Standardiseret monitorering af spæd- og småbørns helbred i de kommunale sundhedsordninger

Anne Mette Skovgaard[1, 2], Lisbeth Wilms[3], Anette Johansen[2], Janni Ammitzbøll[2], Bjørn E. Holstein[2] & Else Marie Olsen[4]

STATUSARTIKEL

1) Institut for Folkesundhedsvidenskab, Afdeling for Epidemiologi, Københavns Universitet
2) Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet
3) Databasen Børns Sundhed, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet
4) Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Region Hovedstaden

Ugeskr Læger 2018;180:V12170960

Forebyggelse af fysiske og psykiske helbredsproblemer i barnealderen er en vigtig sundhedsmæssig opgave, som primært varetages af praktiserende læger og sundhedsplejersker.

Sundhedsplejerskerne indgår i kommunernes sundhedsordninger. De orienteres om alle fødsler og tilbyder hjemmebesøg til alle familier med et 0-1-årigt barn, et tilbud, som 95% tager imod. I gennemsnit modtager familier med småbørn fem besøg i barnets første leveår, og omkring 20% får yderligere besøg i form af behovssundhedspleje [1]. Sundhedsplejens tilbud er vejledende rammesat af Sundhedsstyrelsen på baggrund af sundhedsloven med en kombination af sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse som det centrale [1]. Der er sket store ændringer i børns helbredsforhold i de godt 80 år, som sundhedsplejerskerne har fungeret i Danmark, og problemer med overvægt og mentalt helbred fylder stadigt mere, ligesom de gør hos voksne [2-4]. For at tilgodese de store sundhedsmæssige udfordringer ved f.eks. overvægt og psykiske sygdomme kræves der indsatser, som omfatter hele befolkningen og inkluderer børn i de tidligste udviklingsfaser [5, 6]. Der mangler imidlertid validerede metoder til at identificere de børn, der har de største helbredsmæssige behov, og der mangler systematisk afprøvede interventionsmetoder, der er realistisk gennemførlige inden for de rammer, som kommunerne afstikker [7-9].

I denne artikel beskriver vi et udviklings- og forskningsarbejde, hvis formål er at: 1) standardisere sundhedsplejerskernes monitorering og journalføring, 2) generere epidemiologiske forskningsdata som grundlag for systematisk forebyggelse, og 3) udvikle standardiserede redskaber til opsporing og intervention inden for de eksisterende sundhedsordninger.

HOVEDBUDSKABER

- Der er mangel på systematiske data om sundhedstilstanden i den generelle population af spæd- og småbørn.
- Databasen Børns Sundhed har siden 2002 tilvejebragt sådanne data baseret på sundhedsplejerskers observationer, dialog med forældrene og deraf følgende vurdering og adskiller sig kvalitetsmæssigt fra forældrerapporterede (og selvvurderede) data.
- Epidemiologiske data opnået ved den standardiserede registrering i Børns Sundhed danner grundlag for forskning i forebyggelse i de involverede kommuner.

UDVIKLINGEN AF EN STANDARDISERET SUNDHEDSPLEJERSKEJOURNAL

En gruppe læger, psykologer og sundhedsplejersker startede i 1999 et samarbejde ud fra ønsket om at styrke forudsætningerne for forebyggelse ved at kvalitetssikre sundhedsplejerskernes arbejde og opnå forskningsbaseret viden om udvikling og helbred i børnepopulationen [10, 11]. Samarbejdet omfattede sundhedsplejersker i 16 kommuner i det daværende Københavns Amt samt fagkyndige i pædiatri, almen medicin, børnepsykiatri og folkesundhedsvidenskab.

