overvægt i barn- og ungdommen kan have betydelige konsekvenser for den fysiske og psykiske sundhed senere i livet, og at sundhedsplejersken kan spille en vigtig rolle i opsporingen af børn og unge med en afvigende vægtudvikling. Med udgangspunkt i eksisterende litteratur fra Sundhedsstyrelsen, NICE, Dansk Pædiatrisk Selskab og videnskabelige studier vurderes indikatoren derfor både væsentlig og berettiget. Selvom al inkluderet litteratur ikke har været mulig at kvalitetsvurdere, er den samlede evidens bag indikatoren stærk og veldokumenteret.

Evt. søgestreng: Se bilag 1

Baggrundsopgørelser

Populationsbeskrivelse - spædbørn

Sundhedsplejens kontakter med familierne i barnets første leveår

Grundlag for opgørelsen: Denne opgørelse er baseret på Sundhedsstyrelsens anbefaling om forebyggende sundhedsydelse til børn, unge og deres forældre (Sundhedsstyrelsen, 2024b). Derudover er Sundhedsstyrelsens anbefaling holdt op imod indholdet i en klinisk retningslinje om postnatal care udgivet af NICE (NICE, 2021).

Resumé af evidensgrundlag:

I Sundhedsstyrelsens vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge – Lovbestemte rammer fremgår lovgrundlaget for forebyggende sundhedsydelser til børn og unge (Sundhedsstyrelsen, 2024b). Disse ydelser ligger under Sundhedsloven, LBK nr. 247 af 12/03/2024. §§ 120-126 samt BEK 1344 af 03/12/2010, Bekendtgørelse om forebyggende sundhedsydelser for børn og unge, hvor der står, at kommunalbestyrelsen skal tilbyde alle børn og unge vederlagsfri sundhedsvejledning (Sundhedsstyrelsen, 2024b). I anbefalingen om forebyggende sundhedsydelser til børn, unge og deres forældre fremgår Sundhedsstyrelsens sundhedsfaglige anbefalinger og anbefalingen beskriver *hvorfor* og *hvordan* ydelserne tilbydes i forhold til at styrke den tidlige indsats, ikke kun ifht. alder, men også i problemudvikling og i et tværprofessionelt perspektiv, når der er behov for inddragelse af andre end sundhedsprofessionelle (Sundhedsstyrelsen, 2024b).

Funktionsundersøgelser i barnets første leveår anbefales at finde sted som hjemmebesøg. I sundhedsstyrelsens anbefalinger angives det, at der som udgangspunkt bør tilbydes minimum fem besøg til alle familier med almene behov foruden et tidligt besøg på 4.-5. dagen, hvis barnet er udskrevet indenfor 72 timer, der sikrer barnets trivsel efter udskrivelse fra fødestedet. Tidspunkterne for de anbefalede besøg er begrundet i forhold til at kunne vurdere barnets sundhed og trivsel i et udviklingsperspektiv. I Sundhedsstyrelsens anbefaling beskrives besøgene i det første leveår på følgende måde:

Barselsbesøg

Såfremt familien er udskrevet inden for 72 timer efter fødslen og efter hjemmefødsler/klinikfødsler, tilbyder sundhedsplejersken et tidligt hjemmebesøg på 4. eller 5. dagen efter fødslen. Formålet er at føre tilsyn med/vurdere barnets trivsel i den første tid efter fødslen og dermed bidrage til at undgå genindlæggelser pga. ernæringsproblemer med risiko for dehydrering samt gulsot og brystbetændelse hos mor.

Etableringsbesøget

Etableringsbesøget er et uafhængigt og selvstændigt hjemmebesøg, der adskiller sig fra barselsbesøget ved at være mere omfattende i den kliniske undersøgelse og samtale om forældrenes trivsel. Såfremt der er aflagt tidligt barselsbesøg tilrettelægges etableringsbesøget efter en vurdering af behov for opfølgning samt efter aftale med forældrene. Etableringsbesøget må dog i disse tilfælde være aflagt senest 10 dage efter barselsbesøget af hensyn til vurdering af barnets fysiske trivsel og besøgets øvrige indhold. Etableringsbesøget indeholder som udgangspunkt en samtale om graviditet og fødsel og om tiden før barsels- og/eller etableringsbesøget, en fysisk undersøgelse af barnet og samtale med forældrene om de nye roller og opgaver, herunder information om kommunens tilbud fra sundhedsplejen f.eks. mødre-, fædre- og forældregrupper.

Andet besøg i første levemåned

Hjemmebesøget aflægges inden, barnet er en måned gammel. Såfremt barnet er synligt ikterisk efter 14. levedøgn, henvises til den praktiserende læge med henblik på at få målt konjugeret bilirubin i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedr. opsporing af galdevejsatsesi.

Besøg hos det ca. 2 måneder gamle barn

For at sikre et kontinuerligt tilsyn med spædbarnets udvikling, fysiske og mentale trivsel anbefales at tilbyde et hjemmebesøg på dette tidspunkt, hvor familien har fundet en rytme i en ny hverdag. Ved dette besøg anbefales systematisk at opspore tegn på perinatal depression hos begge forældre med henblik på tidlig indsats. Også forældre med etnisk minoritetsbaggrund skal have tilbud om undersøgelse for tegn på perinatal depression, såfremt det er en undersøgelse, der tilbydes i sundhedsplejen.

Besøg hos det 4-6 måneder gamle barn

Besøgets hovedformål er vejledning om overgang til anden mad end mælk. Hjemmebesøget aflægges, når forældrene vurderer, at barnet er parat til at starte på anden mad end mælk. Det bør være barnets udvikling og parathed til skemad og forældrenes behov for vejledning, der er afgørende for, hvornår besøget tilbydes og ikke barnets alder. Der bør derfor ikke automatisk planlægges et besøg ved fire måneder. Overgang til anden mad end mælk bør påbegyndes senest ved seks måneder.

Besøg hos det 8-11 måneder gamle barn

Hjemmebesøget aflægges med henblik på at vurdere, om barnets fysiske og mentale sundhed og trivsel er inden for normalområdet, og hjemmebesøgene i første leveår på den baggrund kan afsluttes.

Citeret fra Sundhedsstyrelsens høringsudgave af forebyggende sundhedsydelse til børn, unge og deres forældre (Sundhedsstyrelsen, 2024b).

I 2021 udgav NICE en klinisk retningslinje for postnatal care (NICE, 2021). I NICE retningslinjen er der gennemført en systematisk litteratursøgning for, hvornår det første postnatale hjemmebesøg af en sundhedsplejerske bedst aflægges, og der blev ikke identificeret relevante studier (NICE, 2021). Anbefalingen i

NICE retningslinjen tager derfor udgangspunkt i NICE retningslinjens nedsatte komites viden og erfaring, og de lægger sig op ad anbefalingerne fra Department of Health and Social Care's Healthy Child Programme i England, som angiver, at der bør være to besøg af sundhedsplejersken i den postnatale periode. Det første besøg bør finde sted meget kort tid efter, at omsorg for barn og mor overgår fra jordemoderen (normalt 10 til 14 dage efter fødslen) og det andet besøg bør finde sted cirka seks til otte uger efter fødslen. Healthy Child Programme inkluderer også et antenatalt besøg af sundhedsplejersken, men det er ikke altid, at dette besøg finder sted, og i så fald kan et yderligere tidligt postnatalt besøg overvejes (NICE, 2021).

Det er svært at sammenholde NICE retningslinjen og Sundhedsstyrelsens anbefaling, da konteksten ikke er fuld sammenlignelig ift. overgang af ansvar for barn og moder efter fødsel, og antallet af besøg er ikke sammenligneligt med de danske anbefalinger.

Hvis man sammenholder antallet af besøg i det første leveår med øvrige nordiske lande, så har det Nordiske Ministerråd udgivet en publikation i 2020, hvor de sammenholder de tilbud, der er til børn og familier i de første 1000 dage i Sverige, Norge, Finland, Island og Danmark (Daníelsdóttir & Ingudóttir, 2020). Nedenstående figur illustrerer forskellene landene imellem ift. besøg.

Tabel 1: Besøg af sundhedsprofessionel efter hospitalsudskrivelse og i de første to år i de nordiske lande

	Første besøg efter hospitalsudskrivning	Antal hjemmebesøg i det første leveår	Antal kontakter i de første to år
Danmark	Inden for 1-3 dage	2-8	6-12
Finland	Inden for 7 dage	2	13
Island	Inden for 1 dag	7-11	16-20
Norge	Inden for 3 dage	1-2	13
Sverige	Inden for 6 dage	2	14

Tabellen er fra rapporten: Daníelsdóttir S, Ingudóttir J. The first 1000 days in the Nordic countries: a situation analysis: Nordic Council of Ministers; 2020.

Tabellen illustrerer, at der er forskelle landene imellem, men der er også forskellig struktur af tilbuddene i de fem lande. I Danmark tilbydes besøg næsten udelukkende i form af hjemmebesøg, bortset fra fire lægeundersøgelser i løbet af barnets første to år. I Finland, Norge og Sverige tilbydes der dog kun ét eller to hjemmebesøg som standard, selvom der ydes flere besøg til dem, der har brug for det. Disse forskelle afspejler variationerne i tilbuddene imellem. Ift. hjemmebesøg, så ligner Danmark mest Island og i Island ligger det første hjemmebesøg af en sundhedsplejerske 7-14 dage efter barnets fødsel. Efter dette tilbydes der et eller to hjemmebesøg i de næste uger, og flere kan arrangeres efter behov. Sundhedsplejerskerne vurderer hvert tilfælde og beslutter, hvor mange besøg der er nødvendige og ellers tilbydes besøg på sundhedscentre. Den første sundhedsplejerskontakt på sundhedscentret finder sted, når barnet er seks uger gammelt, det næste ved ni uger og derefter ved tre, fem, seks, otte, 10, 12 og 18 måneder (Daníelsdóttir & Ingudóttir, 2020).

Fordeling af besøg

I en undersøgelse fra VIVE (Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd), hvor der indgår sundhedsplejerskedata for børn født i 2015 fra 62 kommuner, gives der i gennemsnit 5,01 universelle besøg til gruppen af familier, der ikke er udsatte, mens der gives 5,06 universelle besøg til gruppen af udsatte familier. Derudover gives i alt 6,69 besøg til ikke udsatte grupper, mens der til udsatte familier gives 8,13 besøg (Wüst et al., 2020). I en rapport fra samarbejdet Databasen Børns Sundhed i 2015, hvor der indgik data fra 15 kommuner, er det opgjort hvor mange familier, der modtager fem eller flere besøg af sundhedsplejersken i det første leveår.

Det er 80,5 % af familierne, der modtager fem eller flere besøg af sundhedsplejersken i det første leveår. Over 50 % af familierne har fem til syv besøg, hvoraf størstedelen (22,3 %) har seks besøg i barnets første leveår. Under 2,5 % af familierne modtager under tre besøg, mens under 4,5 % modtager mere end 10 besøg. Disse tal rummer både standardbesøg og behovsbesøg (Databasen Børns Sundhed, 2015).

Betydning af sundhedsplejerskebesøg

Betydningen af sundhedsplejerskebesøg i en dansk kontekst er undersøgt i nogle studier. I en artikel af Wüst fra 2012 undersøges det, hvad indførelsen af den universelle sundhedsplejerskeordning i Danmark har af betydning for mødre og børn født i 1937 til 1949 (Wüst, 2012). Studiet finder, at spædbørnsdødeligheden faldt og dette tilskrives sundhedsplejerskernes besøg med vejledning i amning og spædbørnsernæring (Wüst, 2012). Det kan være svært at opgøre gavnlige effekter af universelle sundhedsplejerskebesøg i Danmark, da der som hovedregel ikke er sammenligningsgrupper eller kontrolgrupper til universelle indsatser, men én måde er naturlige eksperimenter. I en artikel af Kronborg et al. fra 2016 anvendes sundhedsplejerskestrejken i 2008 til at undersøge, hvordan strejken påvirkede antallet af besøg fra sundhedsplejersken og dermed kan være en forklarende årsag til, at ammelængden faldt blandt mødre, der ikke fik så mange besøg som vanligt (Kronborg et al., 2016). Strejken i 2008 blev ligeledes anvendt i en artikel af Hirani et al. fra 2020 til at undersøge, hvordan timingen af sundhedsplejerskebesøg påvirker udfald på barn og mødre (Hirani et al., 2020). Strejken fungerede som et naturligt eksperiment, hvor børn mistede et af de typisk fire universelle besøg i sundhedsplejerordningen i København. Resultaterne af studiet viser, at tidlige besøg er vigtigere end senere besøg. Særligt det tidligste besøg (14 dage efter fødsel) har stor betydning, da børn og mødre, som mistede dette besøg, havde markant flere konsultationer ved praktiserende læge og vagtlæge i de efterfølgende år. Artiklen konkluderer, at der er behov for yderligere forskning i betydningen af antallet af hjemmebesøg og deres placering for familier og børn (Hirani et al., 2020).

