

Børn af forældre med psykiatriske diagnoser

– sundhed, udvikling og
trivsel i det første leveår

Udarbejdet af:
Sanne Ellegård Jørgensen
Simone Gad Kjeld
Anne Mette Skovgaard
Trine Pagh Pedersen

Syddansk Universitet

Statens Institut
for Folkesundhed

 Region
Hovedstaden


BORNS
SUNDHED

Børn af forældre med psykiatriske diagnoser – sundhed, udvikling og trivsel i det første leveår

En undersøgelse af børn født i 2002-2022 i Region Hovedstaden

Børn af forældre med psykiatriske diagnoser – sundhed, udvikling og trivsel i det første leveår

En undersøgelse af børn født i 2002-2022 i Region Hovedstaden

© Statens Institut for Folkesundhed 2025

Statens Institut for Folkesundhed

Studiestræde 6

1455 København K

www.sdu.dk/da/sif

Udarbejdet for Region Hovedstaden af:

Sanne Ellegård Jørgensen, Simone Gad Kjeld, Anne Mette Skovgaard og Trine Pagh Pedersen

Publikationen refereres således:

Jørgensen SE, Kjeld SG, Skovgaard AM, Pedersen TP. Børn af forældre med psykiatriske diagnoser – sundhed, udvikling og trivsel i det første leveår. En undersøgelse af børn født i 2002-2022 i Region Hovedstaden. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. 2025.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse. Publikationen kan downloades fra internetadressen www.sdu.dk/da/sif

Trykt ISBN: 978-87-7899-689-3

Elektronisk ISBN: 978-87-7899-690-9

Eksternt review:

Anne AE Thorup, professor, ph.d., speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, Forskningsenhederne på BUC og PCK, Region Hovedstadens Psykiatri og Institut for Klinisk Medicin, SUND, Københavns Universitet.

Forord – Region Hovedstaden

I Region Hovedstaden ønsker vi at være med til at skabe et godt liv for alle børn og unge. God mental sundhed er et vigtigt fundament for det gode liv. Desværre lever flere og flere mennesker i dag med psykisk sygdom, hvorfor også flere børn forventes at vokse op i familier med mindst én forælder med psykisk sygdom.

Børn af forældre med psykisk sygdom har en større risiko for selv at udvikle en psykisk sygdom. Vi har ikke det fulde billede af, hvorfor vi ser denne sammenhæng eller, hvilke muligheder der er for en mere forebyggende indsats. Derfor er jeg glad for, at det i denne rapport er undersøgt, hvad det betyder for børns sundhed, udvikling og trivsel i det første leveår, at en eller begge forældre har mindst én psykiatrisk diagnose.

Rapporten viser, at for størstedelen af børnene, der har forældre med mindst én psykiatrisk diagnose, sætter sundhedsplejersken ikke flere bemærkninger til barnets sundhed, udvikling eller trivsel i det første leveår end for børn, hvis forældre ikke har en psykiatrisk diagnose. Resultaterne viser dog også, at der er en gruppe af børn, der har forældre med mindst én psykiatrisk diagnose, hvor sundhedsplejersken sætter flere bemærkninger til sundhed, udvikling og trivsel i barnets første leveår.

Rapportens resultater peger således på, at der er brug for at være særligt opmærksomme på børn af forældre med psykiatriske diagnoser, så der sættes ind med særlig støtte i de familier, som har behov herfor.

Rapporten udspringer af et mangeårigt godt samarbejde mellem Statens Institut for Folkesundhed, Region Hovedstaden og samarbejdet Databasen Børns Sundhed, som de fleste kommuner i Region Hovedstaden deltager i. Mange tak for dette samarbejde, som har gjort det muligt at koble sundhedsplejerskers journaldata med registerdata om psykiatriske diagnoser blandt forældrene, så det giver forskningsbaseret ny viden.

Jeg håber, at rapportens resultater kan danne grundlag for, at vi styrker opmærksomheden, indsatsen og samarbejdet om børn, der har forældre med psykiatriske diagnoser.



Lars Gaardhøj

Regionsrådsformand

Forord – Databasen Børns Sundhed

Fundene i denne rapport viser, at børn af forældre med mindst én psykiatrisk diagnose i højere grad får bemærkninger af sundhedsplejersken til deres sundhed, udvikling og trivsel end børn, der ikke har forældre med en psykiatrisk diagnose. Det er dog væsentligt at fremhæve, at kun en mindre andel af børnene får bemærkninger fra sundhedsplejersken, hvilket gælder uanset, om forældrene har en psykiatrisk diagnose eller ej. Fundene understreger behovet for en tidlig indsats. Sundhedsplejersker har gennem deres kontakt med næsten alle familier i Danmark en unik mulighed for at støtte forældre og opdage tegn på sårbarhed – allerede under graviditeten og i barnets første leveår. Deres arbejde er med til at skabe trygge rammer for familier med psykisk sygdom, og der er potentiale for at styrke indsatsen yderligere, blandt andet gennem målrettede tilbud og tæt samarbejde med den praktiserende læge, psykiatrien og sociale instanser.

Sundhedsplejerskedata fra samarbejdet Databasen Børns Sundhed koblet med nationale registerdata giver mulighed for at analysere sammenhænge mellem at have forældre med psykiatriske diagnoser og børnenes udvikling. Denne viden kan være med til at belyse både særlige udfordringer og beskyttende faktorer, som kan danne grundlag for målrettede indsatser gennem tværfaglige og tværsektorielle samarbejder – med henblik på at støtte de familier med størst behov.

Samarbejdet Databasen Børns Sundhed indgår i et udvidet samarbejde omkring en landsdækkende database for børn og unges sundhed. Udviklingen og implementeringen af denne nye database foregår i samarbejde med Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, Kommunernes Landsforening, Danske Regioner og Sundhedsdatastyrelsen. Den nye database er støttet af Novo Nordisk Fonden og vil på sigt give mulighed for yderligere forskning og formidling af viden om danske børn og unges sundhed igennem sundhedsprofiler og praksisrettede rapporter.

Denne rapport er udarbejdet af forskere fra Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Tak for kritisk gennemlæsning af rapporten til Anne AE Thorup, professor, ph.d. og speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri ved forskningsenhederne på BUC og PCK, Region Hovedstadens Psykiatri og Institut for Klinisk Medicin, SUND, Københavns Universitet.

Vi retter en varm tak til de mange sundhedsplejersker, som med deres omhyggelige journalføring har givet mulighed for at udarbejde denne rapport. Ligeledes en varm tak til Region Hovedstaden for mange års samarbejde og støtte til Databasen Børns Sundhed.

Pia Rønnenkamp
Sundhedsplejerskefaglig specialkonsulent, MPG
Formand, Databasen Børns Sundhed

Morten Hulvej Rod
Professor
Direktør, Statens Institut for Folkesundhed

Indhold

Resumé	1
1 Introduktion	4
1.1 Forekomst af børn, der har forældre med psykisk sygdom	5
1.2 Psykisk sygdom hos forældre og barnets sundhed, udvikling og trivsel i de første leveår	5
1.3 Formål	10
2 Data og metode	11
2.1 Sundhedsplejen	11
2.2 Samarbejdet Databasen Børns Sundhed	11
2.3 Datagrundlag og studiepopulationen	11
2.4 Variabelbeskrivelse	12
2.4.1 Indikatorer for barnets sundhed, udvikling og trivsel	12
2.4.2 Psykiatriske diagnoser hos forældre	13
2.5 Statistiske analyser	14
2.6 Datasikkerhed	14
2.7 Karakteristika af studiepopulationen	14
3 Resultater	17
3.1 Amning i mindst fire måneder	17
3.2 Vækst ved seks- til timånedersalderen	19
3.3 Bemærkning til søvn og døgnrytme ved otte- til timånedersalderen	24
3.4 Bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen	26
3.5 Bemærkning til sprog og kommunikation ved otte- til timånedersalderen	28
3.6 Bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil ved otte- til timånedersalderen	30
4 Diskussion	33
4.1 Sammenfatning og diskussion af fundene	33
4.2 Metodemæssige overvejelser	34
4.3 Implikationer for forskning	36
4.4. Implikationer for praksis	36
5 Konklusion	38
Referencer	39
Bilag: Variabeloversigt	44

Resumé

I dagens Danmark er mange mennesker berørt af psykisk sygdom, enten som patienter eller pårørende, og cirka en tredjedel vil i løbet af livet modtage hospitalsbehandling for en psykisk sygdom. Eftersom forældrene som oftest udgør barnets primære miljø og er de primære omsorgspersoner, vil børn blive påvirket tidligt i deres udvikling af deres forældres psykiske tilstand. Den eksisterende forskning viser, at børn af forældre med psykisk sygdom blandt andet har markant højere risiko for selv at blive ramt af psykisk og fysisk sygdom senere i livet. For bedre at kunne tilrettelægge indsatser målrettet familier, der er berørt af psykisk sygdom, er det vigtigt at have viden om, hvordan børnene har det i denne tidlige udviklingsperiode samt at identificere mulige sårbarhedstegn i forhold til barnets sundhed, udvikling og trivsel.

Sundhedsplejerskerne i Danmark besøger stort set alle familier med små børn, og sundhedsplejerskens evaluering af barnets sundhed, udvikling og trivsel er et vigtigt udgangspunkt for at rådgive forældrene og hjælpe barnet videre i udviklingen bedst muligt. Sundhedsplejerskerne har mulighed for at sætte en bemærkning til sundhed, udvikling og trivsel i barnets journal, hvilket dækker over, at der vurderes, at der enten er en udvikling hos barnet, der ikke er alderssvarende, eller at der er forhold, som kræver yderligere observation, undersøgelse eller henvisning.

Denne rapport har følgende formål:

- At undersøge, om børn af forældre med mindst én psykiatrisk diagnose har en øget forekomst af bemærkninger fra sundhedsplejersken til sundhed, udvikling og trivsel i det første leveår sammenlignet med børn af forældre, der ikke har en psykiatrisk diagnose.
- At undersøge betydningen af, om det er mor, far eller begge forældre, der har mindst én psykiatrisk diagnose, for forekomsten af bemærkninger fra sundhedsplejersken til barnets sundhed, udvikling og trivsel i det første leveår.

Rapporten fokuserer på psykisk sygdom diagnosticeret i hospitalsvæsenet, som i Danmark defineres af WHO's sygdomsklassifikationssystem ICD-10. Begrebet *psykiatriske diagnoser* anvendes derfor gennemgående i rapporten som udtryk for psykisk sygdom diagnosticeret i hospitalsvæsenet.

Metode

Rapporten benytter data fra nationale registre til at identificere forældre, der op til fem år forud for barnets fødsel har fået stillet en psykiatrisk diagnose i hospitalsvæsenet. Perioden på fem år har vi valgt for at belyse de aktuelle livsvilkår, som barnet fødes ind i, da psykiatriske diagnoser kan ændre sig over tid, være i remission eller helt ophøre med at være relevante. Derudover benyttes sundhedsplejerskernes journalregistreringer som indikatorer for barnets sundhed, udvikling og trivsel i det første leveår.

Indikatorerne omfatter: *amning* i mindst fire måneder, *vægtstatus* ved seks- til timånedersalderen, *søvn og døgnrytme*, *motorisk udvikling*, *sprog og kommunikation* samt *forældre-barn kontakt og samspil* ved otte- til timånedersalderen. Sidstnævnte indikatorer ved otte- til timånedersalderen vurderes i forhold til, om sundhedsplejersken har bemærkninger til de specifikke indikatorer.

Rapporten omfatter i alt 159.465 børn født i årene 2002-2022 i følgende 26 kommuner i Region Hovedstaden, der er en del af samarbejdet Databasen Børns Sundhed: Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholm, Brøndby, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø,

Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Herlev, Hillerød, Høje-Taastrup, Ishøj, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal, Rødovre, Tårnby og Vallensbæk Kommune.

Resultater

Resultaterne viser, at børn af forældre med mindst én psykiatrisk diagnose de seneste fem år op til barnets fødsel generelt set har en højere forekomst af bemærkninger til sundhed, udvikling og trivsel i det første leveår sammenlignet med børn, der har forældre uden en psykiatrisk diagnose i perioden. For de specifikke indikatorer opsummeres resultaterne nedenfor:

Amning i mindst fire måneder

- Blandt børn, der har forældre uden en psykiatrisk diagnose, er der 37,8 %, der ikke fuldammes i mindst fire måneder, mens andelen er 50,6 % for børn, hvor forældrene har mindst én psykiatrisk diagnose.
- Andelen er 51,6 % for børn med en mor med mindst én diagnose, 44,8 % for børn med en far med mindst én diagnose og 59,3 % for børn, hvor begge forældre har mindst én diagnose.

Undervægt ved seks- til timånedersalderen

- Blandt børn, der har forældre uden en psykiatrisk diagnose, er der 2,2 % af børnene, der har undervægt. Denne andel er 2,0 % for børn, hvor forældrene har mindst én psykiatrisk diagnose.
- Andelen er 2,1 % for børn med en mor med mindst én diagnose, 1,5 % for børn med en far med mindst én diagnose og 3,1 % for børn, hvor begge forældre har mindst én diagnose.

Overvægt/svær overvægt ved seks- til timånedersalderen

- Blandt børn, der har forældre uden en psykiatrisk diagnose, har 4,8 % overvægt/svær overvægt. Denne andel er 5,7 % for børn, hvor forældrene har mindst én psykiatrisk diagnose.
- Andelen er 5,5 % for børn med en mor med mindst én diagnose, 6,0 % for børn med en far med mindst én diagnose og 5,7 % for børn, hvor begge forældre har mindst én diagnose.

Søvn og døgnrytme ved otte- til timånedersalderen

- Blandt børn, der har forældre uden en psykiatrisk diagnose, ses bemærkninger til søvn og døgnrytme i 6,1 % af tilfældene. Denne andel er 7,5 % for børn, hvor forældrene har mindst én psykiatrisk diagnose.
- Andelen er 7,3 % for børn med en mor med mindst én diagnose, 7,4 % for børn med en far med mindst én diagnose og 9,9 % for børn, hvor begge forældre har mindst én diagnose.

Motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen

- Blandt børn, der har forældre uden en psykiatrisk diagnose, ses bemærkninger til barnets motoriske udvikling i 24,6 % af tilfældene. Denne andel er 24,2 % for børn, hvor forældrene har mindst én psykiatrisk diagnose.
- Andelen er 24,8 % for børn med en mor med mindst én diagnose, 22,1 % for børn med en far med mindst én diagnose og 25,6 % for børn, hvor begge forældre har mindst én diagnose.

Sprog og kommunikation ved otte- til timånedersalderen

- Blandt børn, der har forældre uden en psykiatrisk diagnose, ses bemærkninger til sprog og kommunikation i 2,5 % af tilfældene. Denne andel er 3,3 % for børn, hvor forældrene har mindst én psykiatrisk diagnose.

- Andelen er 3,3 % for børn med en mor med mindst én en diagnose, 2,7 % for børn med en far med mindst én diagnose og 4,6 % for børn, hvor begge forældre har mindst én diagnose.

Forældre-barn kontakt og samspil ved otte- til timånedersalderen

- Blandt børn, der har forældre uden en psykiatrisk diagnose, ses bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil i 1,1 % af tilfældene. Denne andel er 2,2 % for børn, hvor forældrene har mindst én psykiatrisk diagnose.
- Andelen er 2,3 % for børn med en mor med mindst én diagnose, 1,4 % for børn med en far med mindst én diagnose og 4,1 % for børn, hvor begge forældre har mindst én diagnose.

Konklusion og implikationer

Vores fund viser en øget forekomst af bemærkninger til sundhed, udvikling og trivsel hos børn af forældre med psykiatriske diagnoser. Uanset om forældrene har en psykiatrisk diagnose eller ej, er det kun en lille andel af børnene, der får en bemærkning fra sundhedsplejersken til sundhed, udvikling og trivsel i det første leveår.

Fundene peger på vigtigheden af at kunne identificere de mest sårbare familier blandt denne gruppe. Sundhedsplejersker har gennem deres kontakt med næsten alle familier i Danmark en unik mulighed for at observere familieforhold, forældre-barn-interaktion og barnets trivsel – allerede under graviditeten og i barnets første leveår. Der er potentiale for at udvikle sundhedsplejerskernes muligheder for at imødekomme eventuelle behov i småbørnsfamilier, hvor én eller begge forældre har psykisk sygdom. Først og fremmest ved at opruste det tværfaglige samarbejde omkring disse familier mellem sundhedsplejersker, psykiatrien, praktiserende læger og andre sociale og behandlingsmæssige instanser.

1 Introduktion

Forskningen viser en betydelig sammenhæng mellem psykisk sygdom hos forældre og børns senere psykiske helbred (Davidsen et al., 2022; Paananen et al., 2021; Rayce & Kessing, 2023; Renneberg et al., 2023; Uher et al., 2023). Dette understreger vigtigheden af at forstå, hvordan vi tidligt kan identificere og støtte familier, hvor én eller flere forældre har en psykisk sygdom. Psykisk sygdom er udbredt i befolkningen, og mange vil gennem livet opleve at være berørt heraf, enten som patienter eller pårørende. Et nyere dansk registerstudie viser, at omkring en tredjedel vil modtage hospitalsbehandling for en psykisk sygdom på et tidspunkt i livet (Kessing et al., 2023).

Mental sundhed og psykisk sygdom spiller en afgørende rolle i forståelsen af befolkningens psykiske tilstand. Mental sundhed og psykisk sygdom er forbundne begreber, da de gensidigt påvirker hinanden, men er distinkte, fordi god mental sundhed ikke blot anses som fraværet af psykisk sygdom (Keyes, 2005; Westerhof & Keyes, 2010). Psykisk sygdom refererer til en række specifikke tilstande karakteriseret ved symptomer eller kliniske fund, der optræder i et karakteristisk mønster og er forbundet med personlig belastning eller lidelse samt påvirkning af den fysiske eller psykiske funktion (American Psychiatric Association, 2013).

I denne rapport fokuserer vi specifikt på psykisk sygdom diagnosticeret i hospitalsvæsenet, som er defineret ud fra WHO's sygdomsklassifikationssystem ICD-10 under kategorien 'psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser'. ICD-10 anvender specifikke diagnostiske kriterier for psykiske sygdomme på linje med kriterierne for fysiske sygdomme (WHO, 1993). Derfor er betegnelsen **psykiatriske diagnoser** anvendt gennemgående i rapporten som udtryk for psykisk sygdom diagnosticeret i hospitalsvæsenet.

Rapporten har fokus på de første år af et barns liv, fordi denne periode er en helt unik og kritisk periode for barnets emotionelle, kognitive og sociale udvikling, hvor forældrene udgør de primære omsorgspersoner (Skovgaard & Jørgensen, 2023). Forskningen viser, at sårbarhedsindikatorer for udvikling af mentale helbredsproblemer kan identificeres i det første leveår (Skovgaard et al., 2007), og at forældre-barn relationen kan have en afgørende betydning i de mekanismer, som øger risikoen for barnet, herunder at en forælder har psykiske problemer i tiden omkring barnets fødsel (Elberling et al., 2014; Rask et al., 2013; Skovgaard, 2010). Et dansk studie af børn født mellem 2000 og 2016 finder en øget risiko for sygdomme og indlæggelser i den neonatale periode (op til 28 dage efter fødslen) blandt børn, hvis mødre har oplevet symptomer på psykisk sygdom året op til fødslen (Heuckendorff et al., 2021).

Desuden peger studier på, at risikoen for blandt andet fysiske sygdomme i det første leveår er markant øget, når både mor og far har en psykisk sygdom (Renneberg et al., 2023). På trods af denne viden er der behov for flere undersøgelser, der specifikt fokuserer på betydningen af forældres psykiske tilstand for barnets sundhed, udvikling og trivsel i de første leveår. Dette er nødvendigt for at kunne tilrettelægge den rette støtte til familier med psykisk sygdom og dermed forebygge udviklingen af blivende problemer hos barnet og yderligere belastninger af forældrene (Skovgaard & Jørgensen, 2023).

1.1 Forekomst af børn, der har forældre med psykisk sygdom

En dansk rapport baseret på registerdata på 667.916 børn født mellem 1995 og 2004 viser, at 27 % af børnene har mindst én forælder med det, rapporten betegner som moderate til svære mentale helbredsproblemer (Rasmussen & Kruse, 2022). Moderate til svære helbredsproblemer defineres i den nævnte rapport ud fra følgende kriterier, som skal være til stede inden for barnets første femten leveår: forældres diagnosticerede psykiatriske diagnose i hospitalsvæsenet op til fem år før barnets fødsel; mindst fem kontakter til privatpraktiserende psykiater; selvmordsforsøg; eller registrering af kommunal alkoholmisbrugsbehandling. Derudover finder undersøgelsen, at 31,1 % af børnene har forældre med lette mentale helbredsproblemer (Rasmussen & Kruse, 2022). Et andet dansk registerstudie af Christesen et al. (2022) viser, at i 2016 havde knap 40 % af alle danske børn i alderen 0-16 år og 36 % af børnene i Region Hovedstaden mindst én forælder med psykisk sygdom. Psykisk sygdom defineres i studiet ved opfyldelse af ét eller flere af følgende kriterier inden for de seneste fem år op til barnets fødsel: mindst to indløste recepter på psykofarmaka; mindst to gange samtaleterapi eller psykometriske test hos praktiserende læge; kontakt til privatpraktiserende psykolog eller psykiater; eller psykiatrisk diagnose diagnosticeret i hospitalsvæsenet (Christesen et al., 2022). Studiet inkluderer både mildere, moderat og alvorlig psykisk sygdom. Når populationen begrænses til forældre med en hospitalsdiagnosticeret psykisk sygdom, er andelen 12,8 %, og forekomsten stiger med barnets alder indtil seksårsalderen (Christesen et al., 2022). En undersøgelse udført af Psykiatrifonden (2019) baseret på selvrapporteret psykisk sygdom blandt forældre til børn op til 18 år finder, at cirka 6 % af de 2.156 inkluderede forældre angiver selv at have en psykisk sygdom. Yderligere 9,1 % af forældrene, som ikke selv rapporterer at have en psykisk sygdom, angiver, at barnets anden forælder har en psykisk sygdom (Psykiatrifonden, 2019).

Disse undersøgelser anvender forskellige metoder og kriterier for psykisk sygdom, hvilket kan forklare variationen i de rapporterede forekomster. De illustrerer dog samlet set, at en betydelig andel af danske børn vokser op med forældre, der oplever psykisk sygdom og har en psykiatrisk diagnose.

1.2 Psykisk sygdom hos forældre og barnets sundhed, udvikling og trivsel i de første leveår

Det følgende afsnit beskriver den eksisterende forskning om sammenhænge mellem psykisk sygdom hos forældre og børns sundhed, udvikling og trivsel i de første leveår. Denne rapport bygger på sundhedsplejerskedata, og det følgende afsnit omhandler de områder, som sundhedsplejerskerne har fokus på ved deres vurdering af barnets sundhed, udvikling og trivsel i det første leveår, som foruden amning inkluderer tidligere påviste sårbarhedsindikatorer, herunder vækst, søvn, motorisk udvikling, sprog og kommunikation samt forældre-barn relationen (Elberling et al., 2014; Rask et al., 2013; Skovgaard, 2010). Vi har foretaget litteratursøgninger, primært i databasen PubMed samt via referencegennemgang i de identificerede studier. I vores gennemgang af litteraturen har vi prioriteret systematiske litteraturgennemgange, danske undersøgelser samt undersøgelser fra nordiske lande. For flere indikatorer er der begrænset litteratur, der lever op til disse kriterier, hvorfor vi har inkluderet studier fra andre vestlige lande samt enkeltstudier, hvor der ikke findes litteraturgennemgange.

Amning

Det har udelukkende været muligt at identificere litteraturgennemgange og studier, der undersøger betydningen af psykisk sygdom hos moderen og ikke faderen i forhold til amning. I litteraturen er der primært fokus på specifikke diagnoser og tiden omkring graviditet, fødsel og perioden efter fødslen.

Overordnet set er det vanskeligt at afgøre baggrunden for eventuelle sammenhænge mellem psykisk sygdom hos moderen og amning, først og fremmest fordi psykisk sygdom hos en gravid eller nybagt mor er forbundet med en række forhold, der kan gribe negativt ind i opstart og vedligeholdelse af amning, uanset moderens eget ønske om at amme. Det gælder medicinsk behandling, som kan kontraindicere amning, mødre der frarådes at amme, fordi det kan forværre deres psykiske tilstand, samt manglende socialt netværk, som kan have afgørende indflydelse (Baker et al., 2023).

I en global systematisk litteraturgennemgang fra 2022 konkluderer forfatterne med hensyn til depressive symptomer før fødslen, at der er stærk evidens for, at statistisk signifikant færre kvinder med depressive symptomer starter med at amme og ammer fuldt ved tre og seks måneder (Kim et al., 2022). Et norsk kohortestudie fra 2024 finder ligeledes, at både depressionssymptomer før og under graviditeten er forbundet med mindre sandsynlighed for at påbegynde amning og opretholde amning i op til seks måneder samt øget sandsynlighed for at rapportere problemer i forbindelse med amning (Braithwaite et al., 2024).

For kvinder med alvorlig psykisk sygdom, herunder skizofreni, bipolare lidelser og depression med psykotiske symptomer, har en systematisk litteraturgennemgang af både kvalitative og kvantitative studier fundet, at mødre med psykisk sygdom i mindre omfang starter og fortsætter amning sammenlignet med mødre uden psykisk sygdom (Baker et al., 2023). Her er det vigtigt at bemærke, at kvinder med alvorlige psykiske sygdomme i højere grad, på grund af deres sygdoms alvorlige karakter, vil være i risiko for adskillelse fra deres barn, og at medicinsk/psyko-farmakologisk behandling kan betyde, at amning frarådes af hensyn til påvirkning af barnet via modermælken, og herudover vil disse kvinder være særligt sårbare, hvis der er manglende støtte til opstart af amning. Disse kvinder belastes således på mange måder, og selvom der kan være et ønske om at amme, er det ikke altid muligt grundet de nævnte forhold.

Vækst

I denne litteraturgennemgang er der identificeret begrænset forskning, der undersøger sammenhænge mellem forældrenes psykiske tilstand forud for graviditet og fødsel og barnets vægtudvikling i de første leveår, idet de fleste studier fokuserer på moderens psykiske tilstand, særligt under eller lige efter graviditeten.

En systematisk litteraturgennemgang fra 2020 finder, at halvdelen af de inkluderede studier, primært dem foretaget i højindkomstlande, viser en statistisk signifikant sammenhæng mellem mødres depressive og/eller angstrelaterede symptomer og overvægt hos børn i de første leveår og op til skolealderen (Marco et al., 2020). Dette er især tilfældet ved kroniske/langvarige symptomer på depression hos mødre, men effekterne er generelt små. Litteraturgennemgangen viser betydelige metodemæssige begrænsninger i de inkluderede studier, herunder kun få longitudinelle studier (Marco et al., 2020).

En systematisk litteraturgennemgang fra 2021 af spiseforstyrrelse hos mødre og spædbørns vægt og vækst viser inkonsistente fund. Spiseforstyrrelsen nervøs spisevægring (anoreksia nervosa) er forbundet med lavere fødselsvægt hos barnet, mens tvangsoverspisning (binge eating disorder) er forbundet med højere fødselsvægt (Mah et al., 2021). Et enkelt af de inkluderede studier finder, at spædbørn af mødre med forskellige typer af spiseforstyrrelser generelt har lavere gennemsnitlige vækstrater i det første leveår sammenlignet med kontrolgruppen (Perrin et al., 2015), men generelt viser litteraturgennemgangen betydelige metodiske begrænsninger, herunder variation i målemetoder og et begrænset antal høj kvalitetsstudier (Mah et al., 2021).