Som udgangspunkt blev den eksisterende praksis ved sundhedsplejerskernes hjemmebesøg kortlagt, og der blev udviklet en standardiseret journal til de programsatte besøg ved 0-4 uger, 2-3 mdr., 4-6 mdr. og 8-10 mdr., som samtidig er væsentlige alderstrin i det lille barns udvikling. Indholdet i journalen var bestemt af kendte indikatorer for børns helbred og de problemstillinger, som sundhedsplejersker møder i deres daglige arbejde [11]. Der blev udarbejdet en manual til anvendelse af journalen ved de respektive hjemmebesøg. Oversigt over helbredsindikatorer ses i **Tabel 1**.

Journal og manual blev testet mht. brugertrværdighed og anvendelighed. Efter yderligere validering og justering blev journal og manual anvendt i forskningsprojektet Copenhagen Child Cohort (CCC2000), hvor alle 6.090 børn, der var født i de deltagende kommuner i 2000, indgik [11]. Journalen blev implementeret og videreført i kommunerne fra den 1. januar 2002 og dannede herefter grundlag for Databasen Børns Sundhed (DBS).

DBS var oprindelig lokaliseret på Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden, men har fra 2010 været hjemmehørende på Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Databasen er udvidet til at omfatte helbredsundersøgelserne ved indskoling og udskoling, og antallet af deltagerkommuner er øget til p.t. 34 fra alle fem regioner i

TABEL 1

Indikator	Variable	Kildea
Sociale og familiemæssige forhold	Forældres alder Forældres indvandrerstatus Samlevende/civilstand Forældreuddannelse: års skolegang Erhvervsstatus Forbrug af alkohol og tobak Forældres fysiske helbred Forældres psykiske tilstand Psykosociale forhold i hjemmet Paritet Søskendes helbredsproblemer Netværk Pasning uden for hjemmet	Stamoplysninger, inkl. CPR Forældreinterview
Intrauterin udvikling	Maternel rygning i graviditeten Graviditetskomplikationer: diagnose Fødselsvægt, -længde Kongenitte sygdomme/misdannelser: diagnose	MFR LPR
Fødselskomplikationer	Perinatal asfyksi: apgarscore Perinatal sygdom: diagnose Postnatal indlæggelse: dage	MFR LPR
Barnets ernæring	Brysternæring: hel/delvis, varighed	
Barnets fysiske helbred	Indlæggelser, lægebehandling, medicin Vægt, højde, hovedomfang Reflekser Sanseforhold: syn, hørelse, berøring Neuromotorisk udvikling: oral motorik, grov- og finmotorik, koordination	Forældreinterview LPR Sundhedsplejerskeundersøgelser
	Spisning Barnets psykiske udvikling Regulering af søvn Følelsesmæssige udtryk, gråd, smil Nysgerrighed, interesse Opmærksomhed, koncentration Kontakt og kommunikation Sprogudvikling	Forældreinterview Sundhedsplejerskens observationer under hjemmebesøget BOEL-test/PUF-undersøgelse ved 8-10 mdr.
Forældre-barn-relationen	Fysisk pleje og omsorg Afpasning af aktiviteter efter barnets behov Forståelse og handling på barnets signaler og følelsesmæssige behov	Forældreinterview Sundhedsplejerskens observationer under hjemmebesøg

BOEL = blik orienteret efter lyd; LPR = Landspatientregisteret; MFR = Det Medicinske Fødselsregister; PUF = psykisk udvikling og funktion.
a) Oplysninger fra MFR og LPR indhentes separat af Statens Institut for Folkesundhed.

Indikatorer i sundhedsplejerskejournalen, 0-12 mdr. Oplysningerne indhentes ved sundhedsplejerskens interview af forældrene og undersøgelser af barnet ved hjemmebesøg ved 0-1, 2-3, 4-6 og 8-10 mdr.

Danmark, dvs. at den omfatter lidt over en tredjedel af de børn, der er født i Danmark [12].

Journalen er overgået fra manuel til elektronisk registrering. Kommunerne modtager årlige opgørelser og temarapporter, som de anvender til at justere deres indsatser, f.eks. i forbindelse med amning eller små børns motorik. Der foretages løbende kvalitetssikring på baggrund af årsopgørelser og temarapporter [12], og forskningsresultater med udgangspunkt i DBS [12] og CCC2000 [13] bidrager til videreudviklingen af journalen.