Konklusion

I Sundhedsstyrelsens anbefaling fremgår det, at tidspunkterne for de anbefalede besøg er begrundet i forhold til at kunne vurdere barnets sundhed og trivsel. Tidspunkterne for besøgene er tilrettelagt efter et udviklingsperspektiv, og besøgene følger barnets udvikling i det første leveår (Sundhedsstyrelsen, 2024b). Der foreligger til vores kendskab ikke evidens for, hvornår besøgene bedst ligger og ej heller hvor mange besøg, der bør ligge i det første leveår. Den kliniske retningslinje fra NICE omhandler kun de første besøg i barnets leveår, og der foreligger ikke evidens for, hvornår dette første besøg skal ligg. Nordiske sammenligninger viser, at der er variationer i antallet af besøg i første leveår landene imellem.

Populationsbeskrivelse – skolebørn

Ind- og udskolingsundersøgelsen

Grundlag for opgørelsen: Sundhedsstyrelsens anbefaling om forebyggende sundhedsydelse til børn, unge og deres forældre (Sundhedsstyrelsen, 2024b).

Resumé af evidensgrundlag

I Sundhedsstyrelsens anbefaling om forebyggende sundhedsydelse til børn, unge og deres forældre beskrives lovgrundlaget for kommunernes og regionernes forebyggende sundhedsydelse for børn, unge og deres forældre (Sundhedsstyrelsen, 2024b). Kommunerne har ansvaret for at skabe rammer for en sund livsstil i forhold til borgernes sundhed og skal etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne. Ifølge §§ 120-126 skal kommunen tilbyde alle børn og unge i den undervisningspligtige alder to forebyggende helbredsundersøgelser ved en læge eller sundhedsplejerske samt regelmæssig kontakt og funktionsundersøgelser gennem skoletiden (Sundhedsstyrelsen, 2024b). Der skal desuden tilbydes en indskolingsundersøgelse i første skoleår og en udskolingsundersøgelse i sidste skoleår. Højde- og vægtudvikling skal også monitoreres i indskolingen, midt i skoleforløbet og ved udskolingen (Sundhedsstyrelsen, 2024b).

Indskolingsundersøgelsen

Børn gennemgår flere overgange i løbet af deres barndom. Overgangen fra daginstitution til skole er en af dem. Især i sådanne perioder skal børnene omstille sig til nye rammer og krav, både kognitivt, socialt, følelsesmæssigt og adfærdsmæssigt (Holstein et al., 2021). Indskolingsundersøgelsen knytter sig til denne overgang og giver mulighed for at følge barnets udvikling, trivsel og sundhed. Ifølge Sundhedsstyrelsen er formålet med indskolingsundersøgelsen at vurdere barnets helbred, trivsel og skoleparathed i en sundhedsmæssig sammenhæng (Sundhedsstyrelsen, 2024b). Der lægges særlig vægt på at fremme lighed i sundhed. Undersøgelsen anbefales at foretages i dialog med barnets forældre, hvor de kan dele deres oplevelser med barnets trivsel og helbred. Før undersøgelsen bør forældrene informeres om formålet, og barnet og forældre kan udfylde et helbreds- og trivselsskema. Sammen med samtalen med forældrene og eventuelle oplysninger fra den praktiserende læge ved fem-års-undersøgelsen danner skemaet grundlag for indskolingsundersøgelsens samlede vurdering af barnets sundhed og trivsel ved skolestart (Sundhedsstyrelsen, 2024b). En rapport fra samarbejdet Databasen Børns Sundhed, der inkluderer data fra 15 kommuner, forsøger at opgøre, hvor mange børn der deltager i indskolingsundersøgelsen. Ved at sammenholde oplyste elevtal fra kommunerne med indrapporterede data fra indskolingsundersøgelsen estimeres det, at 90 % af børnene deltager i undersøgelsen (Pedersen et al., 2020). Rapporter fra samarbejdet Databasen Børns Sundhed viser, at sundhedsplejersken ved indskolingsundersøgelsen blandt andet kan identificere børn med øget risiko for senere psykiske udviklingsforstyrrelser og trivselsproblemer i udskolingsalderen (Pommerencke et al., 2023). Derudover beskriver Sundhedsstyrelsen i vejledningen for opsporing af overvægt og tidlig indsats for børn og unge i skolealderen, at indskolingsundersøgelsen er central for at opspore og forebygge overvægt hos de yngste skolebørn (Sundhedsstyrelsen, 2014).

Udskolingsundersøgelsen

Den sidste del af skoleårene er en væsentlig periode i de unges liv ift. deres udvikling, trivsel og sundhed og i denne periode ligger udskolingsundersøgelsen. Ifølge Sundhedsstyrelsen er formålet med denne undersøgelse er at vurdere den unges helbred, generelle sundhed og trivsel inden overgangen til en ungdomsuddannelse (Sundhedsstyrelsen, 2024b). Undersøgelsen omfatter en individuel samtale og en fysisk undersøgelse af den unge, hvor fokus er på deres helbred og trivsel. Forældre inddrages efter individuel vurdering og i samarbejde med den unge. Udskolingsundersøgelsen tilbydes umiddelbart før undervisningspligtens ophør under

hensyntagen til at der er mulighed for opfølgning inden den unge forlader skolen (Sundhedsstyrelsen, 2024b). I vejledningen for opsporing af overvægt og tidlig indsats for børn og unge i skolealderen beskrives udskolingsundersøgelsen som den sidste mulighed i skoleforløbet for systematisk at opspore udvikling af overvægt, erkende eksisterende overvægt og give rådgivning i den forbindelse (Sundhedsstyrelsen, 2014). I ovennævnte rapport fra samarbejdet Databasen Børns Sundhed estimeres det, at 83 % af de unge deltager i udskolingsundersøgelsen (Pedersen et al., 2020).

Konklusion

Ind- og udskolingsundersøgelserne er lovbestedte, og børn, unge og forældre skal tilbydes disse undersøgelser i det første og sidste skoleår. Undersøgelserne ligger ved væsentlige overgangsperioder i et barns liv, men det har ikke været muligt, at identificere litteratur, der understøtter undersøgelsestidspunkterne.

Søgestreng: Se bilag 1

Referencer

- Adelman, R. D., Restaino, I. G., Alon, U. S. & Blowey, D. L. 2001. Proteinuria and focal segmental glomerulosclerosis in severely obese adolescents. *J Pediatr*, 138, 481-5.
- Ammitzbøll, J., Pant, S. W., Holstein, B. E., Pedersen, T. P. & Due, P. 2018. Sundhedsprofil for børn og unge i Region Hovedstaden og kommuner 2016/2017. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Andersen, M., Thorsted, A., Jezek, A., Due, P., Sørensen, T. & Thygesen, L. 2020. Overvægt og svær overvægt blandt danske børn og unge - Forekomst og sociodemografisk fordeling. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Arslanian, S. 2002. Type 2 diabetes in children: clinical aspects and risk factors. *Horm Res*, 57 Suppl 1, 19-28.
- Baker, J. L., Olsen, L. W. & Sorensen, T. I. 2007. Childhood body-mass index and the risk of coronary heart disease in adulthood. *N Engl J Med*, 357, 2329-37.
- Bammann, K., Peplies, J., De Henauw, S., Hunsberger, M., Molnar, D., Moreno, L. A., Tornaritis, M., Veidebaum, T., Ahrens, W. & Siani, A. 2014. Early life course risk factors for childhood obesity: the IDEFICS case-control study. *PLoS One*, 9.
- Bendor, C. D., Bardugo, A., Pinhas-Hamiel, O., Afek, A. & Twig, G. 2020. Cardiovascular morbidity, diabetes and cancer risk among children and adolescents with severe obesity. *Cardiovasc Diabetol*, 19, 79.
- Blank, R., Barnett, A. L., Cairney, J., Green, D., Kirby, A., Polatajko, H., Rosenblum, S., Smits-Engelsman, B., Sugden, D., Wilson, P. & Vincon, S. 2019. International clinical practice recommendations on the definition, diagnosis, assessment, intervention, and psychosocial aspects of developmental coordination disorder. *Dev Med Child Neurol*, 61, 242-285.
- Brixval, C. S., Johansen, A., Rasmussen, M. & Due, P. 2017. Overvægt blandt børn i Region Hovedstaden i perioden 2002-2014. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Brixval, C. S., Rayce, S. L., Rasmussen, M., Holstein, B. E. & Due, P. 2012. Overweight, body image and bullying--an epidemiological study of 11- to 15-years olds. *Eur J Public Health*, 22, 126-30.
- Brouwer, S. I., Stolk, R. P. & Corpeleijn, E. 2019. Later achievement of infant motor milestones is related to lower levels of physical activity during childhood: the GECKO Drenthe cohort. *BMC Pediatr*, 19, 388.
- Brunner, E. J., Chandola, T. & Marmot, M. G. 2007. Prospective effect of job strain on general and central obesity in the Whitehall II Study. *Am J Epidemiol*, 165, 828-37.
- Bruun, J., Bjerregaard, L., Due, P., Heitmann, B., Høy, T., Kierkegaard, L., Michaelsen, K., Morgen, C., Olsen, N., Sørensen, T., Toft, U. & Østergaard, J. 2021. Forebyggelse af overvægt blandt børn og unge. København: Vidensråd for Forebyggelse.
- Burke, V. 2006. Obesity in childhood and cardiovascular risk. *Clin Exp Pharmacol Physiol*, 33, 831-7.
- Carlsson, R. R., Pommerencke, L. M., Pant, S. W., Jørgensen, S. E., Madsen, K. R., Bonnesen, C. T., Kierkegaard, L. & Pedersen, T. P. 2024. Trends in social inequality in breastfeeding duration in Denmark 2002-2019. *Scand J Public Health*, 14034948241234133.
- Carson, V., Lee, E. Y., Hewitt, L., Jennings, C., Hunter, S., Kuzik, N., Stearns, J. A., Unrau, S. P., Poitras, V. J., Gray, C., Adamo, K. B., Janssen, I., Okely, A. D., Spence, J. C., Timmons, B. W., Sampson, M. & Tremblay, M. S. 2017. Systematic review of the relationships between physical activity and health indicators in the early years (0-4 years). *BMC Public Health*, 17, 854.
- Choi, B., Leech, K. A., Tager-Flusberg, H. & Nelson, C. A. 2018. Development of fine motor skills is associated with expressive language outcomes in infants at high and low risk for autism spectrum disorder. *J Neurodev Disord*, 10, 14.
- Daniélsdóttir, S. & Ingudóttir, J. 2020. *The first 1000 days in the Nordic countries: a situation analysis*, Nordic Council of Ministers.
- Databasen Børns Sundhed, W. P. S., Johansen a, Holstein Be. 2015. Sundhedsplejerskers indsatser for 0-årige børn. Temarapport og årsrapport. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Dattilo, A. M., Birch, L., Krebs, N. F., Lake, A., Taveras, E. M. & Saavedra, J. M. 2012. Need for early interventions in the prevention of pediatric overweight: a review and upcoming directions. *J Obes*, 2012, 123023.
- De Araújo Lopes, L. L., Costa, F. W. G., Cevidanes, L. H. S., De Barros Silva, P. G., Gurgel, M. L., Carvalho, F. S. R., Júnior, C. M. C. & Ribeiro, T. R. 2024. Anthropometric measures and obstructive sleep apnea in children and adolescents: a systematic review of the literature and meta-analysis. *Sleep Breath*, 28, 11-28.
- Ditomasso, D. & Cloud, M. 2019. Systematic Review of Expected Weight Changes After Birth for Full-Term, Breastfed Newborns. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 48, 593-603.
- Eggertsen, C., Fonvig, C., Fraulund, M., Holm, J., Højgaard, B., Kloppenborg, Madsen, J. & Vinding, R. 2024. Adipositas hos børn og unge – udredning og behandling. In: ADIPOSITASUDVALGET (ed.). Dansk Pædiatrisk Selskab.