Søvn

Litteraturgennemgangen i forbindelse med denne rapport har kun kunnet identificere få studier af sammenhænge mellem forældres psykiske tilstand forud for graviditet og barnets søvn det første leveår. Disse har udelukkende haft fokus på moderens psykiske tilstand, og de omhandler primært depression under eller umiddelbart efter fødslen.

I en nylig metaanalyse af Orton & Bilgin (2024) finder forfatterne sammenhæng mellem depressive symptomer hos moderen under graviditeten og i perioden efter fødslen (postpartum) og søvnproblemer i tidlig barndom, hvor søvnproblemer omfatter kort søvnvarighed, hyppige natlige opvågninger og vanskeligheder med at falde til ro og i søvn. Metaanalysen inkluderer 22 studier, og barnets alder ved måling af søvnproblemer varierer fra otte uger til 30 måneder. En begrænsning ved studierne er, at det ikke er muligt at fastslå, om depressive symptomer hos moderen eller søvnproblemer hos barnet kommer først. Sammenhængen kan være bidirektionel, således at depressive symptomer hos moderen kan føre til søvnproblemer hos barnet, men søvnproblemer hos barnet kan også bidrage til depressive symptomer hos moderen gennem øget søvnunderskud (Orton & Bilgin, 2024).

Et studie af Cai et al. (2023) finder, at dårligt mentalt helbred hos moderen midtvejs i graviditeten, målt som en samlet score for angst- og depressionssymptomer, er forbundet med længere vågne perioder i forbindelse med natlige opvågninger sammenlignet med børn af mødre med godt mental helbred. Der er ikke fundet sammenhæng mellem moderens mentale helbred efter fødslen og barnets søvn i første leveår (Cai et al., 2023).

Motorisk udvikling

Der er en række studier, der har undersøgt sammenhænge mellem forældres psykiske tilstand, særligt moderens, og barnets motoriske udvikling i de første leveår. I en systematisk litteraturgennemgang af Kingston et al. (2012) konkluderer forfatterne, at psykisk belastning under graviditeten, herunder angst, depression og stress i graviditeten, viser en lille til moderat negativ sammenhæng med børns motoriske udvikling, herunder grov- og finmotoriske færdigheder, øje-hånd koordination, balance og reaktionstid, i det første leveår. Ligeledes finder en metaanalyse af Rogers et al. (2020) en lille, men statistisk signifikant sammenhæng mellem depression og angst hos moderen forud for graviditeten og barnets motoriske udvikling, herunder fin- og grovmotorik, i de første to leveår (Rogers et al., 2020). Fælles for begge litteraturgennemgange er dog, at analysen er baseret på et begrænset antal studier, hvor der ofte ikke er taget højde for andre mulige forklarende faktorer.

I en systematisk litteraturgennemgang og metaanalyse af Fan et al. (2024), som udelukkende fokuserer på depression hos moderen, konkluderes det, at depression hos moderen i graviditetsperioden og i den tidlige periode efter fødslen er forbundet med barnets motoriske udvikling i de første to leveår, mens der ikke er fundet en statistisk signifikant association med hensyn til depression efter fødslen (Fan et al., 2024). Et studie af Irwin et al. (2020) viser, at børn af mødre, som oplever en tiltagende grad af angst i løbet af graviditeten, har statistisk signifikant ringere grovmotoriske færdigheder i etårsalderen, mens der ikke er nogen sammenhæng, når mødre har lav grad af angst, eller hvis deres angstniveau falder i løbet af graviditeten (Irwin et al., 2020).

Et amerikansk studie fra 2017 undersøgte sammenhængen mellem mødre med bipolar lidelse og den motoriske udvikling hos deres spædbørn (Santucci et al., 2017). Studiet viste ingen statistisk signifikant sammenhæng mellem bipolar lidelse hos moderen og den generelle motoriske udvikling

hos barnet. Et finsk studie af Keskinen et al. (2015) fandt, at børn af forældre, som tidligere har haft en psykose, opnåede motoriske milepæle senere end andre børn, særligt i forhold til de tidlige milepæle, eksempelvis at holde hovedet oppe og at gribe efter genstande (Keskinen et al., 2015).

Sprog og kommunikation

En række studier har undersøgt, hvorvidt moderens psykiske tilstand forud og efter fødslen kan påvirke barnets sprogudvikling i de første leveår. Eksempelvis finder en systematisk litteraturgennemgang af Kingston et al. (2012) ingen statistisk signifikant sammenhæng mellem mødres psykiske belastning (herunder symptomer på angst, stress og depression) efter fødslen og børnenes sprogudvikling. En begrænsning ved studierne er dog, at de udelukkende baserede sig på mødres egen rapportering af børnenes sproglige udvikling, manglende kontrol for andre relevante faktorer, og at ingen af studierne undersøger påvirkningen af psykisk belastning forud for graviditet og fødsel på barnets sprogudvikling (Kingston et al., 2012).

En nyere systematisk litteraturgennemgang og metaanalyse af Fan et al. (2024) finder en sammenhæng mellem depression hos mødre og forsinket sprogudvikling hos barnet op til toårsalderen. Dog påpeger forfatterne en række metodiske begrænsninger, herunder et relativt lavt antal inkluderede studier og høj heterogenitet mellem studierne (Fan et al., 2024). En systematisk litteraturgennemgang og metaanalyse af Rogers et al. (2020) finder små til moderate negative sammenhænge mellem angst og depression blandt mødre og børns sprogudvikling. For depression og angst samlet set i graviditeten er der en lille negativ betydning for barnets sprogudvikling, mens der for depression og angst efter fødslen er en moderat negativ sammenhæng. En væsentlig begrænsning ved studiet er, at de fleste inkluderede studier er baseret på selvrapporterede data om mødres psykiske tilstand og barnets udvikling (Rogers et al., 2020).

Forældre-barn relation

En del studier har undersøgt, hvorvidt forældres psykiske tilstand, især moderens, kan have en betydning for forældre-barn relationen i barnets første leveår. Det er dog vigtigt at bemærke, at forældre-barn relationen defineres forskelligt på tværs af de inkluderede studier, hvilket kan vanskeliggøre sammenligning. Det kan omfatte forældre-barn interaktion, tilknytningsmønster eller andre relaterede indikatorer.

En svag til moderat sammenhæng mellem mødres depression og usikker tilknytning hos spædbørn i de første to leveår er fundet i en systematisk litteraturgennemgang fra 2020 (Andrzej Śliwerski et al., 2020). For depressive symptomer inden for de første seks måneder efter fødslen ses den stærkeste sammenhæng, mens resultaterne for depression før fødslen er mere inkonsistente. Tilstedeværelsen af anden psykisk sygdom, såsom angst og personlighedsforstyrrelser, forstærker sammenhængene relateret til depression. Flere studier indikerer, at moderens følelsesmæssige tilgængelighed og sensitivitet er vigtigere for sikker tilknytning end depressionen selv; hos mødre med depression, der opretholder en god emotionel kontakt, har børnene lige så stor sandsynlighed for at udvise sikker tilknytning som hos børn af mødre uden depression. Litteraturgennemgangen er dog begrænset af variation i studierne design, målemetoder og populationer (Andrzej Śliwerski et al., 2020).

En systematisk litteraturgennemgang og metaanalyse af O'Dea et al. (2023) undersøger sammenhæng mellem mødres psykiske belastning (herunder depression, angst og stress) og mor-barn-tilknytning i barnets første leveår i primært højindkomstlande. Der er fundet moderate til stærke sammenhænge mellem depression hos mødre efter fødslen og tilknytningsproblemer efter fødslen,

mens symptomer på depression, angst og stress forud for fødslen er forbundet med en lille til moderat øget sandsynlighed for tilknytningsproblemer. Depression og angst i ungdomsårene og det tidlige voksenliv er også forbundet med ringere mor-barn-tilknytning efter fødslen, men med svagere sammenhænge. De inkluderede studier har visse metodiske begrænsninger, herunder at der ikke er taget højde for andre faktorer, der kan påvirke sammenhængene, få studier om angst, stress og faktorer forud for fødslen og variation i studiepopulationerne (O'Dea et al., 2023).

En systematisk litteraturgennemgang af Davidsen et al. (2015) finder ligeledes tegn på problemer i mor-barn interaktionen hos mødre med skizofreni og andre psykoser i barnets første leveår. Studierne, der primært er baseret på videoobservationer, viser, at mødre i mindre grad reagerer hensigtsmæssigt på barnets signaler og behov i tide, har reduceret øjenkontakt og vokalisering, og udviser mere tilbagetrukken eller påtrængende adfærd over for barnet. Nogle studier finder også reduceret opmærksomhed og engagement hos børnene samt højere forekomst af usikker tilknytning. Tilsvarende mønstre ses også hos mødre med svær depression, og gennemgangen foreslår, at kvaliteten af mor-barn interaktionen i højere grad er relateret til sværhedsgraden af den psykiske sygdom snarere end den specifikke sygdom. Litteraturgennemgangens konklusioner er dog begrænset af metodiske svagheder ved de inkluderede studier, herunder små studiepopulationer (Davidsen et al., 2015).

En systematisk litteraturgennemgang af Kittel-Schneider et al. (2021) undersøger, hvilken betydning ADHD hos forældre har for blandt andet forældre-barn interaktionen. Overordnet set konkluderer studiet, at forældres ADHD-symptomer kan være forbundet med negative forældre-barn interaktioner, blandt andet som følge af øget forældrestress og inkonsekvent opdragelse. Forfatterne til litteraturgennemgangen påpeger, at den kausale sammenhæng ikke er entydig, idet de observerede sammenhænge kan skyldes barnets egen genetiske disposition for ADHD og dermed også barnets bidrag til samspillet. Litteraturgennemgangen er desuden begrænset af få studier med specifikt fokus på de første leveår, små studiepopulationer og mangel på longitudinelle studier (Kittel-Schneider et al., 2021).

Opsamling af afsnit 1.2

På tværs af den gennemgåede litteratur ses svage til moderate sammenhænge mellem psykisk sygdom hos moderen og flere indikatorer relateret til sundhed, udvikling og trivsel i barnets første leveår. F.eks. peger studierne på, at særligt depression og andre alvorlige psykiske sygdomme (bl.a. skizofreni og bipolar lidelse) hos moderen i tiden før graviditet og fødsel er forbundet med en lavere sandsynlighed for ammeopstart og fuldamning, forsinket udvikling af motoriske og sproglige færdigheder, negativ påvirkning af mor-barn-tilknytning samt øget sandsynlighed for søvnproblemer hos barnet og overvægt i de første leveår. Desuden viser litteraturen, at børn af mødre med spiseforstyrrelser har større risiko for undervægt, med undtagelse af spiseforstyrrelsen tvangsoverspisning, hvor børnene er i større risiko for overvægt.

Den eksisterende forskning er dog mangelfuld og har væsentlige metodiske begrænsninger. Der er begrænset forskning for andre diagnoser end depression og angst. Desuden er der mangel på longitudinelle studier, større og mere diverse stikprøver samt studier, som tager højde for andre relevante faktorer, der kan påvirke de eventuelle sammenhænge. Der mangler desuden studier, der undersøger betydningen af faderens psykiske tilstand i forhold til barnets sundhed, udvikling og trivsel i de første leveår samt studier i en dansk kontekst.

1.3 Formål

Med data fra nationale registre samt sundhedsplejerskernes journalregistreringer har vi en unik mulighed for at undersøge, hvordan psykiske udfordringer hos forældre, der fører til diagnosticering i hospitalsvæsenet, er forbundet med børns sundhed, udvikling og trivsel i det første leveår. I denne rapport fokuseres på psykiatriske diagnoser hos forældre stillet i hospitalsvæsenet de seneste fem år op til barnets fødsel, og der inddrages diagnoser på både mødre og fædre, da vi er interesseret i de livsomstændigheder og vilkår, som barnet fødes ind i. Det er samtidigt vigtigt at bemærke, at psykiatriske diagnoser kan ændre sig over tid, være i remission eller helt ophøre med at være relevante. Børnenes sundhed, udvikling og trivsel måles ved sundhedsplejerskernes journalbemærkninger. Bemærkninger i barnets journal dækker over, at sundhedsplejersken vurderer, at der enten er en udvikling hos barnet, der ikke er alderssvarende, eller at der er forhold, der kræver yderligere observation, undersøgelse eller henvisning.

Rapporten har følgende formål:

- At undersøge, om børn af forældre med mindst én psykiatrisk diagnose har en øget forekomst af bemærkninger fra sundhedsplejersken til sundhed, udvikling og trivsel i det første leveår sammenlignet med børn af forældre, der ikke har en psykiatrisk diagnose.
- At undersøge betydningen af, om det er mor, far eller begge forældre, der har mindst én psykiatrisk diagnose, for forekomsten af bemærkninger fra sundhedsplejersken til barnets sundhed, udvikling og trivsel i det første leveår.

2 Data og metode

2.1 Sundhedsplejen

Sundhedsplejen har til opgave at overvåge og følge barnets fysiske og psykiske helbredstilstand samt at tilbyde rådgivning og vejledning til både børn og forældre. Målet er at sikre og fremme børnenes fysiske og psykiske sundhed, udvikling og trivsel (Sundhedsstyrelsen, 2019). Sundhedsloven fastsætter rammerne for sundhedsarbejdet i danske kommuner og stiller krav om en almen indsats for alle børn samt yderligere støtte til børn med særlige behov. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at sundhedsplejen bør aflægge mindst fem besøg hos familier i barnets første leveår (Sundhedsstyrelsen, 2019).

2.2 Samarbejdet Databasen Børns Sundhed

Samarbejdet Databasen Børns Sundhed er tilrettelagt således, at børn og unges sundhed kan beskrives med udgangspunkt i sundhedsplejens arbejde. Kommunerne i samarbejdet er enige om en fælles, standardiseret journal, og samarbejdet for de nul- til etårige startede for de første kommuner i 2002. Fra skoleåret 2007/08 blev sundhedsplejerskerne også enige om en fælles indskolingsjournal, ligesom der fra skoleåret 2016/17 er suppleret med en fælles udskolingsjournal. I 2025 er der 33 kommuner, der indgår i samarbejdet Databasen Børns Sundhed (Skovgaard et al., 2018).