FORSKNINGSRESULTATER

Der er publiceret en række rapporter og videnskabelige arbejder fra DBS og CCC2000 [12, 13]. Nedenfor gennemgås udvalgte forskningsresultater af betydning for forebyggende intervention i spæd- og småbarnealderen.

Amning

Blandt 18.687 børn, der var født i 2014 i 32 kommuner fra fire regioner i Danmark, blev 60% ammet fuldt i mindst fire måneder, mens kun 17% blev fuldt ammet i de seks måneder, som WHO og Sundhedsstyrelsen anbefaler. Analyser af hyppigheden af amning i DBS-kommuner i perioden 2002-2014 viser ingen signifikante ændringer over tid [14].

Risikofaktorer for manglende påbegyndelse af amning er forhold, der direkte involverer barnets evne til fødeindtagelse, såsom prænatal fødsel, medfødte mis-

Spiseproblemer hos 0-1-årige er almindelige. Kun hos et fåtal er de forløber for vedvarende mentale helbredsproblemer.

dannelser og fødselskomplikationer, mens tidligt ammeophør især er forbundet med sociale forhold i familien, såsom enlig forælder, forældre med lav uddannelse, forældre uden tilknytning til arbejdsmarkedet, rygning i hjemmet og indvandrerbaggrund (forældre født uden for Danmark) [14].

Mangelfuld vægtudvikling i det første leveår

Mangelfuld vægtøgning i spædbarneperioden er en kendt risikomarkør for somatisk sygdom og en potentiel indikator på subnormal neuroudvikling. Resultater fra CCC2000 [15] viser, at alle former for mangelfuld vægtøgning er tæt forbundet med spiseproblemer, mens der i øvrigt ses forskellige risikomønstre, afhængigt af hvornår vægthæmningen manifesterer sig [16] (Tabel 2). Børn, der er født før 37. uge, har lav fødselsvægt for alderen, er piger, født af enlige mødre eller mødre, der har røget i graviditeten, har i højere grad end andre børn vægtproblemer i tiden umiddelbart efter fødslen, mens debut af utilstrækkelig vægtøgning i alderen mellem to uger og fire måneder især er associeret med medfødte misdannelser og alvorlig somatisk sygdom (**Tabel 2**). Derimod er vægtproblemer som begynder efter firemånedersalderen ikke signifikant associeret til andre faktorer end samtidige spise- og søvnproblemer [16].

Prospektive undersøgelser i CCC2000 viser i lighed med den internationale litteratur, at spise- og vægtproblemer ofte persisterer i den tidlige barnealder med øget risiko hos børn med fødselskomplikationer, indvandrerbaggrund og maternel psykisk sygdom [17].

Overvægt i førskolealderen

Udvikling af overvægt i alderen mellem seks måneder og otte år er undersøgt i DBS hos 43.109 børn, der var født i perioden 2002-2014. I 6-10-månedersalderen var 3,6% overvægtige, og 0,5% var svært overvægtige, og i 5-8-årsalderen var 9,9% overvægtige og 2,7% svært overvægtige [18]. Der blev fundet stærkt øget risiko for vedvarende overvægt fra spædbarnealderen til 5-8-årsalderen. Således viste analyser justeret for køn, indvandrerstatus, mors alder, mors uddannelse, familiestatus, rygning i hjemmet og varighed af amning en mere end syv gange øget risiko for svær overvægt ved skolestart, hvis barnet var overvægtigt i det første leveår (**Tabel 3**).

Der er ikke fundet signifikante tendenser over tid mht. overvægt hos spæd- og småbørn, der blev født i perioden 2002-2011 [19].