- Elberling, H., Linneberg, A., Olsen, E. M., Houmann, T., Rask, C. U., Goodman, R. & Skovgaard, A. M. 2014. Infancy predictors of hyperkinetic and pervasive developmental disorders at ages 5-7 years: results from the Copenhagen Child Cohort CCC2000. *J Child Psychol Psychiatry*, 55, 1328-35.
- Epstein, L. H., Roemmich, J. N., Robinson, J. L., Paluch, R. A., Winiewicz, D. D., Fuerch, J. H. & Robinson, T. N. 2008. A randomized trial of the effects of reducing television viewing and computer use on body mass index in young children. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 162, 239-45.
- Faebo Larsen, R., Hvas Mortensen, L., Martinussen, T. & Nybo Andersen, A. M. 2013. Determinants of developmental coordination disorder in 7-year-old children: a study of children in the Danish National Birth Cohort. *Dev Med Child Neurol*, 55, 1016-22.
- Fagot-Campagna, A. 2000. Emergence of type 2 diabetes mellitus in children: epidemiological evidence. *J Pediatr Endocrinol Metab*, 13 Suppl 6, 1395-402.
- Fang, K., Mu, M., Liu, K. & He, Y. 2019. Screen time and childhood overweight/obesity: A systematic review and meta-analysis. *Child: Care, Health and Development*, 45, 744-753.
- Figuroa-Munoz, J. I., Chinn, S. & Rona, R. J. 2001. Association between obesity and asthma in 4-11 year old children in the UK. *Thorax*, 56, 133-7.
- Finegood, D. T., Merth, T. D. N. & Rutter, H. 2010. Implications of the Foresight Obesity System Map for Solutions to Childhood Obesity. *Obesity*, 18, S13-S16.
- Freedman, D. S., Dietz, W. H., Srinivasan, S. R. & Berenson, G. S. 1999. The relation of overweight to cardiovascular risk factors among children and adolescents: the Bogalusa Heart Study. *Pediatrics*, 103, 1175-82.
- Gonzalez, S. L., Alvarez, V. & Nelson, E. L. 2019. Do Gross and Fine Motor Skills Differentially Contribute to Language Outcomes? A Systematic Review. *Front Psychol*, 10, 2670.
- HAMPL, S. E., HASSINK, S. G., SKINNER, A. C., ARMSTRONG, S. C., BARLOW, S. E., BOLLING, C. F., AVILA EDWARDS, K. C., ENELI, I., HAMRE, R., JOSEPH, M. M., LUNSFORD, D., MENDONCA, E., MICHALSKY, M. P., MIRZA, N., OCHOA, E. R., JR, SHARIFI, M., STAIANO, A. E., WEEDN, A. E., FLINN, S. K., LINDROS, J. & OKECHUKWU, K. 2023. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents With Obesity. *Pediatrics*, 151.
- Hancox, R. J. & Poulton, R. 2006. Watching television is associated with childhood obesity: but is it clinically important? *Int J Obes*, 30, 171-5.
- Havmøller, S. R., Thomsen, P. H. & Lemcke, S. 2018. The early motor development in children diagnosed with ADHD: a systematic review. *Atten Defic Hyperact Disord*.
- He, Q. X., Zhao, L., Tong, J. S., Liang, X. Y., Li, R. N., Zhang, P. & Liang, X. H. 2022. The impact of obesity epidemic on type 2 diabetes in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Prim Care Diabetes*, 16, 736-744.
- Health Sciences Library System. 2024. *PubMed Search Filters* [Online]. University of Pittsburgh. Available: <https://hsls.libguides.com/PubMed-search-filters> [Accessed 2024].
- Hemmingsson, E., Nowicka, P., Ulijaszek, S. & Sørensen, T. I. A. 2023. The social origins of obesity within and across generations. *Obesity Reviews*, 24.
- Hirani, J., Sievertsen, H. & Wüst, M. 2020. Missing a Nurse Visit. *IZA Discussion*, Paper No. 13485.
- Hirve, R., Adams, C., Kelly, C. B., Mcaullay, D., Hurt, L., Edmond, K. M. & Strobel, N. 2023. Effect of early childhood development interventions delivered by healthcare providers to improve cognitive outcomes in children at 0-36 months: a systematic review and meta-analysis. *Arch Dis Child*, 108, 247-257.
- Holstein, B. E., Henriksen, T. B., Rayce, S. B., Ringsmose, C., Skovgaard, A. M., Teilmann, G. K. & Væver, M. S. 2021. Mental sundhed og psykisk sygdom hos 0-9-årige børn. København.
- Horta, B. L., Rollins, N., Dias, M. S., Garcez, V. & Pérez-Escamilla, R. 2023. Systematic review and meta-analysis of breastfeeding and later overweight or obesity expands on previous study for World Health Organization. *Acta Paediatr*, 112, 34-41.
- Howard, L. M., Molyneaux, E., Dennis, C. L., Rochat, T., Stein, A. & Milgrom, J. 2014. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet*, 384, 1775-88.
- Howick, J. 2009. *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine: Levels of Evidence (March 2009)* [Online]. Centre for Evidence-Based Medicine. Available: <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence/oxford-centre-for-evidence-based-medicine-levels-of-evidence-march-2009> [Accessed 2024].
- Hughes, A. J., Redsell, S. A. & Glazebrook, C. 2016. Motor Development Interventions for Preterm Infants: A Systematic Review and Meta-analysis. *Pediatrics*, 138.
- Inchley, J., Currie, D., Budisavljević, S., Torsheim, T., Jaastad, A., Cosma, A., Kelly, C., Arnarsson, A., Samdal, O. & Weber, M. 2020. Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Copenhagen.
- Jago, R., Baranowski, T., Baranowski, J. C., Thompson, D. & Greaves, K. A. 2005. BMI from 3-6 y of age is predicted by TV viewing and physical activity, not diet. *Int J Obes*, 29, 557-64.

- Jeppesen, P., Obel, C., Lund, L., Madsen, K. B., Nielsen, L. & Nordentoft, M. 2020. Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år - Forekomst, udvikling og forebyggelsesmuligheder. København: Vidensråd for Forebyggelse.
- Jimenez-Pavon, D., Kelly, J. & Reilly, J. J. 2010. Associations between objectively measured habitual physical activity and adiposity in children and adolescents: Systematic review. *Int J Pediatr Obes*, 5, 3-18.
- Kark, M. & Rasmussen, F. 2005. Growing social inequalities in the occurrence of overweight and obesity among young men in Sweden. *Scand J Public Health*, 33, 472-7.
- Kompetencecenter for Amning. 2024. *Projekter* [Online]. Available: <https://www.kompetencecenterforamning.dk/projekter/> [Accessed].
- Kramer, M. S. & Kakuma, R. 2012. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012, Cd003517.
- Kronborg, H., Sievertsen, H. H. & Wüst, M. 2016. Care around birth, infant and mother health and maternal health investments - Evidence from a nurse strike. *Soc Sci Med*, 150, 201-11.
- Kwong, A. K. L., Fitzgerald, T. L., Doyle, L. W., Cheong, J. L. Y. & Spittle, A. J. 2018. Predictive validity of spontaneous early infant movement for later cerebral palsy: a systematic review. *Dev Med Child Neurol*, 60, 480-489.
- Lavagno, C., Camozzi, P., Renzi, S., Lava, S. A., Simonetti, G. D., Bianchetti, M. G. & Milani, G. P. 2016. Breastfeeding-Associated Hypernatremia: A Systematic Review of the Literature. *J Hum Lact*, 32, 67-74.
- Lebarton, E. S. & Landa, R. J. 2018. Infant motor skill predicts later expressive language and autism spectrum disorder diagnosis. *Infant Behav Dev*, 54, 37-47.
- Levis, B., Negeri, Z., Sun, Y., Benedetti, A. & Thombs, B. D. 2020. Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data. *Bmj*.
- Lister, N. B., Baur, L. A., Felix, J. F., Hill, A. J., Marcus, C., Reinehr, T., Summerbell, C. & Wabitsch, M. 2023. Child and adolescent obesity. *Nature Reviews Disease Primers*, 9, 24.
- Lumeng, J. C., Rahnama, S., Appugliese, D., Kaciroti, N. & Bradley, R. H. 2006. Television exposure and overweight risk in preschoolers. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 160, 417-22.
- Madsen, R., Damsgaard, M., Román, J., Holstein, B., Kristoffersen, M., Pedersen, T., Michelsen, S., Rasmussen, M. & Toftager, M. 2023. Skolebørnsundersøgelsen 2022. Helbred, trivsel og sundhedsadfærd blandt skoleelever i 5., 7., og 9. klasse i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Mcfadden, A., Gavine, A., Renfrew, M. J., Wade, A., Buchanan, P., Taylor, J. L., Veitch, E., Rennie, A. M., Crowther, S. A., Neiman, S. & Macgillivray, S. 2017. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev*, 2, Cd001141.
- Mcveigh, J., Smith, A., Howie, E. & Straker, L. 2016. Trajectories of Television Watching from Childhood to Early Adulthood and Their Association with Body Composition and Mental Health Outcomes in Young Adults. *PLoS One*, 11, e0152879.
- Mendoza, J. A., Zimmerman, F. J. & Christakis, D. A. 2007. Television viewing, computer use, obesity, and adiposity in US preschool children. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 4, 44.
- Močnik, M. & Marčun Varda, N. 2021. Cardiovascular Risk Factors in Children with Obesity, Preventive Diagnostics and Possible Interventions. *Metabolites*, 11.
- Monasta, L., Batty, G. D., Cattaneo, A., Lutje, V., Ronfani, L., Van Lenthe, F. J. & Brug, J. 2010. Early-life determinants of overweight and obesity: a review of systematic reviews. *Obes Rev*, 11, 695-708.
- Moore, L. L., Gao, D., Bradlee, M. L., Cupples, L. A., Sundarajan-Ramamurti, A., Proctor, M. H., Hood, M. Y., Singer, M. R. & Ellison, R. C. 2003. Does early physical activity predict body fat change throughout childhood? *Prev Med*, 37, 10-7.
- Needham, B. L. & Crosnoe, R. 2005. Overweight status and depressive symptoms during adolescence. *J Adolesc Health*, 36, 48-55.
- Nelson, J. A., Carpenter, K. & Chiasson, M. A. 2006. Diet, activity, and overweight among preschool-age children enrolled in the Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC). *Prev Chronic Dis*, 3, A49.
- Nice 2017. Faltering growth: recognition and management of faltering growth in children. National Institute of Care and Care Institute.
- Nice 2020. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. National Institute of Care and Care Institute.
- Nice 2021. Postnatal Care. National Institute of Care and Care Institute.
- Nice 2023. Obesity: identification, assessment and management. National Institute of Care and Care Institute.