Data til nærværende rapport er indhentet fra to elektroniske systemer for sundhedsplejerskejournaler: Solteq Sund og NOVAX. Solteq Sund har været en del af samarbejdet Databasen Børns Sundhed siden etableringen i 2002, mens NOVAX har været en del af databasen siden 2014. I begge journalsystemer følger sundhedsplejerskerne en journalvejledning og noterer systematisk data om barnet, familien og sundhedsplejerskens ydelser. Brugen af journalerne er beskrevet i en detaljeret manual, der løbende justeres og opdateres (Databasen Børns Sundhed, 2022; NOVAX, 2017).

2.3 Datagrundlag og studiepopulationen

Denne rapport bygger på data fra sundhedsplejen i de kommuner i Region Hovedstaden, der indgår i samarbejdet Databasen Børns Sundhed. Sundhedsplejen er et tilbud, og det er derfor op til hver enkel familie, om de ønsker at benytte tilbuddet. Der anvendes i denne rapport udelukkende data fra første leveår, hvor næsten alle familier tager imod sundhedsplejerskens forebyggende tilbud (96,9 %) (Pedersen et al., 2019). I analysen ekskluderes kommuner, hvor mere end 40 % af observationerne mangler for en given variabel inden for et år for at sikre tilstrækkelig datakvalitet i analyserne. I vores undersøgelse har vi afgrænset populationen til børn, der bor sammen med deres biologiske forældre, og specifikt afgrænset til børn, der bor sammen med den forælder, der har en psykiatrisk diagnose. Dette udgør langt størstedelen af børnene, da kun en mindre andel er anbragt uden for hjemmet (0,3 %) eller ikke bor med den forælder, der har en psykiatrisk diagnose (0,6 %) i det første leveår. Denne afgrænsning gør, at barnet og forælderen med en psykiatrisk diagnose deler dagligdag, velvidende at påvirkning fra en forælders psykiske diagnose også kan forekomme, selvom barnet ikke bor sammen med den pågældende forælder.

Det er en styrke, at nærværende rapport bygger på en undersøgelsespopulation, som omfatter en stor del af de børn, der er født i hele Region Hovedstaden i undersøgelsesperioden. En tidligere rapport udarbejdet for Region Hovedstaden gennemførte bortfaldsanalyser på samme datamateriale. Analyserne viste, at undersøgelsespopulationen overordnet set er repræsentativ for Region Hovedstaden, når man ser på centrale sociodemografiske karakteristika i de danske registre via Danmarks Statistik. Blandt andet svarede andelen af forældre i beskæftigelse (omkring 80 %) og andelen med dansk oprindelse (omkring 75 %) i undersøgelsespopulationen til de tilsvarende andele i Region Hovedstaden (Pommerencke et al., 2023).

Rapporten omfatter i alt 160.772 børn født i årene 2002-2022 i følgende 26 kommuner i Region Hovedstaden: Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholm, Brøndby, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Herlev, Hillerød, Høje-Taastrup, Ishøj, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal, Rødovre, Tårnby og Vallensbæk.

2.4 Variabelbeskrivelse

Datamaterialet består af sundhedsplejerskernes journaldata med registreringer af bemærkninger til barnets sundhed, udvikling og trivsel, koblet med nationale registerdata om forældres psykiatriske diagnoser samt familiens sociodemografiske karakteristika. I det følgende beskrives de centrale variable, der indgår i analyserne.

2.4.1 Indikatorer for barnets sundhed, udvikling og trivsel

Indikatorer for barnets sundhed, udvikling og trivsel vurderes på baggrund af oplysninger/bemærkninger, som sundhedsplejersken har noteret i journalen ved fire besøg i det første leveår. A-besøget (første hjemmebesøg efter barselsbesøget eller første hjemmebesøg efter barnets fødsel), B-besøget (første hjemmebesøg efter barnet er fyldt to måneder, men inden det fylder tre måneder), C-besøget (første hjemmebesøg efter barnet er fyldt fire måneder, men inden det fylder seks måneder) og D-besøget (første hjemmebesøg efter barnet er fyldt otte måneder, men inden det fylder ti måneder).

Indikatorerne inkluderer: amning i mindst fire måneder; vægtstatus ved seks- til timånedersalderen; søvn og døgnrytme, motorisk udvikling, sprog og kommunikation samt forældre-barn kontakt og samspil ved otte- til timånedersalderen. Sidstnævnte indikatorer ved otte-til timånedersalderen vurderes i forhold til, om sundhedsplejersken har bemærkninger til de specifikke indikatorer.

Betegnelsen 'bemærkning' beskrives ikke helt enslydende i de to journalsystemer. I Solteq Sunds journalsystem sættes der kryds ved bemærkning *'Hvis der er reaktioner, der ikke er alderssvarende, eller forhold, der kræver yderligere observation, undersøgelse etc., afkrydses de relevante variable i udviklingsskemaet og beskrives under 'Bemærkninger' på besøgsarket.'* I Novax' journalsystem kan der sættes kryds i alderssvarende, opmærksomhed eller indsats for hvert udviklingsområde. Kryds ved opmærksomhed eller indsats omtales i rapporten som en bemærkning. Hver indikator beskrives i det tilhørende resultatafsnit. Bagerst i rapporten findes et bilag med en beskrivelse af alle rapportens variable inklusive socioøkonomiske og demografiske variable.

2.4.2 Psykiatriske diagnoser hos forældre

Forældre omfatter i denne rapport juridiske forældre, som er identificeret i befolkningsregisteret som mor eller far til barnet. I tilfælde, hvor forældre ikke kan identificeres, har vi anvendt oplysninger om mor og far fra det medicinske fødselsregister. Psykiatriske diagnoser hos forældre omfatter ICD-10 diagnosekoder, F00-F99 samt X60-X84 (diagnosekoder for tilsluttet selvskade, herunder selvmordsforsøg). Oplysninger om diagnoser er indhentet fra Landspatientregistret, som omfatter indberetninger på alle borgere i kontakt med hospitalsvæsenet, herunder udskrivningsdiagnoser, som er lægelige konklusioner på kliniske og diagnostiske undersøgelser (Dalsgaard et al., 2019; Pedersen et al., 2014). Aktionsdiagnoser (A-diagnoser) og bi-diagnoser (B-diagnoser) er inkluderet. De danske patientregistre dækker praktisk talt 100 % af befolkningen (Dalsgaard et al., 2019; Pedersen et al., 2014), og diagnoser for blandt andet autismespektrum-tilstande og ADHD har høj validitet (Lauritsen et al., 2010; Mohr-Jensen et al., 2016; Nissen et al., 2017). Rapporten omfatter ikke diagnoser, som er stillet uden for hospitalsvæsenet, eksempelvis hos privatpraktiserende speciallæger eller i udlandet. Psykiatriske diagnoser opgøres hos en eller begge forældre inden for de seneste fem år op til barnets fødsel. I Tabel A ses et overblik over inkluderede ICD-10 diagnoser samt forekomsten af disse blandt forældre til børn i studiepopulationen.

Tabel A. Oversigt over psykiatriske diagnoser i ICD-10 samt forekomst af børn med forældre, der er diagnosticeret med en psykiatrisk diagnose op til fem år før barnets fødsel (N=159.465)

Diagnosegruppe	ICD-10	Forekomst (%)
Mindst én psykiatrisk diagnose	F00-F99, X60-84	9,0
Skizofreni og psykotiske lidelser	F20-29	0,7
Mental retardering	F70-79	0,07
Specifikke udviklingsforstyrrelser	F80-83	0,04
Gennemgribende udviklingsforstyrrelser (autisme spektrum tilstande)	F84	0,1
Andre udviklingsforstyrrelser	F88-89	0,05
Hyperkinetiske forstyrrelser og opmærksomhedsforstyrrelser uden hyperaktivitet (ADHD/ADD)	F90, F98.8	0,7
Tics	F95	0,05
Misbrugsrelaterede lidelser	F10-19	2,3
Affektive lidelser	F30-39	2,8
Angst- og stress-relaterede lidelser	F40-48	4,8
Spiseforstyrrelser	F50, 98.2	0,5
Forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd	F60-69	1,4
Adfærd og emotionelle forstyrrelser opstået i barndommen	F91-93, 98.0-98.6 (ekskl. 98.2)	0,06
Selvskade og selvmordsforsøg	X60-84	0,2
Sociale funktionsforstyrrelser i barndom og ungdom	F94	0,02
Andre	F00-09, F51-59, F99	0,8

2.5 Statistiske analyser

Analyserne i rapporten består af tre trin. I *første trin* beskrives studiepopulationen ved hjælp af deskriptiv fremstilling af data (Tabel 2). I *andet trin* foretages en analyse af sammenhængen mellem at have mindst én forælder med mindst én psykiatrisk diagnose og sandsynligheden for bemærkninger fra sundhedsplejersken i forhold til sundhed, udvikling og trivsel hos barnet i dets første leveår. I *tredje trin* undersøges betydningen af, om det er mor, far eller begge forældre, der har mindst én psykiatrisk diagnose, for barnets sundhed, udvikling og trivsel i dets første leveår.

Resultaterne for *andet* og *tredje trin* formidles som både rå og justerede odds ratio-værdier (OR). OR angiver, om forekomsten i en gruppe ligger over eller under forekomsten i en anden gruppe, der benævnes referencegruppen. Referencegruppen udgør børn, hvis forældre ikke har været diagnosticeret med mindst én psykiatrisk diagnose op til fem år før barnets fødsel. Værdien 1 svarer til forekomsten i referencegruppen, og hvis OR er højere end 1, betyder det, at forekomsten er højere i den undersøgte gruppe end i referencegruppen og vice versa. Sikkerhedsintervallet viser, om OR er statistisk signifikant højere eller lavere end 1. Hvis sikkerhedsintervallet rummer værdien 1, er OR-værdien ikke statistisk signifikant forskellig fra referencegruppen. I disse analyser anvendes der et signifikansniveau på 5 %. Hvis OR-værdien er statistisk signifikant forskellig fra referencegruppen, markeres dette ved, at resultatet angives med fed. I de justerede analyser kontrolleres for andre faktorer, der kan påvirke en eventuel sammenhæng via multivariate logistiske regressionsanalyser. De inkluderede faktorer i de justerede analyser er: forældres herkomst, mors og fars alder ved fødslen samt barnets fødselsår.

2.6 Datasikkerhed

Syddansk Universitet er dataansvarlig myndighed for databehandlingen. Data behandles fortroligt og anvendes udelukkende til forskning og statistiske formål. Det er således udelukkende udvalgte forskere, som har adgang til data, og formidlingen af resultaterne sker således, at det ikke er muligt at identificere enkeltpersoner. Forskerne har i deres arbejde med data ikke adgang til direkte personhenførbare oplysninger, herunder CPR-nummer.

2.7 Karakteristika af studiepopulationen

Tabel B viser karakteristika af studiepopulationen opdelt efter, om forældrene ikke har eller har haft mindst én psykiatrisk diagnose i de seneste fem år op til barnets fødsel. I alt har 9,0 % af børnene mindst én forælder med én eller flere psykiatriske diagnoser inden for de seneste fem år op til barnets fødsel ud af en studiepopulation på 159.465 børn i de 26 inkluderede kommuner i Region Hovedstaden.

Kønsfordelingen af børnene er tilnærmelsesvis ens, idet pigerne udgør 48,6 % og 48,1 % i de to grupper. For gestationsalder er andelen af børn født før uge 37 henholdsvis 5,9 % blandt børn af forældre uden en psykiatrisk diagnose og 6,9 % blandt børn, der har forældre med mindst én psykiatrisk diagnose. Fødselsvægten fordeler sig med 4,6 % og 4,9 % under 2.500 gram samt 16,5 % og 14,5 % over 4.000 gram i de to grupper. Andelen af børn, der bor med to forældre, er 92,0 % blandt børn af forældre uden en psykiatrisk diagnose og 85,4 % blandt børn, der har forældre med mindst én psykiatrisk diagnose.

Andelen af børn, hvor mors alder var under 25 år ved fødslen, er 8,2 % blandt børn af forældre uden en psykiatrisk diagnose og 17,6 % blandt børn af forældre, der har mindst én psykiatrisk diagnose. Andelen af børn, hvis far var under 25 år ved fødslen, er henholdsvis 3,7 % og 9,3 % i de to grupper.

For forældrenes herkomst ses, at andelen, hvor begge forældre har dansk herkomst, er 65,6 % blandt forældre uden en psykiatrisk diagnose og 70,2 % i gruppen, hvor forældrene har mindst én psykiatrisk diagnose. Andelen hvor én forælder har dansk herkomst, og én er indvandrer eller efterkommer, udgør henholdsvis 12,8 % og 13,6 %, mens andelen, hvor begge forældre er indvandrere eller efterkommere, er henholdsvis 21,6 % og 16,2 % i de to grupper.

Blandt forældre uden en psykiatrisk diagnose har 41,3 % en lang videregående uddannelse, mens 5,4 % har grundskole som længste uddannelsesniveau. Tilsvarende procenter er 24,8 % og 13,2 % i gruppen, hvor forældrene har mindst én psykiatrisk diagnose. Andelen, hvor begge forældre er i beskæftigelse, er 82,0 % i gruppen uden en psykiatrisk diagnose samt 67,9 % i gruppen, hvor forældrene har mindst én psykiatrisk diagnose.

Overordnet set adskiller børn, der har forældre med mindst én psykiatrisk diagnose sig ikke fra børn med forældre uden en diagnose i forhold til kønsfordelingen og fødselsfaktorer relateret til barnet. Blandt gruppen af børn, hvor forældrene har mindst én psykiatrisk diagnose, har en større andel forældre, der var under 25 år ved barnets fødsel, forældre med kortere uddannelsesniveau og uden for beskæftigelse, og en større andel bor med én forælder.