Mentale og psykosomatiske helbredsproblemer

Resultater fra CCC2000 har vist, at sundhedsplejersker registrerer spiseproblemer hos 30% af 0-1-årige, problemer med søvnregulering hos 20%, tegn på udviklingsproblemer hos 13% og problemer med mor-barn-relationen hos 10% [20].

Longitudinelle data viser, at problemer med oralmotorisk funktion, udvikling, tidlig kontakt og kommunikation samt regulering af opmærksomhed og aktivitet er associeret med neuroudviklingsforstyrrelser ved halvandetårsalderen [21] og med autismespektrumtilstande og ADHD ved 5-7-årsalderen (**Tabel 4**) [22]. Disse fund supplerer resultaterne i international forskning og tyder samlet på, at der kan identificeres valide markører for autisme og ADHD tidligere end hidtil antaget [23].

Vanskeligheder med at regulere søvn og spisning i det første leveår kan være forbundet med øget risiko for senere emotionelle og adfærdsmæssige forstyrrelser [24]. I CCC2000 er disse problemer sammen med taktil sensitivitet fundet at være prædiktive for funktionelle somatiske symptomer (FSS) i 5-7-årsalderen (Tabel 4) [25]. FSS omhandler fysiske helbredsklager uden somatisk forklaring, hvilket er et psykosomatisk problemkompleks, som er kendt fra voksne, men ikke tidligere har været udforsket systematisk hos børn. Fund fra CCC2000 viser, at FSS med funktionsindskrænkning og øget forbrug af sundhedsydelser ofte forekommer ko-

TABEL 2

Mangelfuld vægtudvikling i det første leveår for de 5% langsomt voksende: odds ratio (OR) med 95% konfidens-interval (KI) fordelt efter risikofaktorer ved 0-10 mdr. og debuttidspunkt for mangelfuld vækst.

Risikofaktor	OR (95% KI), debuttidspunkt		
	0-2 uger	2 uger-4 mdr.	4-8 mdr.
Køn: pige	11,2 (6,4-19,4)	-	-
Fødselsvægt < 5-percentil	2,9 (1,5-5,5)	-	-
Gestationsalder < 37 uger	2,1 (1,1-3,8)	-	-
Fødselsvægt for lav gestationsalder	7,5 (3,9-14,6)	-	-
Medfødt sygdom/misdannelse	-	3,6 (1,7-5,3)	-
Somatisk sygdom	-	2,4 (1,1-5,3)	-
Spiseproblemer, samtidige	1,7 (1,1-2,6)	1,7 (1,1-2,6)	2,0 (1,3-3,0)
Søvnproblemer, samtidige	-	-	1,9 (1,2-3,1)
Enlig forælder	2,2 (1,3-3,6)	-	-
Mors rygning i graviditeten	1,5 (1,1-2,2)	-	-

morbidt med emotionelle problemer og spiseproblemer [25].

UDVIKLING AF EN METODE TIL IDENTIFICERING AF MENTALT SÅRBARE SMÅBØRN

Sundhedsplejerskens fagligt begrundede bekymring er en mere eller mindre specifik rettesnor for deres forebyggende indsats, også når det gælder små børns mentale helbredsproblemer [26]. Med udgangspunkt i de eksisterende rutiner er det undersøgt, i hvilket omfang sundhedsplejerskens bekymring for barnets udvikling, mor-barn-forholdet eller familiens samlede situation prædikterer psykiske vanskeligheder i halvandetårsalderen [27]. Den stærkeste prædiktor blev målt i 8-10-månedersalderen, hvor delresultater fra prøven BOEL (blik orienteret efter lyd) (Tabel 1) var associeret med kontakt- og opmærksomhedsforstyrrelser i halvandetårsalderen [28]. BOEL-prøven har tidligere været anvendt rutinemæssigt i Danmark, men er p.t. opgivet i en del kommuner, fordi der nu findes bedre metoder til hørescreening [1].