- Nilsson, I., Busck-Rasmussen, M. & Kronborg, H. 2019. National klinisk retningslinje om etablering af amning efter fødsel. København: Komiteen for Sundhedsoplysning & Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet.
- Nilsson, I. M. S., Strandberg-Larsen, K., Knight, C. H., Hansen, A. V. & Kronborg, H. 2017. Focused breastfeeding counselling improves short- and long-term success in an early-discharge setting: A cluster-randomized study. *Matern Child Nutr*, 13.
- Novak, I., Morgan, C., Adde, L., Blackman, J., Boyd, R. N., Brunstrom-Hernandez, J., Cioni, G., Damiano, D., Darrach, J., Eliasson, A. C., De Vries, L. S., Einspieler, C., Fahey, M., Fehlings, D., Ferriero, D. M., Feters, L., Fiori, S., Forssberg, H., Gordon, A. M., Greaves, S., Guzzetta, A., Hadders-Algra, M., Harbourne, R., Kakooza-Mwesige, A., Karlsson, P., Krumlinde-Sundholm, L., Latal, B., Loughran-Fowlds, A., Maitre, N., Mcintyre, S., Noritz, G., Pennington, L., Romeo, D. M., Shepherd, R., Spittle, A. J., Thornton, M., Valentine, J., Walker, K., White, R. & Badawi, N. 2017. Early, Accurate Diagnosis and Early Intervention in Cerebral Palsy: Advances in Diagnosis and Treatment. *JAMA Pediatr*, 171, 897-907.
- O'dea, G. A., Youssef, G. J., Hagg, L. J., Francis, L. M., Spry, E. A., Rossen, L., Smith, I., Teague, S. J., Mansour, K., Booth, A., Davies, S., Hutchinson, D. & Macdonald, J. A. 2023. Associations between maternal psychological distress and mother-infant bonding: a systematic review and meta-analysis. *Arch Womens Ment Health*, 26, 441-452.
- Pant, S. W., Skovgaard, A. M., Ammitzbøll, J., Holstein, B. E. & Pedersen, T. P. 2022. Motor development problems in infancy predict mental disorders in childhood: a longitudinal cohort study. *Eur J Pediatr*, 181, 2655-2661.
- Parsons, T. J., Power, C., Logan, S. & Summerbell, C. D. 1999. Childhood predictors of adult obesity: a systematic review. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 23, S1-107.
- Pedersen, T., Pant, S. & Ammitzbøll, J. 2019. Sundhedsplejerskers bemærkninger til motorisk udvikling i det første leveår. Temarapport børn født i 2017. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Pedersen, T. P., Pant, S. W. & Ammitzbøll, J. 2020. Motorisk udvikling ved indskolingsalderen. Temarapport for skoleåret 2018/19. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Pommerencke, L., Jørgensen, S. & Pedersen, T. 2024a. Sundhedsprofil for børn og unge ind- og udskoling-sundersøgt i skoleåret 2022/23. Samarbejdet Databasen Børns Sundhed. København: Samarbejdet Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Pommerencke, L., Kjeld, S., Jørgensen, S. & Tp., P. 2024b. Sundhedsprofil for børn født i 2022. Samarbejdet Databasen Børns Sundhed. København: Samarbejdet Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Pommerencke, L., Pant, S., Ammitzbøll, J., Laursen, B. & Pedersen, T. 2021. Forældres psykiske tilstand i barnets første leveår og betydning for barnets udvikling og trivsel. Temarapport fra Databasen Børns Sundhed for børn født i 2018 og skoleåret 2019/20. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Pommerencke, L., Pant, S., Laursen, B., Madsen, K. & Pedersen, T. 2022. Social ulighed i børn og unges trivsel, sundhed og udvikling. Temarapport fra Databasen Børns Sundhed for børn født i 2018 og skoleåret 2019/20. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Pommerencke, L. M., Jørgensen, S. E., Pant, S. W., Skovgaard, A. M., Pedersen, T. P. & Madsen, K. R. 2023. Psykisk mistrivsel og psykisk sygdom blandt børn og unge. En undersøgelse af 0-16-årige i Region Hovedstaden. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Pontoppidan, M., Smith-Nielsen, J. & Nøhr, K. 2022. Indsatser i forhold til fødselsdepression – En litteraturgennemgang af eksisterende viden. København: VIVE.
- Rankin, J., Matthews, L., Cobley, S., Han, A., Sanders, R., Wiltshire, H. D. & Baker, J. S. 2016. Psychological consequences of childhood obesity: psychiatric comorbidity and prevention. *Adolesc Health Med Ther*, 7, 125-146.
- Reilev, M., Børch, K. & Pryds, O. A. 2007. Hypnatriæmisk dehydrering hos nyfødte - Hvorfor stigende incidens? Hvidovre Hospital, Børneafdelingen. *Ugeskrift for læger*, 169, 1227-1231.
- Reilly, J. J. & Kelly, J. 2011. Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: systematic review. *Int J Obes (Lond)*, 35, 891-8.
- Rey-Lopez, J. P., Vicente-Rodriguez, G., Biosca, M. & Moreno, L. A. 2008. Sedentary behaviour and obesity development in children and adolescents. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*, 18, 242-51.
- Riethmuller, A. M., Jones, R. & Okely, A. D. 2009. Efficacy of interventions to improve motor development in young children: a systematic review. *Pediatrics*, 124, e782-92.
- Robinson, S. M., Crozier, S. R., Harvey, N. C., Barton, B. D., Law, C. M., Godfrey, K. M., Cooper, C. & Inskip, H. M. 2015. Modifiable early-life risk factors for childhood adiposity and overweight: an analysis of their combined impact and potential for prevention. *Am J Clin Nutr*, 101, 368-75.

- Rossau, H. K., Nilsson, I. M. S., Busck-Rasmussen, M., Ekstrøm, C. T., Gadeberg, A. K., Hirani, J. C., Strandberg-Larsen, K. & Villadsen, S. F. 2023. Effectiveness of a community-based support programme to reduce social inequality in exclusive breastfeeding: study protocol for a cluster-randomised trial. *BMC Public Health*, 23, 450.
- Rossau, H. K., Nilsson, I. M. S., Gadeberg, A. K., Forman, J. L., Strandberg-Larsen, K., Nielsen, J. & Villadsen, S. F. 2024. Strengthening health visitors' breastfeeding support: Results from a cluster randomised study. *Nurse Educ Pract*, 78, 104033.
- Rudolph, A. M., Kamei, R. K. & Overby, K. J. 2002. *Rudolph's Fundamentals of pediatrics*, New York, McGraw-Hill.
- Sacrey, L. A., Germani, T., Bryson, S. E. & Zwaigenbaum, L. 2014. Reaching and grasping in autism spectrum disorder: a review of recent literature. *Front Neurol*, 5, 6.
- Sacrey, L. R., Zwaigenbaum, L., Bryson, S., Brian, J. & Smith, I. M. 2018. The reach-to-grasp movement in infants later diagnosed with autism spectrum disorder: a high-risk sibling cohort study. *J Neurodev Disord*, 10, 41.
- Sarin, A., Thill, A. & Yaklin, C. W. 2019. Neonatal Hypernatremic Dehydration. *Pediatr Ann*, 48, e197-e200.
- Schmidt Morgen, C., Rokholm, B., Sjöberg Brixval, C., Schou Andersen, C., Geisler Andersen, L., Rasmussen, M., Nybo Andersen, A.-M., Due, P. & Sørensen, T. I. A. 2013. Trends in Prevalence of Overweight and Obesity in Danish Infants, Children and Adolescents – Are We Still on a Plateau? *PLoS ONE*, 8, e69860.
- Sjöberg, C., Svendsen, M. & Holstein, B. 2011. Motoriske vanskeligheder - Sundhedsplejerskernes undersøgelser af motorik ved indskolingen. Statens Institut for Folkesundhed: Databasen Børns Sundhed & Statens Institut for Folkesundhed.
- Śliwerski, A., Kossakowska, K., Jarecka, K., Świtalska, J. & Bielawska-Batorowicz, E. 2020. The Effect of Maternal Depression on Infant Attachment: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*, 17.
- Smith-Nielsen, J., Matthey, S., Lange, T. & Væver, M. S. 2018. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale against both DSM-5 and ICD-10 diagnostic criteria for depression. *BMC Psychiatry*, 18, 393.
- Stamatakis, E., Primatesta, P., Chinn, S., Rona, R. & Falaschetti, E. 2005. Overweight and obesity trends from 1974 to 2003 in English children: what is the role of socioeconomic factors? *Arch Dis Child*, 90, 999-1004.
- Stamatakis, E., Wardle, J. & Cole, T. J. 2010. Childhood obesity and overweight prevalence trends in England: evidence for growing socioeconomic disparities. *Int J Obes*, 34, 41-7.
- Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., Howard, L. M. & Pariante, C. M. 2014. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet*, 384, 1800-19.
- Strauss, R. S. 2000. Childhood obesity and self-esteem. *Pediatrics*, 105, e15.
- Sundhedsstyrelsen 2014. Opsporing af overvægt og tidlig indsats for børn og unge i skolealderen. Vejledning til skolesundhedstjenesten. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen 2015. MONITORERING AF VÆKST HOS 0-5-ÅRIGE BØRN. Vejledning til sundhedsplejersker og praktiserende læger. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen 2018. Amning – en håndbog for sundhedspersonale. 4. udgave, 1. oplag. ed. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen 2019. Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen 2021. Livsstilsintervention ved svær overvægt. Anbefalinger for tilbud til børn og voksne. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen 2022. Anbefalinger for svangreomsorgen. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen 2024a. FAGLIGT NOTAT til sundhedsplejersker om monitorering af højde og vægt gennem skolealderen. København.
- Sundhedsstyrelsen 2024b. Forebyggende sundhedsydelse til børn, unge og deres forældre - høringsudgave. København: Sundhedsstyrelsen.
- Swalm, D., Brooks, J., Doherty, D., Nathan, E. & Jacques, A. 2010. Using the Edinburgh postnatal depression scale to screen for perinatal anxiety. *Arch Womens Ment Health*, 13, 515-22.
- Tanner, K., Schmidt, E., Martin, K. & Bassi, M. 2020. Interventions Within the Scope of Occupational Therapy Practice to Improve Motor Performance for Children Ages 0-5 Years: A Systematic Review. *Am J Occup Ther*, 74, 7402180060p1-7402180060p40.
- Thomsen, P. H. & Skovgaard, A. M. 2012. *Børne- og ungdomspsykiatri. en lærebog om børn og unges psykiske sygdomme*, København, FADL's Forlag.
- Valla, L., Wentzel-Larsen, T., Hofoss, D. & Slinning, K. 2015. Prevalence of suspected developmental delays in early infancy: results from a regional population-based longitudinal study. *BMC Pediatr*, 15, 215.

- Veldman, S. L., Jones, R. A. & Okely, A. D. 2016. Efficacy of gross motor skill interventions in young children: an updated systematic review. *BMJ Open Sport Exerc Med*, 2, e000067.
- Vestbo, J., Pisinger, C., Bast, L. & Gyrd-Hansen, D. 2018. Forebyggelse af rygning blandt børn og unge. Hvad virker? København: Vidensråd for Forebyggelse.
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J., Franca, G. V., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N. & Rollins, N. C. 2016. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*, 387, 475-90.
- Wardle, J. & Cooke, L. 2005. The impact of obesity on psychological well-being. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*, 19, 421-40.
- Webster, E. K., Martin, C. K. & Staiano, A. E. 2019. Fundamental motor skills, screen-time, and physical activity in preschoolers. *J Sport Health Sci*, 8, 114-121.
- Weng, S. F., Redsell, S. A., Swift, J. A., Yang, M. & Glazebrook, C. P. 2012. Systematic review and meta-analyses of risk factors for childhood overweight identifiable during infancy. *Arch Dis Child*, 97, 1019-26.
- Whiting, P., Savovic, J., Higgins, J. P., Caldwell, D. M., Reeves, B. C., Shea, B., Davies, P., Kleijnen, J., Churchill, R. & Group, R. 2016. ROBIS: A new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed. *J Clin Epidemiol*, 69, 225-34.
- Wick, K., Leeger-Aschmann, C. S., Monn, N. D., Radtke, T., Ott, L. V., Rebholz, C. E., Cruz, S., Gerber, N., Schmutz, E. A., Puder, J. J., Munsch, S., Kakebeeke, T. H., Jenni, O. G., Granacher, U. & Kriemler, S. 2017. Interventions to Promote Fundamental Movement Skills in Childcare and Kindergarten: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sports Med*, 47, 2045-2068.
- Wilde, V. K. 2021. Breastfeeding Insufficiencies: Common and Preventable Harm to Neonates. *Cureus*, 13, e18478.
- World Health Organization 2013. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. World Health Organization.
- Wüst, M. 2012. Early interventions and infant health: Evidence from the Danish home visiting program. *Labour Economics*, 19, 484-495.
- Wüst, M., Hirani, J. L., Hansen, A. & Andersen, L. 2020. Sundhedsplejerskeindsatsen i Danmark. Perspektiver for anvendelse af kommunale journaldata i forskning om sundhedspleje. VIVE – Viden til Velfærd. Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Xue, M., Dehaas, E., Chaudhary, N., O'byrne, P., Satia, I. & Kurmi, O. P. 2021. Breastfeeding and risk of childhood asthma: a systematic review and meta-analysis. *ERJ Open Res*, 7.
- Zachariassen, G. & Juvonen, P. 2002. Neonatal dehydrering (tørstefeber) hos nyfødte børn. *Ugeskrift for læger*, 164, 4930-4934.
- Zheng, M., D'souza, N. J., Atkins, L., Ghobadi, S., Laws, R., Szymlek-Gay, E. A., Grimes, C., Baker, P., He, Q. Q. & Campbell, K. J. 2024. Breastfeeding and the Longitudinal Changes of Body Mass Index in Childhood and Adulthood: A Systematic Review. *Adv Nutr*, 15, 100152.

Bilag 1 Søgeprotokol - søgestreng og søgeord

Søgestrategien for litteratursøgningen er bygget op omkring konceptualiseringsmodellen PEO for at strukturere og definere søgningen. Modellen er delt op i tre blokke: P (patient / problem / population) E (exposure) og O (outcome). Modellen er anvendt for indikatorerne: "Vækst og vægt - spædbørn", "Forældre og netværk - spædbørn", "Ernæring - spædbørn", "Motorisk udvikling - spædbørn" og "Vækst og vægt - skolebørn". Indikatorerne "Kontakter - spædbørn" og "Kontakter - skolebørn" er primært belyst ud fra Sundhedsstyrelsens anbefalinger/retningslinjer samt lovkrav vedrørende kontakter. Grundet størrelsen af emneområdet, som hver enkelt indikator dækker over, er der ikke sigtet mod en komplet litteraturgennemgang for hver indikator, men derimod er de væsentligste og mest centrale systematiske reviews søgt inkluderet. Ligeledes er søgningen for de enkelte indikatorer også begrænset til primært at fokusere på barnets/den unges fysiske udvikling.