Tabel B. Karakteristika af studiepopulationen, fordelt efter om barnet har forældre, der har haft mindst én psykiatrisk diagnose inden for fem år før barnets fødsel (N=159.465)

	Forældre har ikke en psykiatrisk diagnose (n = 145.182)	Forældre har mindst én psykiatrisk diagnose (n = 14.283)
	%	%
Andel af børn	91,0	9,0
Barnets køn		
Pige	48,6	48,1
Dreng	51,4	51,9
Tidlig fødsel		
< uge 37	5,9	6,9
≥ uge 37	94,2	93,1
Fødselsvægt (N=157.494)		
< 2.500 gram	4,6	4,9
2.500-3.999 gram	78,9	80,6
≥ 4.000 gram	16,5	14,5
Familietype		
Bor med to forældre/stedforældre	92,0	85,4
Bor ikke med to forældre	8,0	14,6
Mors alder ved fødslen		
< 25 år	8,2	17,6
≥ 25 år	91,8	82,4
Fars alder ved fødslen		
< 25 år	3,7	9,3
≥ 25 år	96,3	90,7
Forældrenes herkomst		
Forældre med dansk herkomst	65,6	70,2
Én forælder dansk herkomst og én forælder indvandrer eller efterkommer	12,8	13,6
Forældre indvandrere eller efterkommere	21,6	16,2
Forældrenes uddannelsesniveau		
Lang videregående	41,3	24,8
Kort eller mellemlang videregående	28,8	26,8
Almen- eller erhvervsgymnasial	6,4	7,8
Erhvervsfaglig uddannelse	18,1	27,4
Grundskole	5,4	13,2
Forældrenes beskæftigelsesstatus		
Begge forældre i beskæftigelse	82,0	67,9
Én forælder i beskæftigelse og én ikke i beskæftigelse	15,6	25,4
Begge forældre ikke i beskæftigelse	2,4	7,7

Note. Andelen af manglende besvarelser varierer mellem 0-2,3 % for hver variabel i tabellen.

3 Resultater

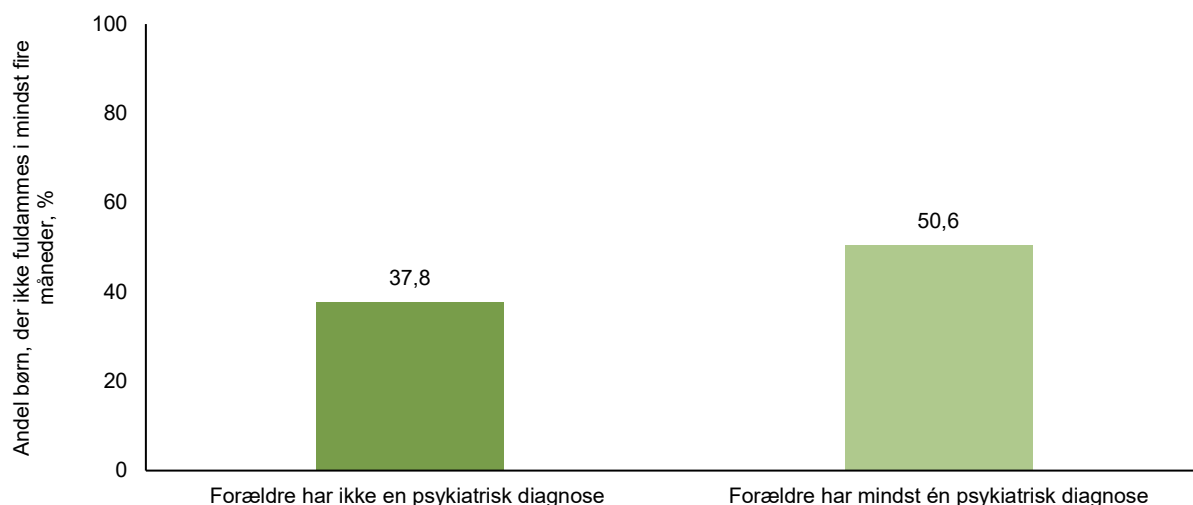
I dette afsnit præsenteres analyser af forekomsten af bemærkninger fra sundhedsplejersken til sundhed, udvikling og trivsel i det første leveår hos børn af forældre med psykiatriske diagnoser sammenlignet med børn, der ikke har forældre med en psykiatrisk diagnose. Ydermere undersøges betydningen af, om det er mor, far eller begge forældre, der har mindst én psykiatrisk diagnose. Antallet af børn i de enkelte analyser varierer, hvilket skyldes, at der for visse indikatorer ikke er oplysninger fra begge journalsystemer eller for alle fødselsårgange. Antal børn, der indgår i analyserne, fremgår i figurer og tabeller.

3.1 Amning i mindst fire måneder

Sundhedsstyrelsen anbefaler fuldamping, til barnet er omkring seks måneder, og overgangskost bør tidligst introduceres, fra barnet er fire måneder (Sundhedsstyrelsen, 2023). I dette afsnit har vi fokus på børn, som ikke fuldammes i mindst fire måneder. Ved fuldamping forstås, jf. Sundhedsstyrelsens definition, at barnet ernæres udelukkende af modermælk efter udskrivelsen fra hospitalet. Herved forstås i Danmark, at der ud over moderens mælk kan tillades supplement med vand og lignende og/eller maksimalt ét måltid med modermælkserstatning om ugen (Sundhedsstyrelsen, 2023). Fuldamping registreres i Solteq Sund-journalen ved, at sundhedsplejersken noterer fuldamping i måneder og uger. I NOVAX-journalen registrerer sundhedsplejersken en start- og slutdato for fuldamping, og analyserne af amning inkluderer derfor kun børn, der har en slutdato for fuldamping. Det betyder, at børn, hvor der ikke er noteret en slutdato, eksempelvis fordi de ikke har haft et besøg efter endt amning, ikke inkluderes i analyserne, hvilket kan medføre en undervurdering i andelen af børn, der ammes fuldt i mindst fire måneder.

Figur 1 viser andelen af børn, der ikke fuldammes i mindst fire måneder, opdelt på, om forældrene har haft mindst én psykiatrisk diagnose. Blandt børn, hvis forældre ikke har en psykiatrisk diagnose, er der 37,8 % af børnene, der ikke fuldammes i mindst fire måneder. Denne andel er 50,6 % for børn, hvor forældrene har mindst én psykiatrisk diagnose.

Figur 1. Andel børn, der ikke fuldammes i mindst fire måneder, fordelt efter om forældrene har haft mindst én psykiatrisk diagnose inden for fem år op til barnets fødsel (N=120.593)



Tabel 1 understøtter ovenstående fund og viser sammenhængene belyst med odds ratio (OR) mellem at have forældre med mindst én psykiatrisk diagnose og sandsynligheden for, at barnet ikke fuldammes i mindst fire måneder. For gruppen af børn, hvor forældrene har mindst én psykiatrisk diagnose, er OR 1,7 i forhold til børn af forældre uden en psykiatrisk diagnose. Når vi tager højde for andre forhold, såsom forældrenes alder, forbliver OR uændret. Resultaterne peger således på en højere sandsynlighed for, at barnet ikke fuldammes i mindst fire måneder, når forældrene har mindst én psykiatrisk diagnose.

Tabel 1. Odds ratio (OR) for, at barnet ikke fuldammes i mindst fire måneder, fordelt efter om forældrene har haft mindst én psykiatrisk diagnose inden for fem år op til barnets fødsel (N=120.593)

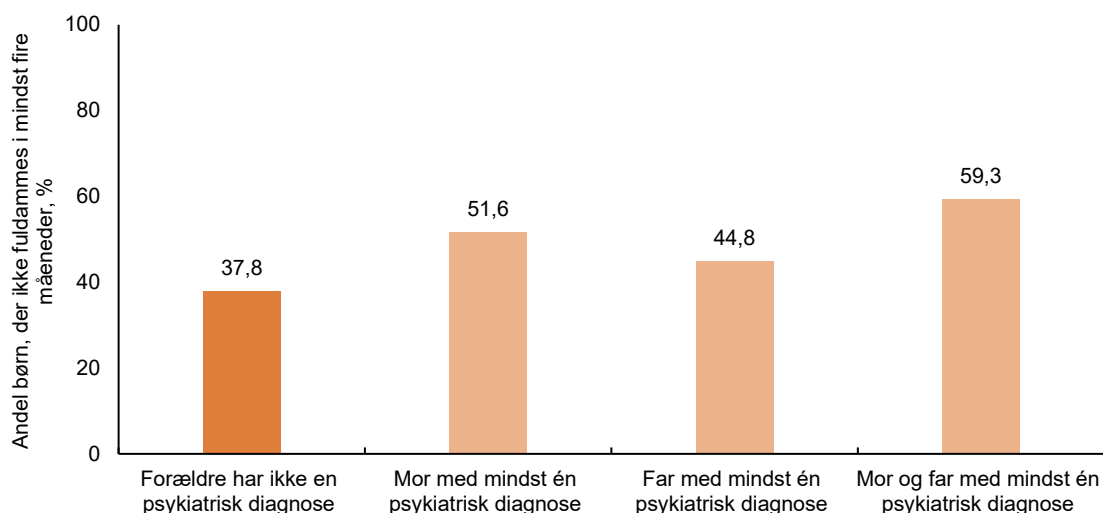
	Andel børn, der ikke fuldammes i mindst fire måneder		OR for, at barnet ikke fuldammes i mindst fire måneder	Justeret OR for, at barnet ikke ammes fuldt i mindst fire måneder
	%	(n)	OR (95 % CI)	Justeret OR (95 % CI) ^a
Psykiatrisk diagnose hos forældre				
Forældre har ikke en psykiatrisk diagnose	37,8	41.390	1 (ref.)	1 (ref.)
Forældre har mindst én psykiatrisk diagnose	50,6	5.571	1,7 (1,6-1,8)	1,7 (1,6-1,7)

^a Justeret for forældrenes herkomst, mors og fars alder ved fødslen samt barnets fødselsår.

Note. Tal markeret med **fød** angiver statistisk signifikans ($p < 0,05$).

Figur 2 viser andelen af børn, der ikke fuldammes i mindst fire måneder, opdelt efter om barnets mor, far eller begge forældre har mindst én psykiatrisk diagnose. Blandt børn, som har en mor med mindst én psykiatrisk diagnose, er andelen, der ikke fuldammes i mindst fire måneder, 51,6 %, mens den er 44,8 % blandt børn, som har en far med mindst én psykiatrisk diagnose. Den højeste andel af børn, der ikke fuldammes, ses blandt børn, som har både en mor og en far, der har mindst én psykiatrisk diagnose, hvor andelen udgør 59,3 %.

Figur 2. Andel børn, der ikke fuldammes i mindst fire måneder, fordelt efter om forældrene ikke har, kun mor har, kun far har eller begge forældre har haft mindst én psykiatrisk diagnose inden for fem år op til barnets fødsel (N=120.593)



Tabel 2 viser sammenhængene belyst med odds ratio (OR) for, hvorvidt barnet ikke fuldammes i mindst fire måneder, fordelt efter om mor, far eller begge forældre har mindst én psykiatrisk diagnose. Resultaterne indikerer en øget sandsynlighed for, at barnet ikke fuldammes i mindst fire måneder, når én eller begge forældre har mindst én psykiatrisk diagnose, hvor denne sandsynlighed er størst, når begge forældre har mindst én diagnose.

Tabel 2. Odds ratio (OR) for, at barnet ikke fuldammes i mindst fire måneder, fordelt efter om forældrene ikke har, kun mor har, kun far har eller begge forældre har haft mindst én psykiatrisk diagnose inden for fem år op til barnets fødsel (N=120.593)

	Andel børn, der ikke fuldammes i mindst fire måneder		OR for, at barnet ikke fuldammes i mindst fire måneder	Justeret OR for, at barnet ikke fuldammes i mindst fire måneder
	%	(n)	OR (95 % CI)	Justeret OR (95 % CI) ^a
Psykiatrisk diagnose hos forældre				
Forældre har ikke en psykiatrisk diagnose	37,8	41.521	1 (ref.)	1 (ref.)
Mor med mindst én psykiatrisk diagnose	51,6	3.642	1,8 (1,7-1,8)	1,8 (1,7-1,8)
Far med mindst én psykiatrisk diagnose	44,8	1.312	1,3 (1,2-1,4)	1,3 (1,2-1,4)
Mor og far med mindst én psykiatrisk diagnose	59,3	486	2,4 (2,1-2,8)	2,3 (2,0-2,7)

^a Justeret for forældrenes herkomst, mors og fars alder ved fødslen samt barnets fødselsår.

Note. Tal markeret med **fed** angiver statistisk signifikans ($p < 0,05$).