International forskning, inklusive resultater fra CCC2000, har dannet grundlag for udviklingen af en metode til opsporing af potentielle mentale helbredsproblemer. Metoden, der kaldes Psykisk Udvikling og Funktion (PUF), omfatter empirisk velfunderede indikatorer for mentalt helbred hos små børn, og inkluderer dele fra BOEL [29]. PUF udføres under hjemmebesøg i 9-10-månedersalderen, hvor sundhedsplejersken sammenfatter forældreoplysninger og egne observationer i et skema med i alt 28 items. PUF-skema og -manual dækker problemer inden for følgende områder: søvnregulering, spisning, følelsesmæssigt udtryk, nysgerrighed og interesse, motorisk funktion, kommunikation og samspil samt sprogudvikling [29].

PUF-metoden er undersøgt blandt 2.973 børn, der var født i perioden 2011-2012 i elleve kommuner, der indgik i DBS [29]. I 9-10-månedersalderen havde 17% af børnene mindst ét problem, der blev identificeret ved PUF. Problemer med spisning fandtes signifikant hyppigere hos piger end hos drenge, mens problemer med koncentration, opmærksomhed, regulering af motorisk aktivitet samt kommunikation og socialt samspil var signifikant hyppigere hos drenge end hos piger. Disse fund svarer til resultater fra undersøgelser med ældre børn [29], hvor man samlet har fundet øget risiko for neuroudviklingsproblemer hos drenge og øget risiko for bl.a. spiseforstyrrelser hos piger.

Overordnet findes PUF-metoden velegnet til fremme af kommunikationen med forældrene, og den forbedrer sundhedsplejerskernes muligheder for at identificere mentale helbredsproblemer og guide deres interventioner [30].

KONKLUSION

En standardiseret sundhedsplejerskejournal har igennem de seneste 17 år vist sig at være velfungerende som kvalitetssikringsredskab i de kommunale sundhedsordninger. Journalen har gjort det muligt at indsamle data om 0-1-årige børns udvikling og helbred som led i en kontinuerlig sundhedsmonitorering i de involverede kommuner. Disse data har endvidere bidraget til forskningsbaseret viden, som kan omsættes til konkrete forebyggende indsatser.

Den epidemiologiske kortlægning af tidlige mentale

TABEL 3

Overvægt ved 5-8 år efter International Obesity Task Force-kriterier: oddsratio (OR) med 95% konfidens-interval (KI) fordelt efter risikofaktorer ved 0-10 mdr.

Risikofaktor	OR (95% KI)	
	ujusteret	justeret[a]
Fødselsvægt 〉4.000 g	1,6 (1,4-1,8)	1,9 (1,6-2,2)
Amning 〈 4 mdr.	1,5 (1,4-1,8)	1,3 (1,1-1,5)
Rygning i hjemmet	1,9 (1,6-2,1)	1,4 (1,2-1,7)
Vægtstatus, 6-10 mdr., BMI-z-score		
1-2: grænsende til overvægtig	3,2 (2,8-3,7)	3,7 (3,0-4,5)
〉2: overvægtig og svært overvægtig	5,1 (4,2-6,3)	7,4 (5,3-10,2)

a) Analyser justeret for barns køn, mors alder, mors uddannelse, mors etniske baggrund, familietype, rygning i hjemmet.

TABEL 4

Prædiktorer ved 0-10 mdr. for mentale og psykosomatiske helbredsproblemer ved 5-7 år, oddsratio (OR) med 95% konfidens-interval (KI).