Tabel 1: Søgeblokke for søgningen i PubMed - målgruppe, eksponering og udfald

Indikator	Blok 1 (P) Målgruppe	Blok 2 (E) Eksponering	Blok 3 (O) Udfald
Vækst og vægt, spædbørn	Børn i alderen 0-2 år	Vægttab mindre end 10% af fødselsvægten	Barnets fysiske sundhed og udvikling frem til 2-årsalderen <ul style="list-style-type: none"> - Udvikling - Vækst - Sprog - Kognition - Motorik
Forældre og netværk, spædbørn	Børn i alderen 0-2 år	Perinatal depression hos forældrene i barnets første leveår	Forældre-barn relationen frem til 2-årsalderen
Ernæring, spædbørn	Børn i alderen 0-10 år	Fuldamning i mindre end seks måneder	Barnets fysiske sundhed og udvikling frem til 10-årsalderen <ul style="list-style-type: none"> - Vækst - Allergi - Immunforsvar - Diabetes
Motorisk udvikling, spædbørn	Børn i alderen 0-10 år	Motoriske vanskeligheder i barnets første leveår	Barnets fysiske sundhed og udvikling frem til 10-årsalderen <ul style="list-style-type: none"> - Fysisk aktivitet - Motorik - Vækst/Vægt - Sprog/kognition
Vækst og vægt, skolebørn	Børn/unge i alderen 6-25 år	Vægt ved 6-16-årsalderen	Børn/unges fysiske sundhed og udvikling frem til 25-årsalderen <ul style="list-style-type: none"> - Diabetes - Forhøjet blodtryk - Astma - Søvn

Søgning

Databasen PubMed blev anvendt til at identificere relevante studier for ovenfornævnte indikatorer. I søgningen anvendte vi MeSH-termer samt supplerede med fritekstsøgninger. Ligeledes er indikatorerne indledningsvis belyst ud fra WHO-retningslinjer samt internationale og nationale kliniske retningslinjer, vejledninger og anbefalinger. Litteratursøgningen blev endvidere suppleret med centrale rapporter, enkeltstudier og oversigtsartikler – disse blev identificeret gennem eksperter, referencesøgning, organisationer og øvrige rapporter. Søgeord og søgestrengene for hver indikator er udvalgt i samarbejde med udvalgte eksperter i LDBU's styregruppe samt forskere fra SIF for at kvalitetssikre de udvalgte søgeord samt søgestrenges opbygning. Derudover har en forskningsbibliotekar vejledt i udarbejdelsen af søgestrengene. Søgeordene for hver indikator fremgår nedenfor. Søgestrengene er begrænset til kun at inkludere reviews og til denne begrænsning blev der anvendt en række kvalificerede søgeord (Health Sciences Library System, 2024). Søgeblokken relateret til reviews kan ses i tabel 7 og tilknyttet alle nedenstående søgestrengene med "AND" (tabel 8-12). I slutningen af mange af søgeordene var indsat en * (asterisk), hvilket gør, at PubMed vil søge på alle tænkelige endelser af det pågældende ord.

Tabel 2: Søgeord til "Vækst og vægt, spædbørn"

Blot 1 – Målgruppe	Blok 2 – Eksposering	Blok 3 – Udfald
Baby Babies Infant* Newborn* Toddler* Child* Offspring* Infancy Childhood Neonatal Perinatal	Weight loss Weight change* Failure to thrive Growth disturbance Growth failure Growth stunting Body Weight Changes [mesh]	Develop* Physical development* Motor development Motor Skill Motor-coordination Motor function Weight Growth Weight gain Weight change* BMI Language* Vocabulary Speech Cognitive* Cognitive Dysfunction Neonatal morbidity Jaundice Hypoglycemia Hyperbilirubinemia Hypernatremia Hypernatremic dehydration Seizures Neurodevelopment

Tabel 3: Søgeord til "Forældre og netværk - spædbørn"

Blot 1 – Målgruppe	Blok 2 – Eksponering	Blok 3 – Udfald
Baby	Postpartum depression	Relation
Babies	Post-partum depression	Relationship
Infant*	Postnatal depression	Interaction
Newborn*	Perinatal Depression	Contact
Toddler*	Parental Postnatal Depression	Attachment
Child*	Paternal depression	Parent Child Relation*
Offspring*	Maternal depression	Parent-Child Relation*
Infancy		Father-Child Relation*
Childhood	Anxiety	Mother-Child Relation*
Neonatal	Fear	Sensitive parenting
Perinatal	Generalised anxiety disorder	
	Social anxiety disorder	Secure
	Obsessive-compulsive disorder	Insecure
	Post-traumatic stress disorder	Avoidant
	Anxious	Resistant
	Apprehension	Bonding
	Phobia*	Strange situation
	Depression*	
	Dysthymic	
	Dysthymic disorder	
	Depressive disorder	
	Seasonal affective disorder	
	Depressed	
	Depressive	
	Sadness	
	Unhappy	
	Hopelessness	
	Stress*	
	Distressed	
	Stressors	
	Emotional tension	
	Emotional symptoms	
	<i>Postpartum</i>	
	<i>Post-partum</i>	
	<i>Postnatal</i>	
	<i>Perinatal</i>	
	<i>Parental</i>	
	<i>Paternal</i>	
	<i>Maternal</i>	

Søgeord i kursiv er tilføjet søgeblokken "eksponering" for at sikre, at studierne omhandler diagnoser og symptomer relateret til fødsel. De syv søgeord i kursiv blev derfor samlet tilknyttet søgeblokken med "AND". Se tabel 9 for søgestrengen for indikatoren.

Tabel 4: Søgeord til "Ernæring - spædbørn"

Blot 1 – Målgruppe	Blok 2 – Eksponering	Blok 3 – Udfald
Baby Babies Infant* Newborn* Toddler* Child* Offspring* Infancy Childhood Preschooler*	Exclusive breastfeeding Exclusive Breast Feeding Full breastfeeding Full breast feeding Breastfe* Breastfeeding Breast feeding	Weight Growth Weight gain Weight change* BMI Overweight Obesity Allergy Allergic disease Asthma Immunology Immune system Infection* Infectious disease Diabetes Mellitus Diabetes Diabetic

Tabel 5: Søgeord til "Motorisk udvikling - spædbørn"

Blot 1 – Målgruppe	Blok 2 – Eksponering	Blok 3 – Udfald
Baby Babies Infant* Newborn* Toddler* Child* Offspring* Infancy Childhood Preschooler*	Motor development Motor Skill Motor coordination* Motor function Child development	Physical activit* Motor development Motor Skill Motor coordination* Motor function Child weight Child growth Weight gain Weight change* BMI Overweight Obesity Language* Vocabulary Speech Cognitive*

Tabel 6: Søgeord til "Vækst og vægt, skolebørn"

Blot 1 – Målgruppe	Blok 2 – Eksponering	Blok 3 – Udfald
Child* Childhood Preschooler* Youngster Young people Teenager Adolescent*	Weight Weight gain BMI Overweight Obesity	Diabetes Mellitus Diabetes Insomnia Sleep problem* Sleep quality Sleep duration Hypertension Blood Pressure Asthma Respiratory Disease* Weight gain BMI Overweight Obesity

Kriterier for inklusion og eksklusion

Søgning i PubMed blev gennemført med udgangspunkt i de in- og eksklusionskriterier, som er beskrevet nedenfor. In- og eksklusionskriterierne er anvendt i screeningsprocessen af artiklerne.

Inklusionskriterier

Formål: Systematiske reviews, der har til formål at belyse sammenhængen mellem eksponering og udfald for hver de ovenfor nævnte indikatorer (se tabel 1)

Studietyper: Systematiske reviews med eller uden metaanalyser

Geografisk afgrænsning: Systematiske reviews, der primært inkluderer studier fra vestlige lande

Publikationsår: d. 15.05.2019 og frem

Sprog: Engelsk og dansk

Målgruppe: Den specifikke målgruppe afhænger af hvilken indikator, der belyses

Eksklusionskriterier

Studietyper: Enkeltstudier og case report

Søgestreng

De specifikke søgestreng for indikatorerne; "Vækst og vægt – spædbørn", "Forældre og netværk – spædbørn", "Ernæring – spædbørn", "Motorisk udvikling – spædbørn" og "Vækst og vægt – skolebørn" er vist i tabellerne nedenfor. Antal hits for hver søgestreng og dato for søgning fremgår i tabellerne.

Tabel 7: Søgeblok for reviews (Health Sciences Library System, 2024)

("Systematic Review"[Publication Type:NoExp] OR "Systematic Reviews as Topic"[mesh:noexp] OR
 "Cochrane Database Syst Rev"[Journal] OR "Evid Rep Technol Assess (Full Rep)"[jour] OR "Evid Rep
 Technol Assess (Summ)"[jour] OR "scoping"[TI] OR "systematic"[TI] OR (((("comprehensive analysis"
 [TIAB:~1] OR "comprehensive review" [TIAB:~1] OR "comprehensively reviewed" [TIAB:~1] OR "literature
 search" [TIAB:~1] OR "literature searches" [TIAB:~1] OR "scoping search" [TIAB:~1] OR "scoping
 searches" [TIAB:~1]) NOT "narrative review"[TI]) OR "pooled study" [TIAB:~1] OR "systematic search"
 [TIAB:~1] OR "systematic searches" [TIAB:~1] OR "systematically searched" [TIAB:~1]) AND
 (databases[TIAB] OR "cinahl" [TIAB] OR "cochrane" [TIAB] OR "embase" [TIAB] OR "psycinfo" [TIAB] OR
 "pubmed" [TIAB] OR "medline" [TIAB] OR "scopus" [TIAB] OR "web science" [TIAB:~1] OR "bibliographic
 review" [TIAB:~1] OR "bibliographic reviews" [TIAB:~1] OR "literature review" [TIAB:~1] OR "literature
 reviews" [TIAB:~1]) OR ((("electronic database" [TIAB:~1] OR "electronic databases" [TIAB:~1] OR
 "databases searched" [TIAB:~3]) AND (eligibility [TIAB] OR excluded [TIAB] OR exclusion [TIAB] OR
 included [TIAB] OR inclusion [TIAB])) OR ("comparative effectiveness" [TIAB:~1] AND "effectiveness
 review" [TIAB:~2]) OR ("critical interpretive" [TIAB:~1] AND ("interpretive review" [TIAB:~0] OR
 "interpretive synthesis" [TIAB:~0])) OR ("diagnostic test" [TIAB:~0] AND ("accuracy review" [TIAB] OR
 "accuracy reviews" [TIAB] OR "accuracy studies" [TIAB] OR "accuracy study" [TIAB]) AND (meta-analysis
 [TIAB] OR scoping [TIAB] OR systematic [TIAB])) OR ("evidence assessment" [TIAB] AND GRADE
 [TIAB]) OR ("evidence gap" [TIAB:~2] AND "gap map" [TIAB:~0]) OR "evidence mapping" [TIAB] OR
 "evidence review" [TIAB] OR "exploratory review" [TIAB] OR "framework synthesis" [TIAB] OR "mapping
 review" [TIAB:~1] OR "meta epidemiological" [TIAB] OR "meta ethnographic" [TIAB:~0] OR
 metaethnographic [TIAB] OR "meta ethnography" [TIAB:~0] OR metaethnography [TIAB] OR "meta
 interpretation" [TIAB:~1] OR "meta narrative" [TIAB:~1] OR "meta review" [TIAB:~1] OR "meta study"
 [TIAB:~1] OR "meta synthesis" [TIAB:~0] OR metasynthesis [TIAB] OR "meta summary" [TIAB:~1] OR
 "meta theory" [TIAB:~1] OR "methodological review" [TIAB:~1] OR "methodology review" [TIAB:~1] OR
 ("mixed methods" [TIAB:~0] AND "methods review" [TIAB:~1]) OR ("mixed methods" [TIAB:~0] AND
 "methods synthesis" [TIAB:~1]) OR "narrative synthesis" [TIAB:~1] OR "overview reviews" [TIAB:~4] OR
 ("PRISMA" [TIAB] AND (guideline [TIAB] OR guidelines [TIAB] OR preferred [TIAB] OR reporting [TIAB]
 OR requirements [TIAB])) OR "PRISMA-P" [TIAB:~0] OR "prognostic review" [TIAB:~1] OR "psychometric
 review" [TIAB:~1] OR ("qualitative evidence" [TIAB:~0] AND "evidence synthesis" [TIAB:~0]) OR
 ("qualitative research" [TIAB:~0] AND "research synthesis" [TIAB:~0]) OR ("rapid evidence" [TIAB:~0]
 AND "evidence assessment" [TIAB:~0]) OR "rapid realist" [TIAB:~0] OR "rapid review" [TIAB:~1] OR
 "rapid reviews" [TIAB:~1] OR "realist review" [TIAB:~1] OR ("review economic" [TIAB:~1] AND ("economic
 evaluation" [TIAB:~1] OR "economic evaluations" [TIAB:~1])) OR "review reviews" [TIAB:~1] OR "realist
 syntheses" [TIAB:~1] OR "realist synthesis" [TIAB:~1] OR "scoping review" [TIAB:~2] OR "scoping
 reviews" [TIAB:~2] OR "scoping studies" [TIAB:~2] OR "scoping study" [TIAB:~2] OR "systematic
 evidence map" [TIAB] OR "systematic mapping" [TIAB:~2] OR "systematic literature" [TIAB:~1] OR
 "systematic Medline" [TIAB:~2] OR "systematic PubMed" [TIAB:~2] OR "systematic review" [TIAB:~2] OR
 "systematic reviews" [TIAB:~2] OR "systematical review" [TIAB:~1] OR "systematical reviews" [TIAB:~2]
 OR "systematically identified" [TIAB:~1] OR "systematically review" [TIAB:~1] OR "systematically
 reviewed" [TIAB:~1] OR "systematized review" [TIAB:~1] OR "umbrella review" [TIAB:~2] OR "umbrella
 reviews" [TIAB:~2])