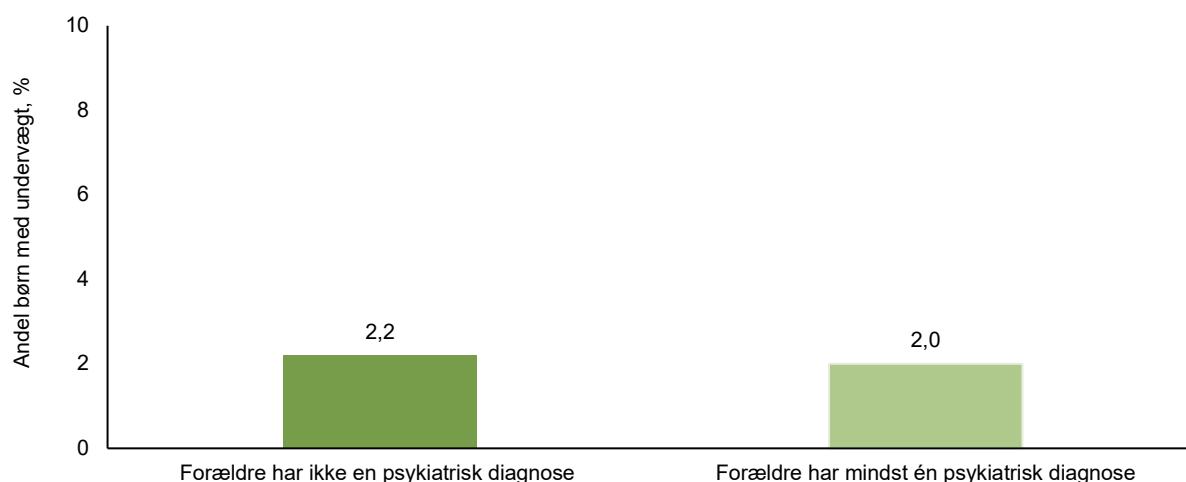
3.2 Vækst ved seks- til timånedersalderen

Sundhedsstyrelsen anbefaler at bruge WHO-vækstreferencer til monitorering af vægt blandt små børn (Sundhedsstyrelsen, 2015), og disse vil derfor blive anvendt i denne rapport. Sundhedsplejersken vejer og måler barnet ved minimum fire hjemmebesøg i barnets første leveår, og på baggrund af dette kan barnets vækst sammenlignes med WHO's standardkurve for vækst blandt raske børn (WHO Multicentre Growth Reference Study Group, 2006). Med udgangspunkt i barnets afvigelse fra denne standardkurve (z-score) kan barnets vækst inddeles i fem grupper: undervægt (z-score på mindre end -2), normalvægt (z-score mellem -2 og +1), i risiko for overvægt (z-score mellem +1 og +2), overvægt (z-score mellem +2 og +3) og svær overvægt (z-score på over +3).

Undervægt

Undervægt defineres som z-score mindre end -2 jf. WHO's standardkurve for vækst blandt raske børn (WHO Multicentre Growth Reference Study Group, 2006). Figur 3 viser andelen af børn med undervægt ved seks- til timånedersalderen opdelt efter, om forældrene har mindst én psykiatrisk diagnose. Blandt børn, hvis forældre ikke har en psykiatrisk diagnose, er der 2,2 % af børnene, der har undervægt. Denne andel er 2,0 % for børn, hvor forældrene har mindst én psykiatrisk diagnose.

Figur 3. Andel børn med undervægt ved seks- til timånedersalderen, fordelt efter om forældrene har haft mindst én psykiatrisk diagnose inden for fem år op til barnets fødsel (N=134.491)



Tabel 3 viser sammenhænge belyst med odds ratio (OR) mellem at have forældre med mindst én psykiatrisk diagnose og sandsynligheden for undervægt hos barnet i seks- til timånedersalderen. For gruppen af børn, hvor forældrene har mindst én psykiatrisk diagnose, er OR 0,9 i forhold til børn af forældre uden en psykiatrisk diagnose. Når vi tager højde for andre forhold, såsom forældrenes alder, ændres OR ikke væsentligt. Resultaterne peger således på, at der ikke er en statistisk signifikant sammenhæng mellem at have forældre med mindst én psykiatrisk diagnose og undervægt hos barnet.

Tabel 3. Odds ratio (OR) for undervægt ved seks- til timånedersalderen, fordelt efter om forældrene har haft mindst én psykiatrisk diagnose inden for fem år op til barnets fødsel (N=134.491)

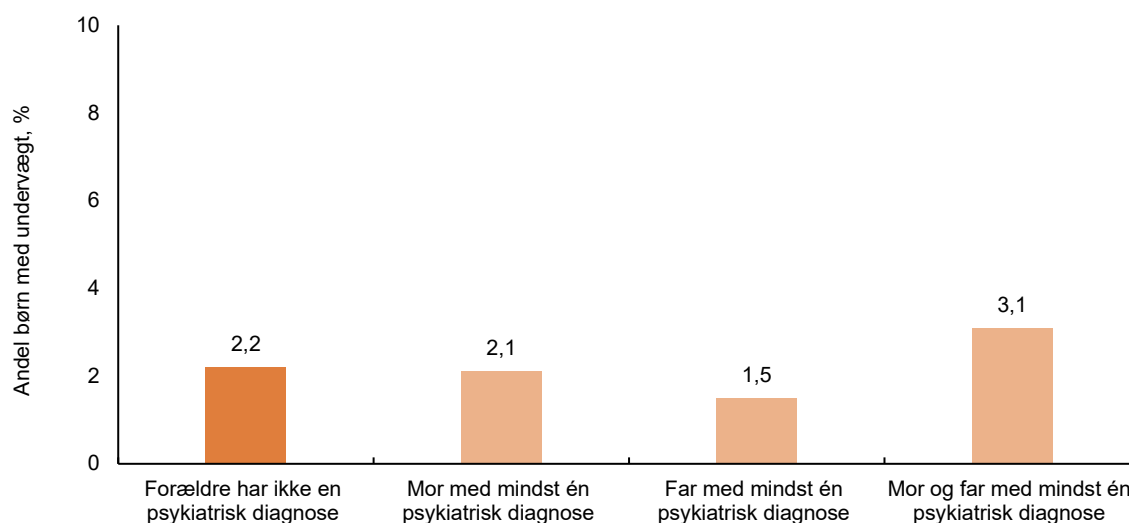
	Andel børn med undervægt		OR for undervægt	Justeret OR for undervægt
	%	(n)	OR (95 % CI)	Justeret OR (95 % CI) ^a
Psykiatrisk diagnose hos forældre				
Forældre har ikke en psykiatrisk diagnose	2,2	2.632	1 (ref.)	1 (ref.)
Forældre har mindst én psykiatrisk diagnose	2,0	249	0,9 (0,8-1,1)	1,0 (0,9-1,2)

^a Justeret for: forældrenes herkomst, mors og fars alder ved fødslen og barnets fødselsår.

Note. Tal markeret med **fed** angiver statistisk signifikans ($p < 0,05$).

Figur 4 viser andelen af børn med undervægt ved seks- til timånedersalderen, fordelt efter om barnets mor, far eller begge forældre har mindst én psykiatrisk diagnose. Blandt børn, som har en mor med mindst én psykiatrisk diagnose, er andelen med undervægt 2,1 %, mens den er 1,5 % blandt børn, som har en far med mindst én psykiatrisk diagnose. Den højeste andel med undervægt er blandt børn, som har både en mor og en far, der har mindst én psykiatrisk diagnose, hvor andelen er 3,1 %.

Figur 4. Andel børn med undervægt ved seks- til timånedersalderen, fordelt efter om forældrene ikke har, kun mor har, kun far har eller begge forældre har haft mindst én psykiatrisk diagnose inden for fem år op til barnets fødsel (N=134.491)



Tabel 4 viser sammenhængene belyst med odds ratio (OR) for undervægt ved seks- til timånedersalderen, fordelt på om mor, far eller begge forældre har mindst én psykiatrisk diagnose. Resultaterne peger overordnet set på, at der ikke er en sammenhæng mellem forældres psykiatriske diagnoser og undervægt hos barnet i seks- til timånedersalderen, med undtagelse af, hvor begge forældre har mindst én diagnose, hvor OR bliver statistisk signifikant, når der tages højde for andre forklarende faktorer.

Tabel 4. Odds ratio (OR) for undervægt ved seks- til timånedersalderen, fordelt efter om forældrene ikke har, kun mor har, kun far har eller begge forældre har haft mindst én psykiatrisk diagnose inden for fem år op til barnets fødsel (N=134.491)

	Andel børn med undervægt		OR for undervægt	Justeret OR for undervægt
	%	(n)	OR (95 % CI)	Justeret OR (95 % CI) ^a
Psykiatrisk diagnose hos forældre				
Forældre har ikke en psykiatrisk diagnose	2,2	2.637	1 (ref.)	1 (ref.)
Mor med mindst én psykiatrisk diagnose	2,1	167	1,0 (0,8-1,2)	1,1 (0,9-1,3)
Far med mindst én psykiatrisk diagnose	1,5	49	0,7 (0,5-0,9)	0,7 (0,5-1,0)
Mor og far med mindst én psykiatrisk diagnose	3,1	28	1,4 (1,0-2,1)	1,7 (1,1-2,4)

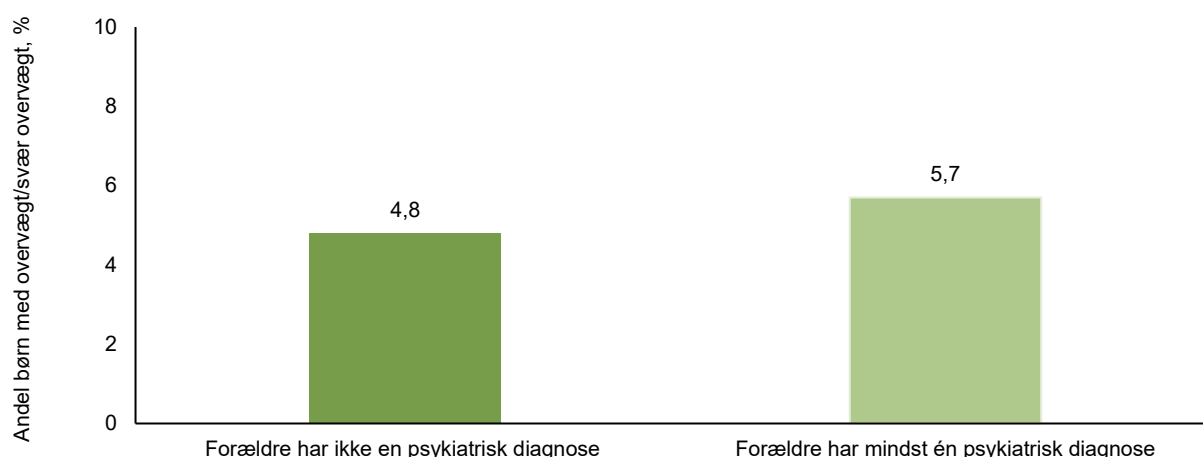
^a Justeret for forældrenes herkomst, mors og fars alder ved fødslen samt barnets fødselsår.

Note. Tal markeret med **fed** angiver statistisk signifikans ($p < 0,05$).

Overvægt

Overvægt defineres som z-score mellem +2 og +3, og svær overvægt defineres som z-score over +3, jf. WHO's standardkurve for vækst blandt raske børn (WHO Multicentre Growth Reference Study Group, 2006). Figur 5 viser andelen af børn med overvægt ved seks- til timånedersalderen opdelt efter, om forældrene har mindst én psykiatrisk diagnose. Blandt børn, hvis forældre ikke har mindst én psykiatrisk diagnose, har 4,8 % overvægt/svær overvægt. Denne andel er 5,7 % for børn, hvor forældrene har mindst én psykiatrisk diagnose.

Figur 5. Andel børn med overvægt/svær overvægt ved seks- til timånedersalderen, fordelt efter om forældrene har haft mindst én psykiatrisk diagnose inden for fem år op til barnets fødsel (N=134.491)



Tabel 5 viser sammenhængene belyst med odds ratio (OR) mellem at have forældre med mindst én psykiatrisk diagnose og sandsynligheden for overvægt hos barnet i seks- til timånedersalderen. For gruppen af børn, hvor forældrene har mindst én psykiatrisk diagnose, er OR 1,2 i forhold til børn af forældre uden en psykiatrisk diagnose. Når vi tager højde for andre forhold, såsom forældrenes alder, ændres OR ikke væsentligt. Resultaterne peger på, at der er en lidt, men statistisk signifikant, forøget sandsynlighed for overvægt hos børn af forældre med mindst én psykiatrisk diagnose.

Tabel 5. Odds ratio (OR) overvægt/svær overvægt ved seks- til timånedersalderen, fordelt efter om forældrene har haft mindst én psykiatrisk diagnose inden for fem år op til barnets fødsel (N=134.491)

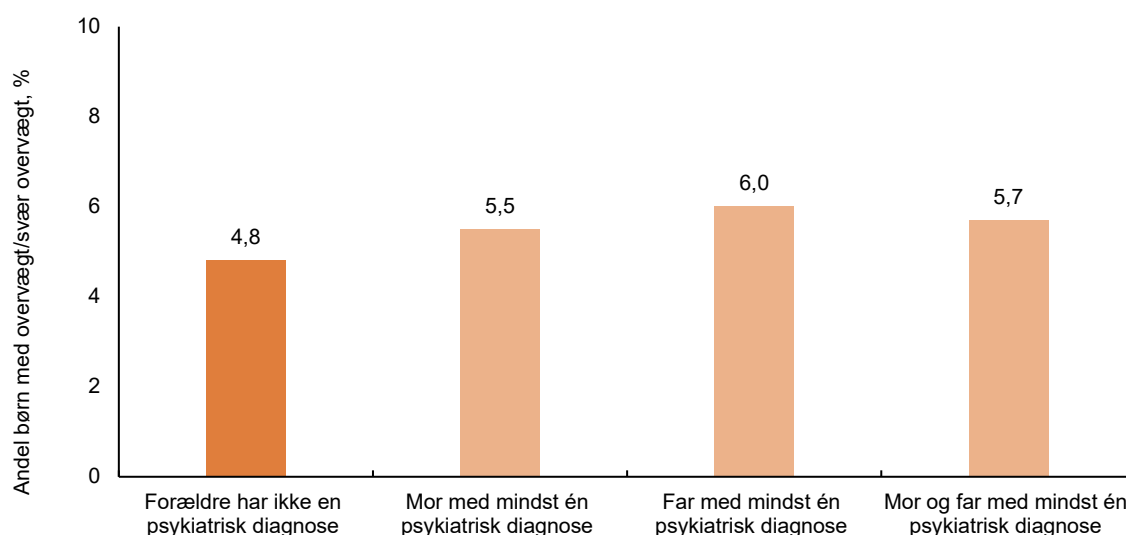
	Andel børn med overvægt/svær overvægt		OR for overvægt/svær overvægt	Justeret OR for overvægt/svær overvægt
	%	(n)	OR (95 % CI)	Justeret OR (95 % CI) ^a
Psykiatrisk diagnose hos forældre				
Forældre har ikke en psykiatrisk diagnose	4,8	5.813	1 (ref.)	1 (ref.)
Forældre har mindst én psykiatrisk diagnose	5,7	697	1,2 (1,1-1,3)	1,1 (1,1-1,2)

^a Justeret for forældrenes herkomst, mors og fars alder ved fødslen samt barnets fødselsår.