Prædiktor: problem identificeret ved sundhedsplejerskernes hjemmebesøg	Mentalt og psykosomatisk helbredsproblem	OR (95% KI)
Oral-motorisk udvikling	Autisme-spektrumtilstande	5,0 (1,6-15,4)
Generelt afvigende udvikling	Autisme-spektrumtilstande	3,2 (1,1-9,5)[a]
Afvigende mønster for aktivitet og interesse	Autisme-spektrumtilstande	5,3 (1,5-19,7)
	Hyperkinetiske forstyrrelser: ADHD	4,7 (1,3-17,4)
Spiseproblemer	Restriktiv spisning	2,0 (1,3-3,2)[a]
Kombinerede regulationsproblemer: spisning, søvn, taktil reaktivitet	Funktionelle fysiske symptomer	2,9 (1,3-6,6)[a]
Mor-barn-relationproblemer	Hyperkinetiske forstyrrelser: ADHD	5,5 (1,6-17,5)[a]

a) Analyser justeret for maternel psykisk sygdom, mor-barn-relationsproblemer og sociale forhold.

helbredsproblemer på basis af denne journal er nationalt og internationalt enestående og har alene været mulig pga. et tæt samarbejde mellem sundhedsplejerskerne og universitetstilknyttede forskere.

Forskningsprojekterne CCC2000 og PUF er eksempler på udvikling af epidemiologiske metoder, der tilgodeser sundhedspersonalets praksis og erfaringer sideløbende med dokumenteret videnskabelig evidens.

De videre perspektiver er yderligere kvalitetsudvikling samt muligheder for at beskrive børnesundhedsprofiler og for at udvikle og afprøve metoder til systematisk intervention.

SUMMARY

Anne Mette Skovgaard, Lisbeth Wilms, Anette Johansen, Janni Ammitzbøll, Bjørn E. Holstein & Else Marie Olsen:

Standardized measuring the health of infants and toddlers in community health services

Ugeskr Læger 2018;180:V12170960

Standardized measures are needed in the general child health surveillance. A standardized record with manualized guidelines have been created for use in the existing services of community health nurses, to collect epidemiological data and improve the quality of regional child health surveillance. The record has been used since 2000, and currently one third of the Danish child population is included. Research findings suggest targets of intervention towards risk trajectories of overweight, weight faltering, eating problems and neuro-developmental disorders.

KORRESPONDANCE: *Anne Mette Skovgaard*. e-mail: anskov@sund.ku.dk

ANTAGET: 8. juni 2018

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 20. august 2018

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatternes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

TAKSIGELSER: Tak til sundhedsplejerskerne i Databasen Børns Sundhed, forskere på det tidligere Forsknings Center for Forebyggelse og Sundhed (nu Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse), Region Hovedstaden, og forskere i Børn og Unges Sundhed, Statens Institut for Folkesundhed.