Tabel 8: Indikator 1 "Vækst og vægt, spædbørn"

Dato: 15-05-2024
<p>Søgestreng:</p> <p>((("Child"[Mesh]) OR ("Infant"[Mesh])) OR ("Infant, Newborn"[Mesh])) OR (Baby[Title/Abstract] OR Babies[Title/Abstract] OR Infant*[Title/Abstract] OR Newborn*[Title/Abstract] OR Toddler*[Title/Abstract] OR Child*[Title/Abstract] OR Offspring*[Title/Abstract] OR Infancy[Title/Abstract] OR Childhood[Title/Abstract] OR Neonatal[Title/Abstract] OR Perinatal[Title/Abstract])</p> <p>AND</p> <p>((("Failure to Thrive"[Mesh]) OR ("Body Weight Changes"[Mesh])) OR ("Weight Loss"[Mesh])) OR ("Weight loss"[Title/Abstract] OR "Weight change*[Title/Abstract] OR "Failure to thrive"[Title/Abstract] OR "Growth disturbance"[Title/Abstract] OR "Growth failure"[Title/Abstract] OR "Growth stunting"[Title/Abstract])</p> <p>AND</p> <p>((((((((((("Seizures"[Mesh]) OR ("Hypernatremia"[Mesh])) OR ("Hyperbilirubinemia"[Mesh])) OR ("Hypoglycemia"[Mesh])) OR ("Cognitive Dysfunction"[Mesh])) OR ("Speech"[Mesh])) OR ("Vocabulary"[Mesh])) OR ("Body Mass Index"[Mesh])) OR ("Weight Gain"[Mesh])) OR ("Body Weight"[Mesh])) OR ("Body Weight Changes"[Mesh])) OR ("Motor Skills"[Mesh])) OR ("Child Development"[Mesh])) OR ("Develop*[Title/Abstract] OR "Physical development*[Title/Abstract] OR "Motor development"[Title/Abstract] OR "Motor Skill"[Title/Abstract] OR "Motor-coordination"[Title/Abstract] OR "Motor function"[Title/Abstract] OR "weight"[Title/Abstract] OR "growth"[Title/Abstract] OR "Weight gain"[Title/Abstract] OR "Weight change*[Title/Abstract] OR "BMI"[Title/Abstract] OR "Language*[Title/Abstract] OR "Vocabulary"[Title/Abstract] OR "Speech"[Title/Abstract] OR "Cognitive*[Title/Abstract] OR "Neonatal morbidity"[Title/Abstract] OR "Jaundice"[Title/Abstract] OR "Hypoglycemia"[Title/Abstract] OR "Hyperbilirubinemia"[Title/Abstract] OR "Hypernatremia"[Title/Abstract] OR "Hypernatremic dehydration"[Title/Abstract] OR "Seizures"[Title/Abstract] OR "Neurodevelopment"[Title/Abstract])</p>
Hits: 463

Tabel 9: Indikator 2 "Forældre og netværk - spædbørn"

Dato: 15-05-2024
<p>Søgestreng:</p> <p>((("Child"[Mesh]) OR ("Infant"[Mesh])) OR ("Infant, Newborn"[Mesh])) OR (Baby[Title/Abstract] OR Babies[Title/Abstract] OR Infant*[Title/Abstract] OR Newborn*[Title/Abstract] OR Toddler*[Title/Abstract] OR Child*[Title/Abstract] OR Offspring*[Title/Abstract] OR Infancy[Title/Abstract] OR Childhood[Title/Abstract] OR Neonatal[Title/Abstract] OR Perinatal[Title/Abstract])</p> <p>AND</p> <p>((((((((((("Stress, Psychological"[Mesh]) OR ("Sadness"[Mesh])) OR ("Seasonal Affective Disorder"[Mesh])) OR ("Dysthymic Disorder"[Mesh])) OR ("Depression"[Mesh])) OR ("Phobic Disorders"[Mesh])) OR ("Stress Disorders, Post-Traumatic"[Mesh])) OR ("Obsessive-Compulsive Disorder"[Mesh])) OR ("Anxiety"[Mesh])) OR ("Depression, Postpartum"[Mesh])) OR ("Anxiety"[Title/Abstract] OR "Fear"[Title/Abstract] OR "Generalised anxiety disorder"[Title/Abstract] OR "Social anxiety disorder"[Title/Abstract] OR "Obsessive-compulsive disorder"[Title/Abstract] OR "Post-traumatic stress disorder"[Title/Abstract] OR</p>

<p>"Anxious"[Title/Abstract] OR "Apprehension"[Title/Abstract] OR "Phobia*"[Title/Abstract] OR "Depression*"[Title/Abstract] OR "Dysthymic"[Title/Abstract] OR "Dysthymic disorder"[Title/Abstract] OR "Depressive disorder"[Title/Abstract] OR "Seasonal affective disorder"[Title/Abstract] OR "Depressed"[Title/Abstract] OR "Depressive"[Title/Abstract] OR "Sadness"[Title/Abstract] OR "Unhappy"[Title/Abstract] OR "Hopelessness"[Title/Abstract] OR "Stress*"[Title/Abstract] OR "Distressed"[Title/Abstract] OR "Stressors"[Title/Abstract] OR "Emotional tension"[Title/Abstract] OR "Emotional symptoms"[Title/Abstract]))</p> <p>AND</p> <p>("Postpartum"[Title/Abstract] OR "Post-partum"[Title/Abstract] OR "Postnatal"[Title/Abstract] OR "Perinatal"[Title/Abstract] OR "Parental"[Title/Abstract] OR "Paternal"[Title/Abstract] OR "Maternal"[Title/Abstract])</p> <p>AND</p> <p>((("Parent-Child Relations"[Mesh]) OR ("Father-Child Relations"[Mesh])) OR ("Mother-Child Relations"[Mesh])) OR ("Relation"[Title/Abstract] OR "Relationship"[Title/Abstract] OR "Interaction"[Title/Abstract] OR "Contact"[Title/Abstract] OR "Attachment"[Title/Abstract] OR "Parent Child Relation*"[Title/Abstract] OR "Parent-Child Relation*"[Title/Abstract] OR "Father-Child Relation*"[Title/Abstract] OR "Mother-Child Relation*"[Title/Abstract] OR "Sensitive parenting"[Title/Abstract] OR "Secure"[Title/Abstract] OR "Insecure"[Title/Abstract] OR "Avoidant"[Title/Abstract] OR "Resistant"[Title/Abstract] OR "Bonding"[Title/Abstract] OR "Strange situation"[Title/Abstract])</p> <p>Hits: 393</p>
--

Tabel 10: Indikator 3 "Ernæring - spædbørn"

<p>Dato: 15-05-2024</p> <p>Søgestreng:</p> <p>("Child, Preschool"[Mesh]) OR (Baby[Title/Abstract] OR Babies[Title/Abstract] OR Infant*[Title/Abstract] OR Newborn*[Title/Abstract] OR Toddler*[Title/Abstract] OR Child*[Title/Abstract] OR Offspring*[Title/Abstract] OR Infancy[Title/Abstract] OR Childhood[Title/Abstract] OR Preschooler*[Title/Abstract])</p> <p>AND</p> <p>("Breast Feeding"[Mesh]) OR ("Exclusive breastfeeding"[Title/Abstract] OR "Exclusive Breast Feeding"[Title/Abstract] OR "Full breastfeeding"[Title/Abstract] OR "Breastfe*"[Title/Abstract] OR "Full breast feeding"[Title/Abstract] OR "Breast feeding"[Title/Abstract])</p> <p>AND</p> <p>(((((("Diabetes Mellitus"[Mesh]) OR ("Immune System"[Mesh])) OR (Asthma [Mesh])) OR ("Pediatric Obesity"[Mesh])) OR ("Obesity"[Mesh])) OR ("Overweight"[Mesh])) OR ("Body Mass Index"[Mesh])) OR ("Weight Gain"[Mesh])) OR ("Body Weight Changes"[Mesh])) OR ("weight"[Title/Abstract] OR "growth"[Title/Abstract] OR "Weight gain"[Title/Abstract] OR "Weight change*"[Title/Abstract] OR "BMI"[Title/Abstract] OR "Overweight"[Title/Abstract] OR "Obesity"[Title/Abstract] OR "Allergy"[Title/Abstract] OR "Allergic disease"[Title/Abstract] OR "Asthma"[Title/Abstract] OR "Immunology"[Title/Abstract] OR "Immune system"[Title/Abstract] OR "Infection*"[Title/Abstract] OR "Infectious disease"[Title/Abstract] OR "Diabetes Mellitus"[Title/Abstract] OR "Diabetes"[Title/Abstract] OR</p>

"Diabetic"[Title/Abstract])
Hits: 366

Tabel 11: Indikator 4 "Motorisk udvikling - spædbørn"

Dato: 15-05-2024
<p>Søgestreng:</p> <p>("Child, Preschool"[Mesh]) OR (Baby[Title/Abstract] OR Babies[Title/Abstract] OR Infant*[Title/Abstract] OR Newborn*[Title/Abstract] OR Toddler*[Title/Abstract] OR Child*[Title/Abstract] OR Offspring*[Title/Abstract] OR Infancy[Title/Abstract] OR Childhood[Title/Abstract] OR Preschooler*[Title/Abstract])</p> <p>AND</p> <p>((("Motor Skills"[Mesh]) OR ("Child Development"[Mesh])) OR ("Motor development"[Title/Abstract] OR "Motor Skill"[Title/Abstract] OR "Motor coordination*"[Title/Abstract] OR "Motor function"[Title/Abstract] OR "Child development"[Title/Abstract])</p> <p>AND</p> <p>((((((((((("Cognitive Dysfunction"[Mesh]) OR ("Speech"[Mesh])) OR ("Vocabulary"[Mesh])) OR ("Language"[Mesh])) OR ("Pediatric Obesity"[Mesh])) OR ("Obesity"[Mesh])) OR ("Body Mass Index"[Mesh])) OR ("Body Weight"[Mesh])) OR ("Body Weight Changes"[Mesh])) OR ("Motor Skills"[Mesh])) OR ("Exercise"[Mesh])) OR ("Physical activit*"[Title/Abstract] OR "Motor development"[Title/Abstract] OR "Motor Skill"[Title/Abstract] OR "Motor coordination*"[Title/Abstract] OR "Motor function"[Title/Abstract] OR "Child weight"[Title/Abstract] OR "Child growth"[Title/Abstract] OR "Weight gain"[Title/Abstract] OR "Weight change*"[Title/Abstract] OR "BMI"[Title/Abstract] OR "Overweight"[Title/Abstract] OR "Obesity"[Title/Abstract] OR "Language*"[Title/Abstract] OR "Vocabulary"[Title/Abstract] OR "Speech"[Title/Abstract] OR "Cognitive*"[Title/Abstract])</p>
Hits: 636

Tabel 12: Indikator 5 "Vækst og vægt, skolebørn"

Dato: 15-05-2024
<p>Søgestreng:</p> <p>((("Adolescent"[Mesh]) OR ("Child, Preschool"[Mesh])) OR ("Child*"[Title/Abstract] OR "Childhood"[Title/Abstract] OR "Preschooler*"[Title/Abstract] OR "Youngster"[Title/Abstract] OR "Young people"[Title/Abstract] OR "Teenager"[Title/Abstract] OR "Adolescent*"[Title/Abstract])</p> <p>AND</p> <p>((((((("Pediatric Obesity"[Mesh]) OR ("Obesity"[Mesh])) OR ("Overweight"[Mesh])) OR ("Body Mass Index"[Mesh])) OR ("Weight Gain"[Mesh])) OR ("Body Weight"[Mesh])) OR ("weight"[Title/Abstract] OR "Weight gain"[Title/Abstract] OR "BMI"[Title/Abstract] OR "Overweight"[Title/Abstract] OR "Obesity"[Title/Abstract])</p> <p>AND</p>

```
((((((Asthma [Mesh] OR ("blood pressure"[MeSH]) OR ("hypertension"[MeSH Terms])) OR ("sleep initiation and maintenance disorders"[MeSH Terms])) OR ("diabetes mellitus"[MeSH Terms])) OR ("immune system"[MeSH Terms])) OR ("respiratory tract diseases"[MeSH Terms]) OR ("Obesity"[Mesh])) OR ("Overweight"[Mesh])) OR ("Body Mass Index"[Mesh])) OR ("Weight Gain"[Mesh])) OR ("Body Weight"[Mesh])) OR ("weight"[Title/Abstract] OR "Weight gain"[Title/Abstract] OR "BMI"[Title/Abstract] OR "Overweight"[Title/Abstract] OR "Obesity"[Title/Abstract])
```