Note. Tal markeret med **fed** angiver statistisk signifikans ($p < 0,05$).

Figur 6 viser andelen af børn med overvægt ved seks- til timånedersalderen, fordelt efter om barnets mor, far eller begge forældre har mindst én psykiatrisk diagnose. Blandt børn, som har en mor med mindst én psykiatrisk diagnose, er andelen med overvægt 5,5 %, og hvor både mor og far har mindst én psykiatrisk diagnose, er andelen 5,7 %. Den højeste andel med overvægt ses blandt børn, som har en far, der har mindst én psykiatrisk diagnose, hvor andelen er 6,0 %.

Figur 6. Andelen af børn med overvægt/svær overvægt ved seks- til timånedersalderen, fordelt efter om forældrene ikke har, kun mor har, kun far har eller begge forældre har haft mindst én psykiatrisk diagnose inden for fem år op til barnets fødsel (N=134.491)



Tabel 6 viser sammenhængene belyst med odds ratio (OR) for overvægt ved seks- til timånedersalderen efter, om mor, far eller begge forældre har mindst én psykiatrisk diagnose. Resultaterne indikerer en let øget sandsynlighed for overvægt, når far har mindst én psykiatrisk diagnose, mens der ikke ses en forøget sandsynlighed, hvis kun mor eller hvis begge forældre har mindst én psykiatrisk diagnose.

Tabel 6. Odds ratio (OR) for overvægt/svær overvægt ved seks- til timånedersalderen, fordelt efter om forældrene ikke har, kun mor har, kun far har eller begge forældre har haft mindst én psykiatrisk diagnose inden for fem år op til barnets fødsel (N=134.491)

	Andel børn med overvægt/svær overvægt		OR for overvægt/svær overvægt	Justeret OR for overvægt/svær overvægt
	%	(n)	OR (95 % CI)	Justeret OR (95 % CI) ^a
Psykiatrisk diagnose				
Forældre har ikke en psykiatrisk diagnose	4,8	5.827	1 (ref.)	1 (ref.)
Mor med mindst én psykiatrisk diagnose	5,5	436	1,2 (1,1-1,3)	1,1 (1,0-1,2)
Far med mindst én psykiatrisk diagnose	6,0	195	1,3 (1,1-1,5)	1,2 (1,1-1,4)
Mor og far med mindst én psykiatrisk diagnose	5,7	52	1,2 (0,9-1,6)	1,1 (0,8-1,5)

^a Justeret for forældrenes herkomst, mors og fars alder ved fødslen samt barnets fødselsår.

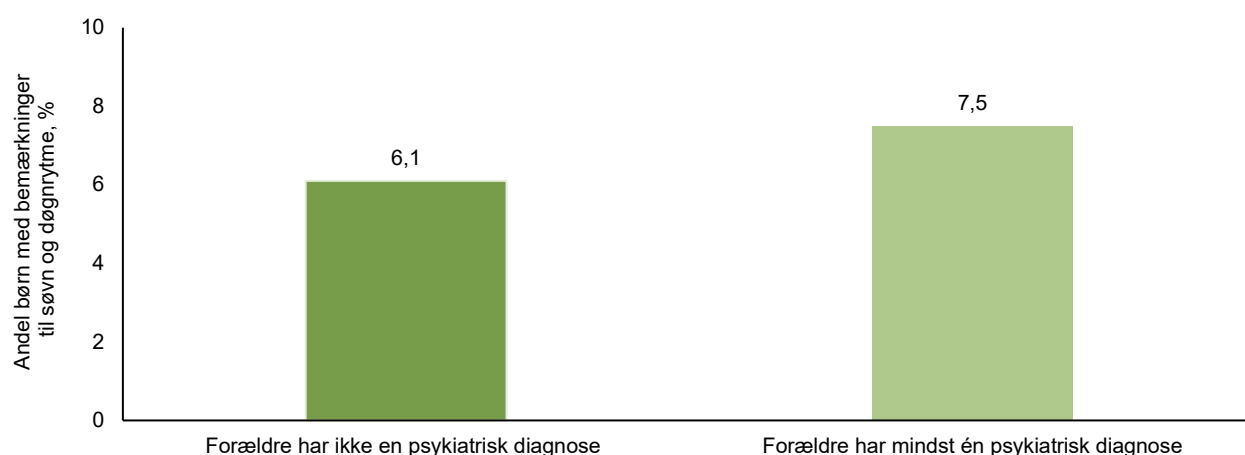
Note. Tal markeret med **fed** angiver statistisk signifikans ($p < 0,05$).

3.3 Bemærkning til søvn og døgnrytme ved otte- til timånedersalderen

Sundhedsplejersken vurderer barnets søvn mønster og døgnrytme ved fire hjemmebesøg i barnets første leveår. En bemærkning rummer, at barnet har et søvn mønster eller en døgnrytme, der giver anledning til problemer, eller at barnet ikke har en begyndende døgnrytme fra fire månedersalderen.

Figur 7 viser andelen af børn med bemærkninger til søvn og døgnrytme ved otte- til timånedersalderen opdelt efter, om forældrene har mindst én psykiatrisk diagnose. Blandt børn, hvis forældre ikke har en psykiatrisk diagnose, ses bemærkninger til søvn i 6,1 % af tilfældene. Denne andel er 7,5 % for børn, hvor forældrene har mindst én psykiatrisk diagnose.

Figur 7. Andel børn med bemærkninger til søvn og døgnrytme ved otte- til timånedersalderen, fordelt efter om forældrene har haft mindst én psykiatrisk diagnose inden for fem år op til barnets fødsel (N=123.575)



Tabel 7 viser sammenhænge belyst med odds ratio (OR) mellem at have forældre med mindst én psykiatrisk diagnose og sandsynligheden for bemærkninger til søvn og døgnrytme ved otte- til timånedersalderen. For gruppen af børn, hvor forældrene har mindst én psykiatrisk diagnose, er OR 1,2 i forhold til børn af forældre uden en psykiatrisk diagnose. Når vi tager højde for andre forhold, såsom forældrenes alder, forbliver OR stort set uændret. Resultaterne peger således på en lidt forhøjet sandsynlighed for bemærkninger til søvn og døgnrytme hos børn af forældre med mindst én psykiatrisk diagnose.

Tabel 7. Odds ratio (OR) for bemærkninger til søvn og døgnrytme ved otte- til timånedersalderen, fordelt efter om forældrene har haft mindst én psykiatrisk diagnose inden for fem år op til barnets fødsel (N=123.575)

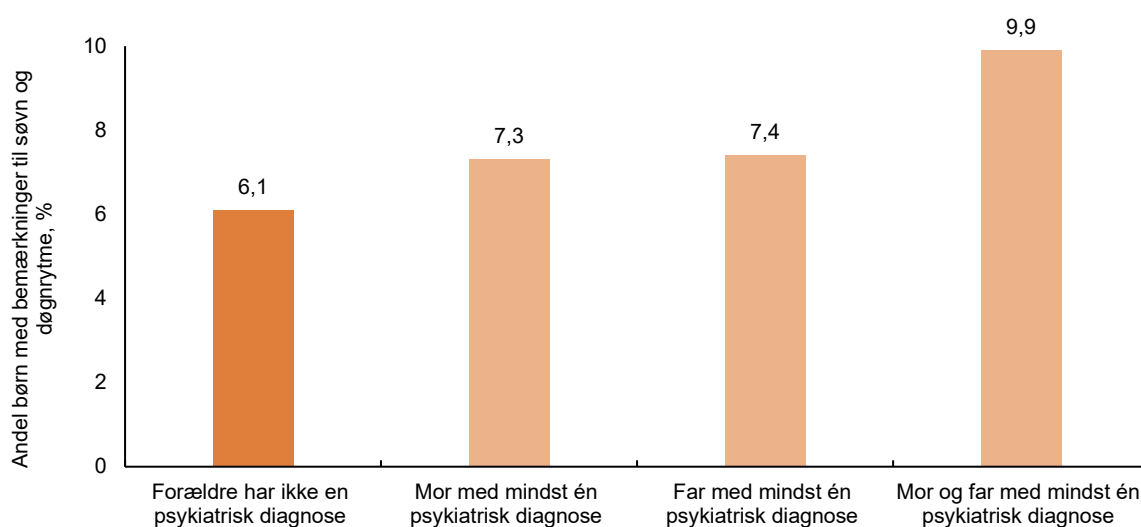
	Andel børn med bemærkninger til søvn og døgnrytme		OR for bemærkninger til søvn og døgnrytme	Justeret OR for bemærkninger til søvn og døgnrytme
	%	(n)	OR (95 % CI)	Justeret OR (95 % CI) ^a
Psykiatrisk diagnose hos forældre				
Forældre har ikke en psykiatrisk diagnose	6,1	6.870	1 (ref.)	1 (ref.)
Forældre har mindst én psykiatrisk diagnose	7,5	810	1,2 (1,2-1,3)	1,3 (1,2-1,4)

^a Justeret for forældrenes herkomst, mors og fars alder ved fødslen samt barnets fødselsår.

Note. Tal markeret med **fed** angiver statistisk signifikans ($p < 0,05$).

Figur 8 viser andelen af børn med bemærkninger til søvn og døgnrytme ved otte- til timånedersalderen efter, om barnets mor, far eller begge forældre har mindst én psykiatrisk diagnose. Blandt børn, som har en mor med mindst én psykiatrisk diagnose, er andelen med bemærkninger til søvn og døgnrytme 7,3 %, mens den er 7,4 % blandt børn, som har en far med mindst én psykiatrisk diagnose. Den højeste andel af bemærkninger til søvn og døgnrytme er blandt børn, som har både en mor og en far, der har mindst én psykiatrisk diagnose, hvor andelen er 9,9 %.

Figur 8. Andel børn med bemærkninger til søvn og døgnrytme ved otte- til timånedersalderen, fordelt efter om forældrene ikke har, kun mor har, kun far har eller begge forældre har haft mindst én psykiatrisk diagnose inden for fem år op til barnets fødsel (N=123.575)



Tabel 8 viser sammenhængene belyst med odds ratio (OR) for bemærkninger til søvn og døgnrytme ved otte- til timånedersalderen efter, om mor, far eller begge forældre har mindst én psykiatrisk diagnose. Resultaterne indikerer en statistisk signifikant øget sandsynlighed for bemærkninger til søvn og døgnrytme, når mor, far eller når begge forældre har mindst én psykiatrisk diagnose.

Tabel 8. Odds ratio (OR) for bemærkninger til søvn og døgnrytme ved otte- til timånedersalderen, fordelt efter om forældrene ikke har, kun mor har, kun far har eller begge forældre har haft mindst én psykiatrisk diagnose inden for fem år op til barnets fødsel (N=123.575)

	Andel børn med bemærkninger til søvn og døgnrytme		OR for bemærkninger til søvn og døgnrytme	Justeret OR for bemærkninger til søvn og døgnrytme
	%	(n)	OR (95 % CI)	Justeret OR (95 % CI) ^a
Psykiatrisk diagnose hos forældre				
Forældre har ikke en psykiatrisk diagnose	6,1	6.883	1 (ref.)	1 (ref.)
Mor med mindst én psykiatrisk diagnose	7,3	501	1,2 (1,1-1,3)	1,3 (1,2-1,4)
Far med mindst én psykiatrisk diagnose	7,4	218	1,2 (1,1-1,4)	1,3 (1,1-1,5)
Mor og far med mindst én psykiatrisk diagnose	9,9	78	1,7 (1,3-2,1)	1,8 (1,4-2,2)

^a Justeret for forældrenes herkomst, mors og fars alder ved fødslen samt barnets fødselsår.

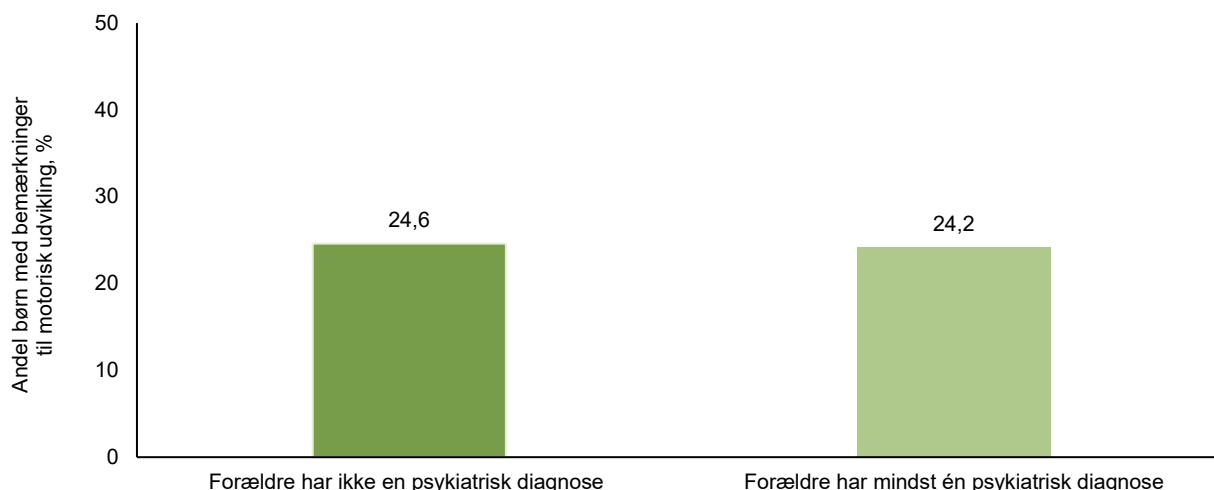
Note. Tal markeret med **fed** angiver statistisk signifikans ($p < 0,05$).