LITTERATUR

1. Tidlig indsats for sårbare familier. Afdækning af kommunernes indsats til gravide, spæd- og småbørn og deres forældre med udgangspunkt i sundhedsplejens ydelser. Sundhedsstyrelsen, 2017.
2. Ng M, Flemming T, Robinson M et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet 2014;384:766-81.
3. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S et al. Mental health of young people: a global public-health challenge. Lancet 2007;369:1302-13.
4. Due P, Diderichsen F, Meilstrup C et al. Børn og unges mentale helbred – forekomst af psykiske symptomer og lidelser og mulige forebyggende indsatser. Vidensråd for Forebyggelse, 2014:1-184.
5. Blake-Lamb TL, Locks LM, Perkins ME et al. Interventions for childhood obesity in the first 1,000 days. Am J Prev Med 2016;50:780-9.
6. Bayer J, Hiscock H, Scalzo K et al. Systematic review of preventive interventions for children's mental health. Aust NZ Psychiatry 2009;43:695-710.
7. Bellman M, Vijeratnam S. From child health surveillance to child health promotion, and onwards: a tale of babies and bathwater. Arch Dis Child 2012;97:73-7.
8. Sheldrick RC, Merchant S, Perrin EC. Identification of developmental-behavioral problems in primary care: a systematic review. Pediatrics 2011;128:356-63.
9. Skovgaard AM. Mental health problems and psychopathology in infancy and early childhood – an epidemiological study. Dan Med Bull 2010;57:B4193.
10. Lichtenberg A. Database som grundlag for vidensudvikling – data fra sundhedsplejerskernes daglige virksomhed. I: Lorensen M, Østergaard-Nielsen G, red. Forskning i klinisk sygepleje 2. Metoder og vidensudvikling. Akademisk Forlag 2003:183-98.
11. Skovgaard AM, Olsen EM, Houmann T et al. The Copenhagen County Cohort – design of a longitudinal study of child mental health. Scand J Public Health 2005;33:197-202.
12. Årsrapporter og temarapporter fra Databasen Børns Sundhed. www.si-folkesundhed.dk (27. jun 2018).
13. www.ccc2000.dk (27. jun 2018).
14. Johansen A, Krogh C, Weber Pant S et al. Amning. Temarapport og årsrapport. Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2016.
15. Olsen EM, Petersen J, Skovgaard AM et al. Vækstmønstre hos 0-1-årige børn. Ugeskr Læger 2007;169:1010-4.
16. Olsen EM, Skovgaard AM, Weile B et al. Risk factors for weight faltering in infancy according to age at onset. Paediatr Perinat Epidemiol 2010;24:370-82.
17. Micali N, Rask CU, Olsen EM et al. Early predictors of childhood restrictive eating: a population-based study. J Dev Behav Pediatr 2016;37:314-21.
18. Brixval CS, Johansen A, Rasmussen M et al. Overvægt blandt børn i Region Hovedstaden i perioden 2002-2014. Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, 2017. www.si-folkesundhed.dk (27. jun 2018).
19. Schmidt Morgen C, Rokholm B, Sjöberg Brixval C et al. Trends in prevalence of overweight and obesity in Danish infants, children and adolescents – are we still on a plateau? PLOS ONE 2013;8:e69860.
20. Skovgaard AM, Olsen EM, Houmann T et al. Markører for psykiske helbredsproblemer i første leveår. Ugeskr Læger 2007;169:1006-9.
21. Skovgaard AM, Olsen EM, Houmann T et al. Predictors of mental health problems in children 1½ years of age – The Copenhagen Child Cohort 2000. J Child Psychol Psychiatry 2008;49:553-62.
22. Elberling H, Linneberg A, Olsen EM et al. Infancy predictors of hyperkinetic and pervasive developmental disorders at ages 5-7 years: results from the Copenhagen Child Cohort CCC2000. J Child Psychol Psychiatry 2014;55:1328-35.
23. Jaspers M, de Winter AF, Buitelaar JK et al. Early childhood assessments of community pediatric professionals predict autism spectrum and attention deficit hyperactivity problems. J Abnormal Child Psychology 2013;41:71-80.
24. Winsper C, Wolke D. Infant and toddler crying, sleeping and feeding problems and trajectories of dysregulated behavior across childhood. J Abnormal Child Psychology 2014;42:831-43.
25. Rask CU, Ornbøl E, Olsen EM et al. Infant behaviors are predictive of functional somatic symptoms at ages 5-7 years: results from the Copenhagen Child Cohort CCC2000. J Pediatr 2013;162:335-42.
26. Weber Pant S, Johansen A, Holstein B. Sundhedsplejerskens indsatser for 0-årige børn. Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, 2016. www.si-folkesundhed.dk (27. Jun 2018).
27. Skovgaard AM, Houmann T, Christiansen E et al. Can a general health screening between birth and 10 months identify children with mental disorder at 1½ year? Eur Child Adolesc Psychiatry 2008;17:290-8.
28. Jacobsen AV, Skovgaard AM, Lichtenberg A et al. Kan sundhedsplejerskernes BOEL -røve identificere kontakt- og opmærksomhedsforstyrrelser. Ugeskr Læger 2007;169:1001-5.
29. Ammitzbøll J, Holstein BE, Wilms L et al. A new measure for infant mental health screening: development and initial validation. BMC Pediatrics 2016;16:197.
30. Ammitzbøll J. Identification of mental health problems in a general population of infants – feasibility and validity of a new measure for use in the existing community health nurses' child health surveillance [ph.d.-afhandl]. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2017.