Hits: 380

Screenings- og selektionsprocedure

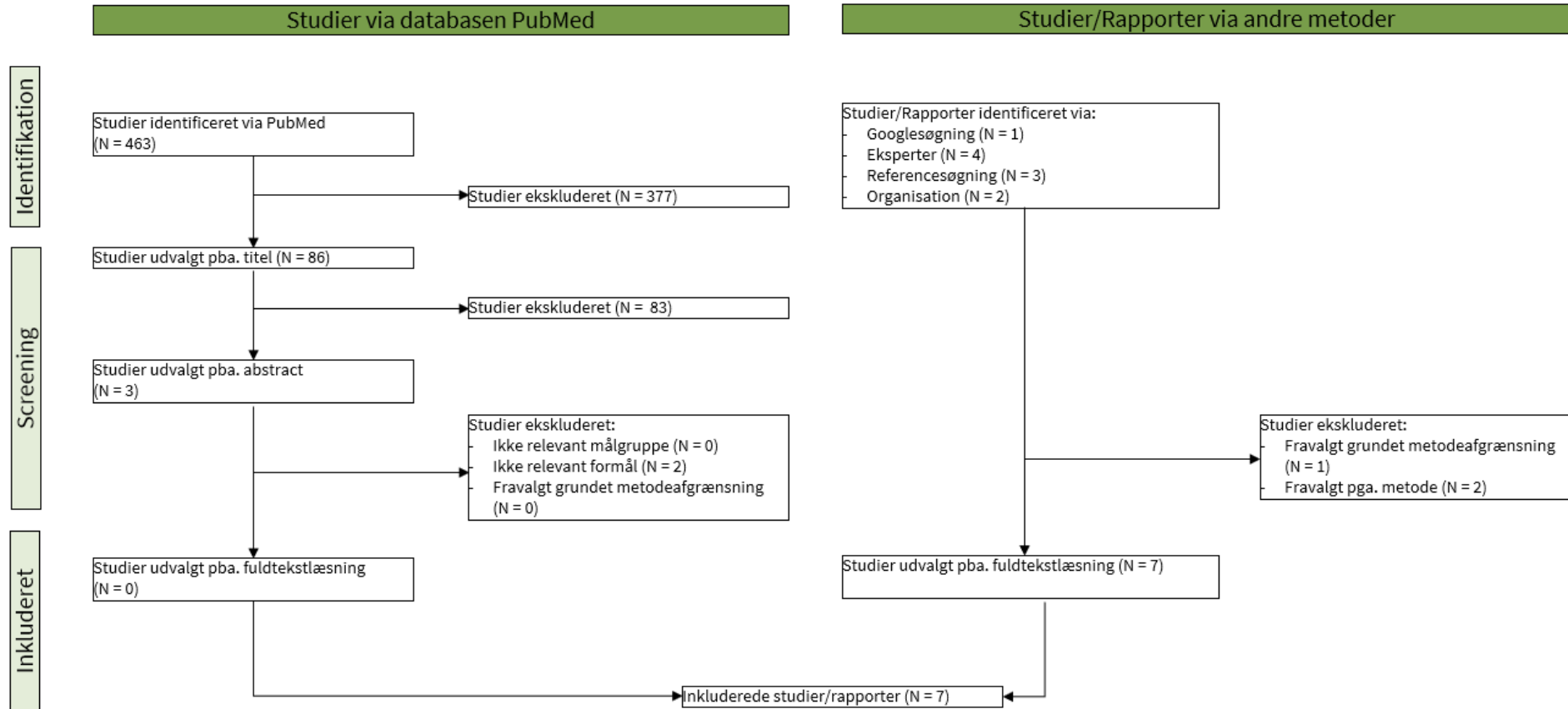
For at sikre systematik i gennemgangen af litteraturen fulgte udvælgelsen af studier fra PubMed en fast procedure: Artiklerne blev indledningsvis inkluderet/ekskluderet på baggrund af titler, dernæst ved læsning af abstracts, og slutteligt på baggrund af læsning af de fulde artikler. Grundet størrelsen af emneområdet, som hver enkelt indikator dækker over, bestod selektionsproceduren af at udvælge de væsentligste og mest centrale systematiske reviews for hver indikator. Der blev sigtet mod at udvælge ca. to centrale reviews pr. indikatorer såfremt, at dette var muligt og tilstrækkelig fyldestgørende for den pågældende indikator.

Kvalitetsvurdering

Alle studier identificeret ved den systematiske søgning i PubMed er kvalitetsvurderet ved hjælp af værktøjet ROBIS (rangering af risk of bias: lav, høj, eller uklar), som er velegnet til vurdering af systematiske reviews (Whiting et al., 2016). Kvalitetsvurderingen af studierne blev udført af en videnskabelig medarbejder og en seniorforsker. Den overordnede evidens for hver af disse studier blev graderet ud fra The Oxford 2009 Levels of Evidence (Howick, 2009). Studier, rapporter, kliniske retningslinjer, nationale vejledninger og anbefalinger, som ikke er udvalgt via PubMed-søgningen, er ikke kvalitetsvurderet.

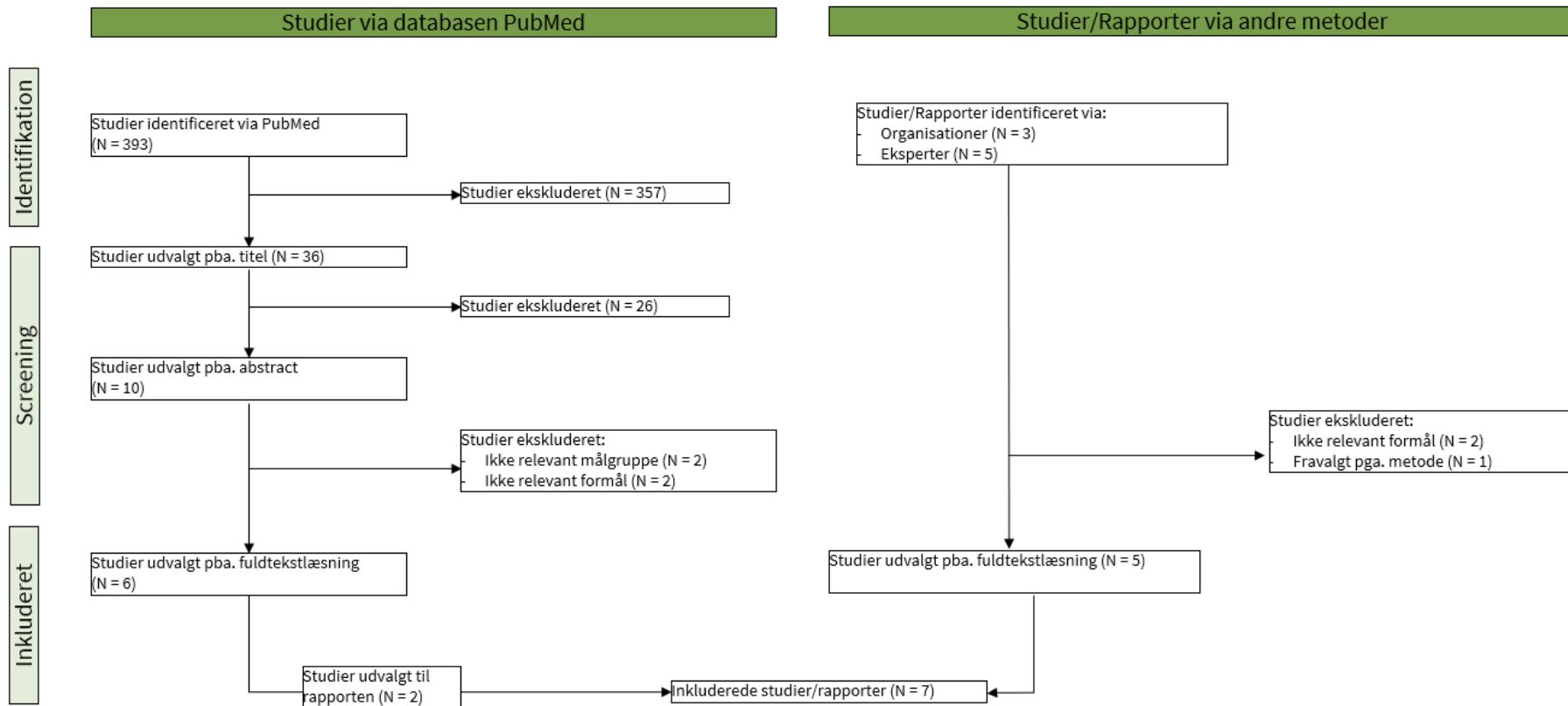
Bilag 2 Flowcharts over søgeresultater

Figur 1: Indikator 1 "Vækst og vægt, spædbørn"



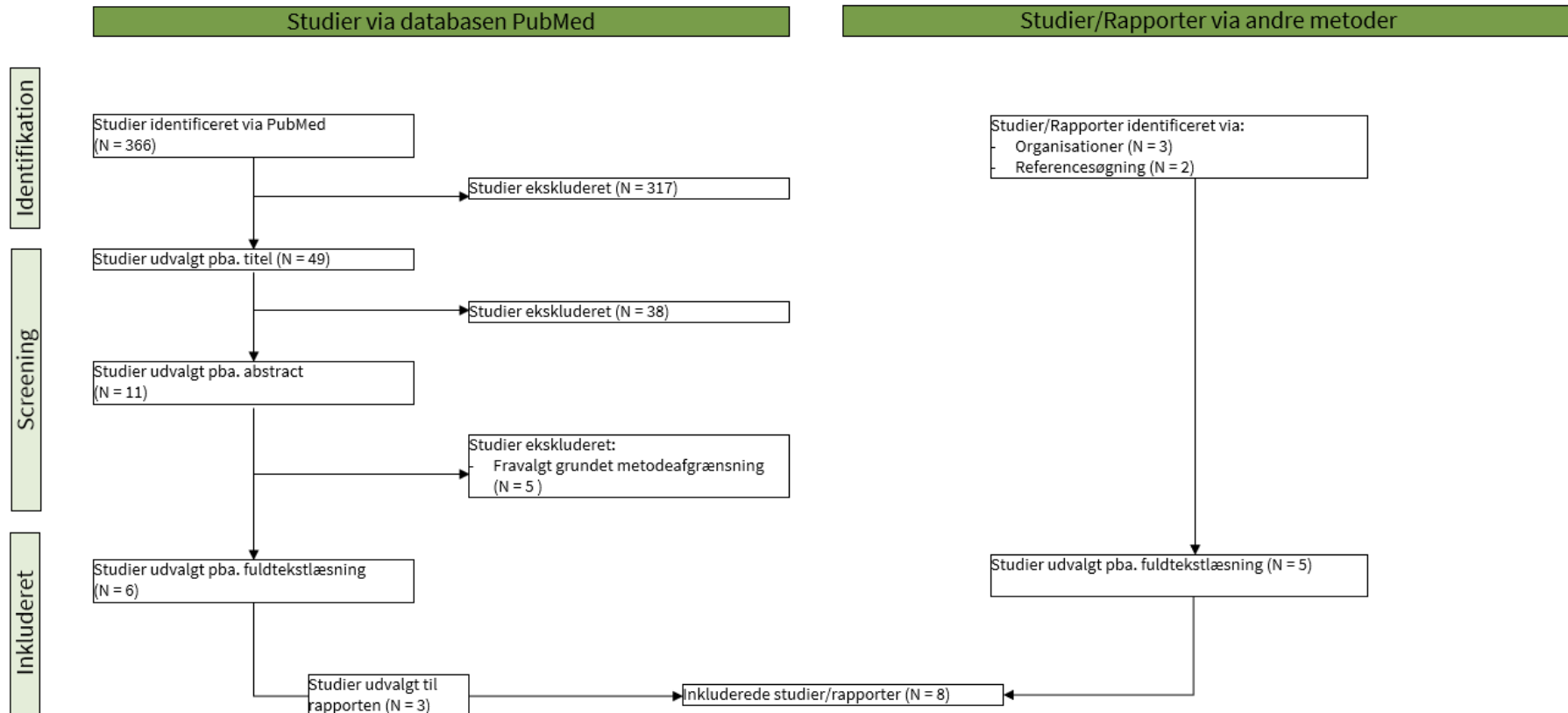
Note: Studier og rapporter, som er anvendt til at beskrive fx forekomst, ætiologi m.v. er ikke inkluderet i flowchartet

Figur 2: Indikator 2 "Forældre og netværk - spædbørn"



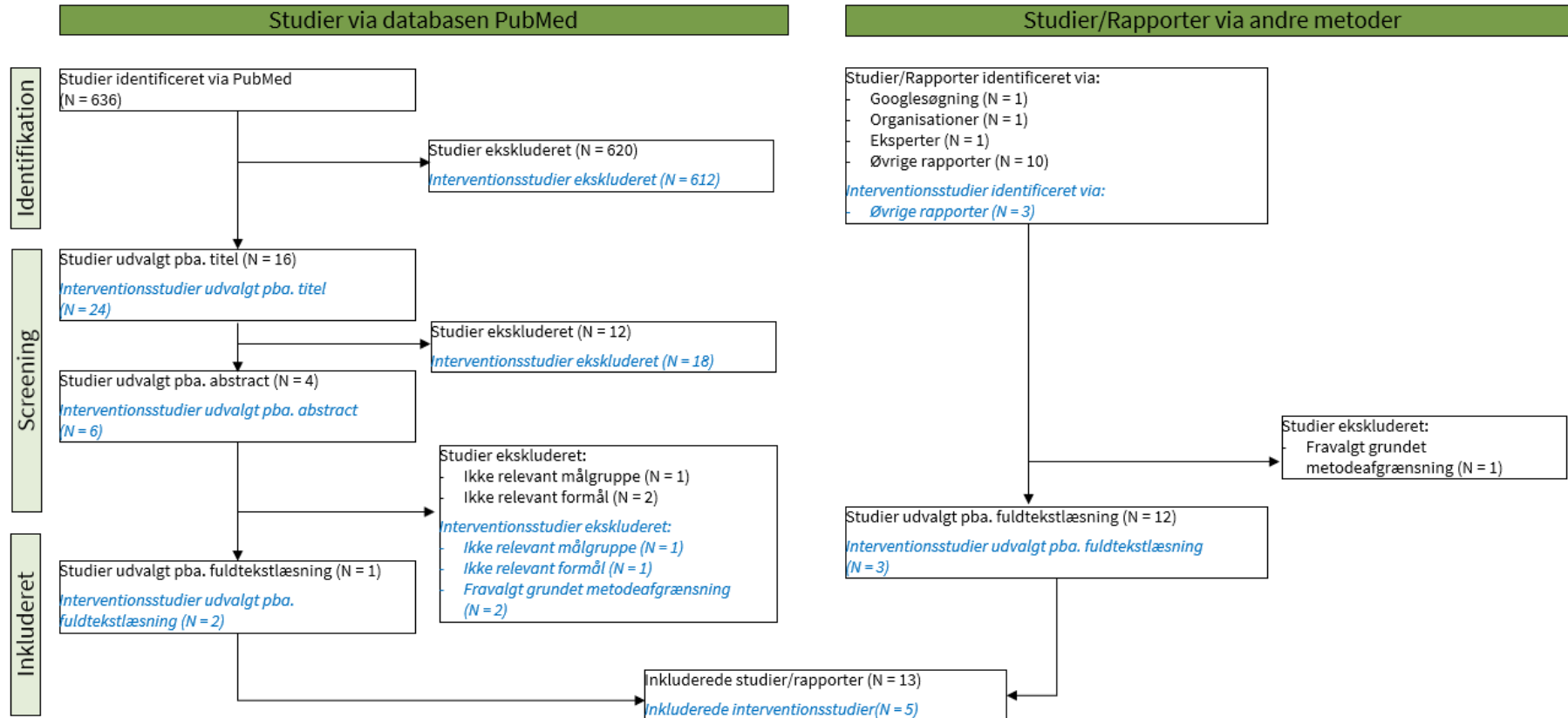
Note: Studier og rapporter, som er anvendt til at beskrive fx forekomst, ætiologi m.v. er ikke inkluderet i flowchartet

Figur 3: Indikator 3 "Ernæring - spædbørn"



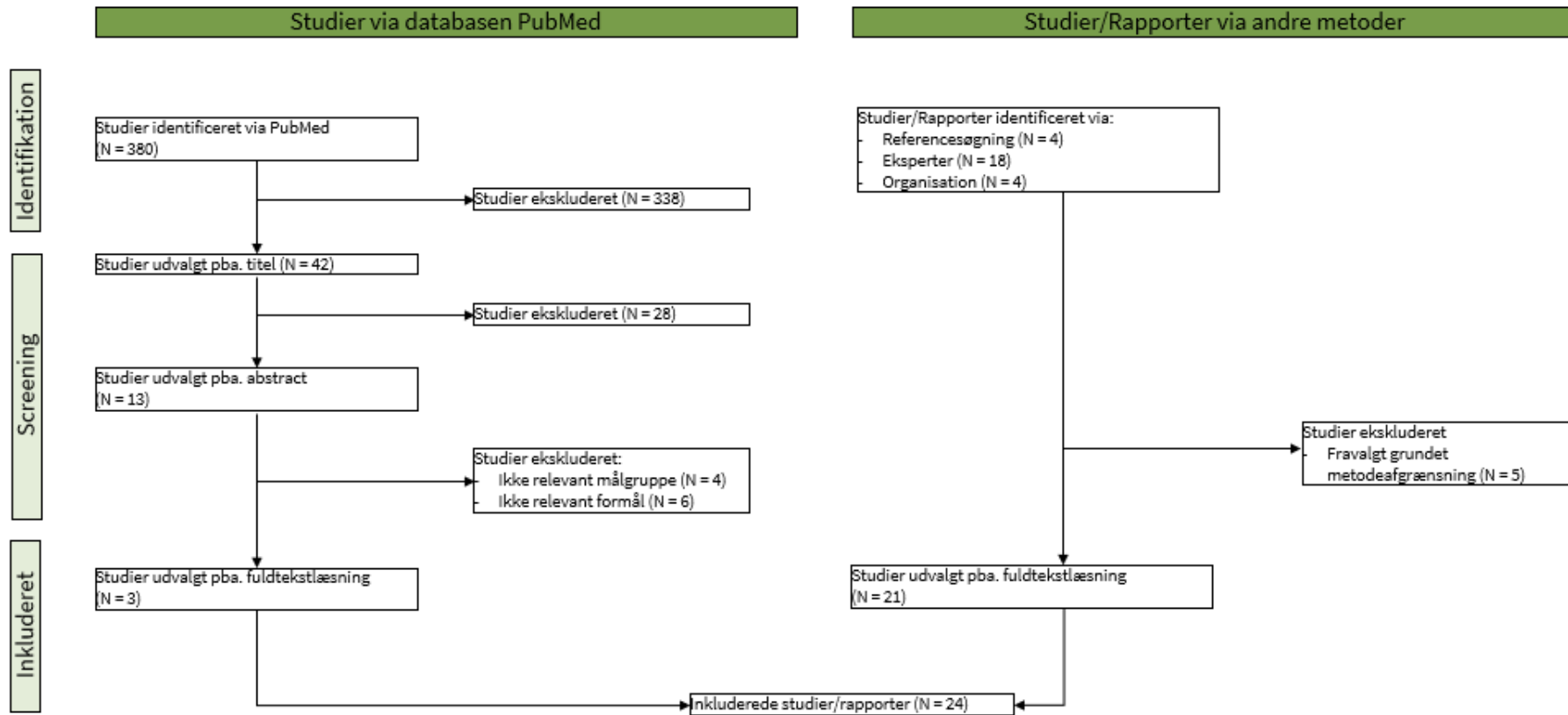
Note: Studier og rapporter, som er anvendt til at beskrive fx forekomst, ætiologi m.v. er ikke inkluderet i flowchartet

Figur 4: Indikator 4 "Motorisk udvikling - spædbørn"



Note: Studier og rapporter, som er anvendt til at beskrive fx forekomst, ætiologi m.v. er ikke inkluderet i flowchartet

Figur 5: Indikator 5 "Vækst og vægt, skolebørn"



Note: Studier og rapporter, som er anvendt til at beskrive fx forekomst, ætiologi m.v. er ikke inkluderet i flowchartet

Bilag 3 Evidensniveauer: The Oxford 2009 Levels of Evidence

Figur 6: Oxford Centre for Evidence-Based Medicine: Levels of Evidence

Anbefaling	Evidens-niveau	Behandling/forebyggelse/ skadevirkninger	Prognose	Diagnose	Differentialdiagnose / prævalensstudier	Sundhedsøkonomiske- og beslutningsanalyser	
A	1a	Systematisk review eller metaanalyse af homogene randomiserede kontrollerede forsøg	Systematisk review af prospektive kohortestudier eller en klinisk beslutningsregel, der er valideret på en testpopulation	Systematisk review af homogene niveau 1 diagnostiske studier eller en klinisk beslutningsregel, der er valideret på en testpopulation	Systematisk review af homogene prospektive kohortestudier	Systematisk review af homogene niveau 1 økonomiske studier	
	1b	Randomiseret kontrolleret forsøg (RCT) (med smalt konfidensinterval)	Prospektivt kohortestudie med > 80 % follow-up	Uafhængig blindet sammenligning af konsekutive patienter med relevant klinisk problemstilling, som alle har fået udført både den undersøgte diagnostiske test og referencetesten.	Prospektivt kohortestudie med solid follow-up	Analyse, der sammenligner alle alternative kliniske resultater med hensyn til relevante omkostninger, og som også omfatter en sensitivitetanalyse med hensyn til variation af klinisk vigtige variable	
	1c	Absolut effekt ("Alt eller intet")	Absolut effekt ("Alt eller intet")	"Patognomoniske" testresultater	Absolut effekt ("Alt eller intet")	Klart god eller bedre, men billigere Klart dårlig eller værre, men dyrere Klart bedre eller værre, men til samme pris	
B	2a	Systematisk review af homogene kohortestudier	Systematisk review af homogene retrospektive kohortestudier eller af ubehandlede kontrolgrupper fra randomiserede kontrollerede forsøg	Systematisk review af homogene niveau 1 og 2 diagnostiske studier	Systematisk review (med homogenitet) baseret på 2b studier	Systematisk review af homogene niveau 1 og 2 økonomiske studier	
	2b	Kohortestudier	Retrospektivt kohortestudie eller den ubehandlede kontrolgruppe fra et randomiseret kontrolleret forsøg. Alternativt en klinisk beslutningsregel, som ikke er valideret i en testpopulation	Uafhængig sammenligning af ikke-konsekutive patienter eller et snævert spektrum af patienter, som alle har fået udført både den undersøgte diagnostiske test og referencetesten. Alternativt en klinisk beslutningsregel, som ikke er valideret i en testpopulation	Retrospektivt kohortestudie eller utilstrækkelig follow-up	Analyse, der sammenligner et mindre antal alternative kliniske resultater med hensyn til relevante omkostninger, og som også omfatter en sensitivitetanalyse med hensyn til variation af klinisk vigtige variable	
	2c	Databasestudier	Databasestudier		Økologiske studier		
	3a	Systematisk review af case-control undersøgelser		Systematisk review (med homogenitet) baseret på 3b studier	Systematisk review (med homogenitet) baseret på 3b studier	Systematisk review (med homogenitet) baseret på 3b studier	
	3b	Case-control undersøgelser		Uafhængig sammenligning af konsekutive patienter med relevant klinisk problemstilling, men hvor ikke alle har fået udført både den undersøgte diagnostiske test og referencetesten	Uafhængig sammenligning af konsekutive patienter med relevant klinisk problemstilling, eller meget begrænset population	Analyser uden præcise opgørelser for relevante omkostninger, men som også omfatter en sensitivitetanalyse med hensyn til variation af klinisk vigtige variable	
C	4	Opgørelser, kasuistikker, case-series	Opgørelser, kasuistikker, case-series	Studier, hvor referencetesten ikke er anvendt blindt og uafhængigt	Opgørelser eller afløste referencestandarder	Analyse uden sensitivitetanalyse	
D	5	Ekspertmening uden eksplicit kritisk evaluering	Ekspertmening uden eksplicit kritisk evaluering	Ekspertmening uden eksplicit kritisk evaluering	Ekspertmening uden eksplicit kritisk evaluering	Ekspertmening uden eksplicit kritisk evaluering, eller baseret økonomisk teori	
MS	-	Motherhood statement; en anbefaling hvor der ikke ligger – og aldrig vil komme til at ligge – evidens. Til eksempel: "Det anbefales, at man ikke springer ud af et fly uden en faldskærm".					

Danske Multidisciplinære Cancer Grupper oversættelse og fortolkning af OCEBM Levels of Evidence

(link: https://www.dmcg.dk/siteassets/kliniske-retningslinjer---skabeloner-og-vejledninger/oxford-levels-of-evidence-2009_dansk.pdf)