3.4 Bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen

Både i Solteq Sund- og NOVAX-journalsystemet registrerer sundhedsplejersken i et udviklingsskema i forbindelse med de fire hjemmebesøg, hvorvidt der er bemærkninger til barnets motoriske udvikling. En bemærkning dækker sædvanligvis over, at den motoriske udvikling ikke opfylder den forventelige udvikling i forhold til barnets alder. Registreringen af motorisk udvikling er ikke helt ens i de to journalsystemer. Derfor inkluderer vi i analyserne af barnets motoriske udvikling kun kommuner, der i perioden (2002-2022) har anvendt Solteq Sund-journalsystemet, da det er de kommuner, hvor vi har oplysninger længst tilbage i tiden.

Figur 9 viser andelen af børn med bemærkninger til barnets motoriske udvikling ved otte- til timånedersalderen opdelt på, om forældrene har mindst én psykiatrisk diagnose. Blandt børn, hvis forældre ikke har en psykiatrisk diagnose, ses bemærkninger til barnets motoriske udvikling i 24,6 % af tilfældene. Denne andel er 24,2 % for børn, hvor forældrene har mindst én psykiatrisk diagnose.

Figur 9. Andel børn med bemærkninger til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen, fordelt efter om forældrene har haft mindst én psykiatrisk diagnose inden for fem år op til barnets fødsel (N=69.931)



Tabel 9 viser sammenhængene belyst med odds ratio (OR) mellem at have forældre med mindst én psykiatrisk diagnose og sandsynligheden for bemærkninger til barnets motoriske udvikling ved otte-til timånedersalderen. For gruppen af børn, hvor forældrene har mindst én psykiatrisk diagnose, er OR 1,0 i forhold til børn af forældre uden en psykiatrisk diagnose. Når vi tager højde for andre forhold, såsom forældrenes alder, ændres OR ikke væsentligt. Resultaterne peger således på, at der ikke er en sammenhæng mellem at have forældre med mindst én psykiatrisk diagnose og bemærkninger til barnets motoriske udvikling.

Tabel 9. Odds ratio (OR) for bemærkninger til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen, fordelt efter om forældrene har haft mindst én psykiatrisk diagnose inden for fem år op til barnets fødsel (N=69.931)

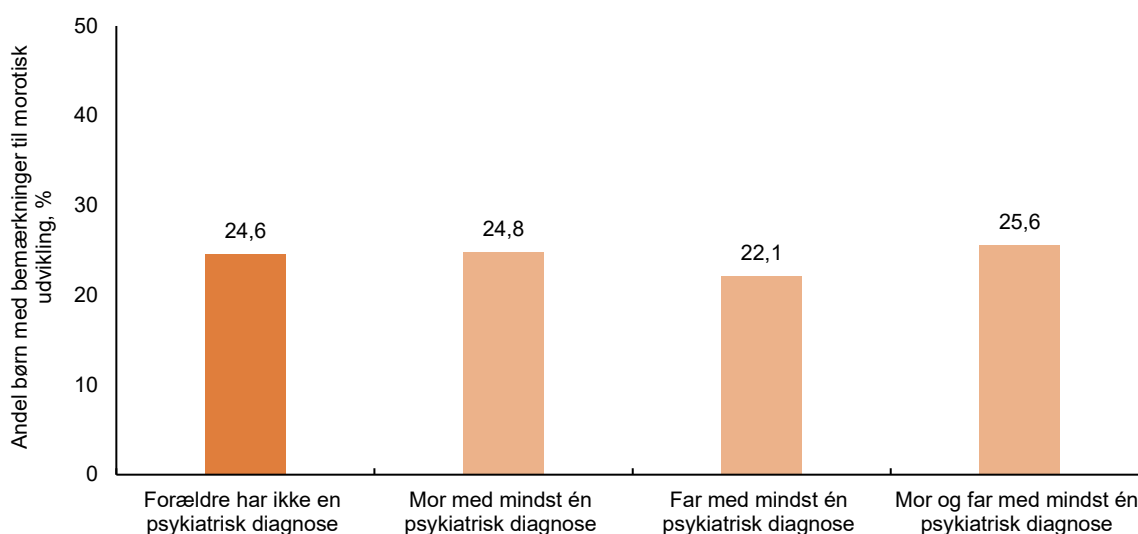
	Andel børn med bemærkninger til motorisk udvikling		OR for bemærkninger til motorisk udvikling	Justeret OR for bemærkninger til motorisk udvikling
	%	(n)	OR (95 % CI)	Justeret OR (95 % CI) ^a
Psykiatrisk diagnose hos forældre				
Forældre har ikke en psykiatrisk diagnose	24,6	15.735	1 (ref.)	1 (ref.)
Forældre har mindst én psykiatrisk diagnose	24,2	1.419	1,0 (0,9-1,0)	1,1 (1,0-1,1)

^a Justeret for forældrenes herkomst, mors og fars alder ved fødslen samt barnets fødselsår.

Note. Tal markeret med **fed** angiver statistisk signifikans ($p < 0,05$).

Figur 10 viser andelen af børn med bemærkninger til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen efter, om barnets mor, far eller begge forældre har en psykiatrisk diagnose. Blandt børn, som har en mor med mindst én psykiatrisk diagnose, er andelen med bemærkninger til motorisk udvikling 24,8 %, mens den er 22,1 % blandt børn, som har en far med mindst én psykiatrisk diagnose. Den højeste andel af bemærkninger til motorisk udvikling er blandt børn, som har både en mor og en far, der har mindst én psykiatrisk diagnose, hvor andelen er 25,6 %.

Figur 10. Andelen af børn med bemærkninger til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen, fordelt efter om forældrene ikke har, kun mor har, kun far har eller begge forældre har haft mindst én psykiatrisk diagnose inden for fem år op til barnets fødsel (N=69.931)



Tabel 10 viser sammenhænge belyst med odds ratio (OR) for bemærkninger til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen efter, om mor, far eller begge forældre har mindst én psykiatrisk diagnose. Resultaterne indikerer, at der ikke er en statistisk signifikant sammenhæng mellem at have forældre med mindst én psykiatrisk diagnose og bemærkninger til motorisk udvikling hos barnet i otte- til timånedersalderen.

Tabel 10. Odds ratio (OR) for bemærkninger til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen, fordelt efter om forældrene ikke har, kun mor har, kun far har eller begge forældre har haft mindst én psykiatrisk diagnose inden for fem år op til barnets fødsel (N=69.931)

	Andel børn med bemærkninger til motorisk udvikling		OR for bemærkninger til motorisk udvikling	Justeret OR for bemærkninger til motorisk udvikling
	%	(n)	OR (95 % CI)	Justeret OR (95 % CI) ^a
Psykiatrisk diagnose hos forældre				
Forældre har ikke en psykiatrisk diagnose	24,6	15.760	1 (ref.)	1 (ref.)
Mor med mindst én psykiatrisk diagnose	24,8	922	1,0 (0,9-1,1)	1,1 (1,0-1,2)
Far med mindst én psykiatrisk diagnose	22,0	360	0,9 (0,7-1,0)	0,9 (0,8-1,1)
Mor og far med mindst én psykiatrisk diagnose	25,6	112	1,1 (0,9-1,3)	1,2 (1,0-1,5)

^a Justeret for forældrenes herkomst, mors og fars alder ved fødslen samt barnets fødselsår.

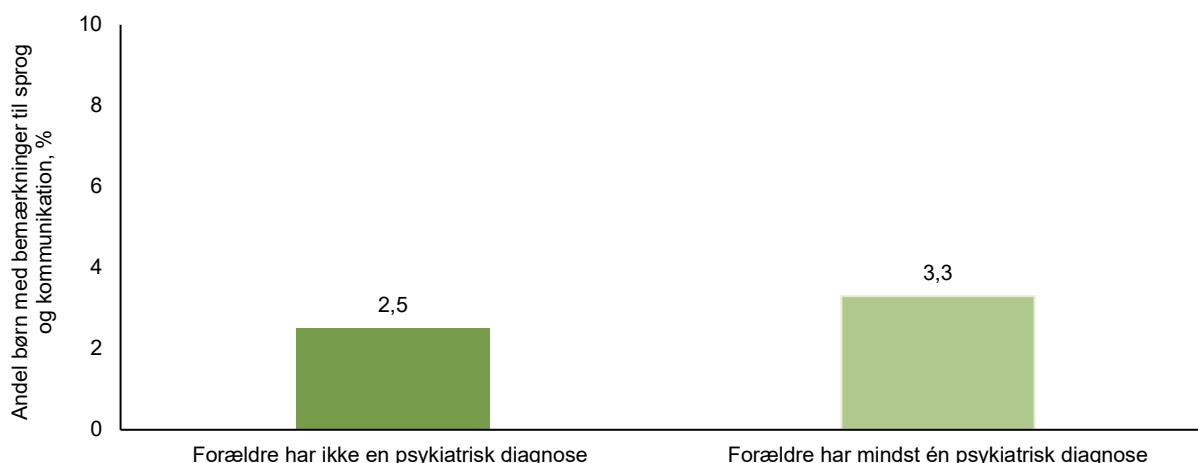
Note. Tal markeret med **fød** angiver statistisk signifikans ($p < 0,05$).

3.5 Bemærkning til sprog og kommunikation ved otte- til timånedersalderen

Sundhedsplejersken vurderer ved tre hjemmebesøg (B-, C- og D-besøg), om der er bemærkninger til barnets sprog og kommunikation. En bemærkning til sprog og kommunikation dækker over, at barnet ikke opfylder den forventelige sprog- og kommunikationsudvikling i forhold til alderstrinnet. Ved otte- til timånedersalderen forventes det, at barnet har sproglige udtryk som at pludre med variation, og at barnet kommunikerer sit humør ved at smile og le eller at udtrykke mishag/ubehag. Analyse af variabelen sprog og kommunikation viser en stor stigning i forekomsten af bemærkninger i 2008. Da det ikke er muligt at forklare årsagen til denne stigning, har vi valgt at ekskludere data fra 2008 i analyserne for sprog og kommunikation.

Figur 11 viser andelen af børn med bemærkninger til sprog og kommunikation ved otte- til timånedersalderen opdelt på, om forældrene har mindst én psykiatrisk diagnose. Blandt børn, hvis forældre ikke har en psykiatrisk diagnose, ses bemærkninger til sprog og kommunikation i 2,5 % af tilfældene. Denne andel er 3,4 % for børn, hvor forældrene har mindst én psykiatrisk diagnose.

Figur 11. Andel børn med bemærkninger til sprog og kommunikation ved otte- til timånedersalderen, fordelt efter om forældrene har haft mindst én psykiatrisk diagnose inden for fem år op til barnets fødsel (N=124.688)



Tabel 11 viser sammenhænge belyst med odds ratio (OR) mellem at have forældre med mindst én psykiatrisk diagnose og sandsynligheden for bemærkninger til sprog og kommunikation ved otte- til timånedersalderen. For gruppen af børn, hvor forældrene har mindst én psykiatrisk diagnose, er OR 1,3 i forhold til børn af forældre uden en psykiatrisk diagnose. Når vi tager højde for andre forhold, såsom forældrenes alder, forbliver OR uændret. Resultaterne peger således på forøget sandsynlighed for bemærkninger til sprog og kommunikation hos børn af forældre med mindst én psykiatrisk diagnose.

Tabel 11. Odds ratio (OR) for bemærkninger til sprog og kommunikation ved otte- til timånedersalderen, fordelt efter om forældrene har haft mindst én psykiatrisk diagnose inden for fem år op til barnets fødsel (N=124.688)

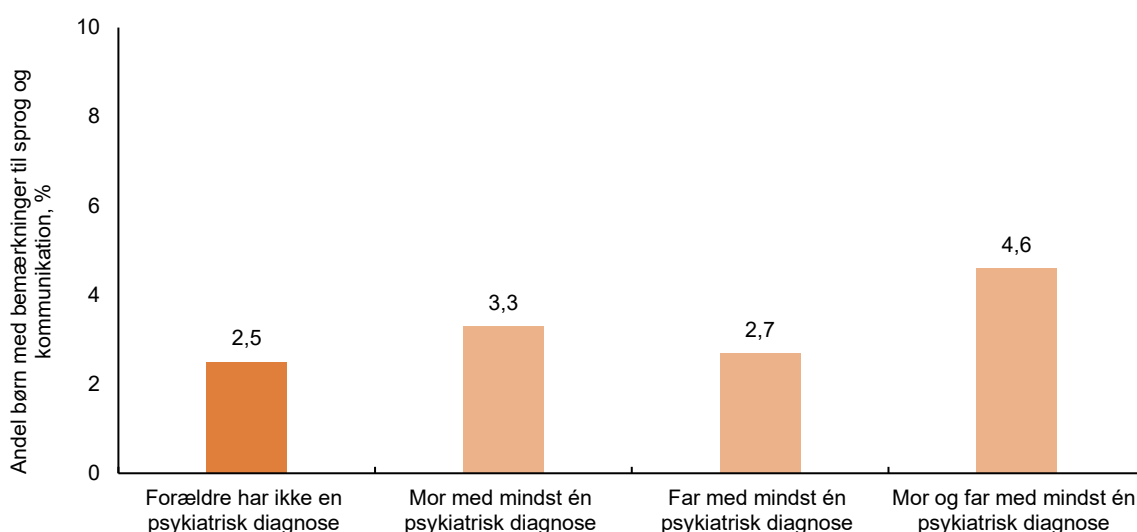
	Andel børn med bemærkninger til sprog og kommunikation		OR for bemærkninger til sprog og kommunikation	Justeret OR for bemærkninger til sprog og kommunikation
	%	(n)	OR (95 % CI)	Justeret OR (95 % CI) ^a
Psykiatrisk diagnose hos forældre				
Forældre har ikke en psykiatrisk diagnose	2,5	2.841	1 (ref.)	1 (ref.)
Forældre har mindst én psykiatrisk diagnose	3,3	361	1,3 (1,2-1,5)	1,3 (1,2-1,5)

^a Justeret for forældrenes herkomst, mors og fars alder ved fødslen samt barnets fødselsår.

Note. Tal markeret med **fød** angiver statistisk signifikans ($p < 0,05$).

Figur 12 viser andelen af børn med bemærkninger til sprog og kommunikation ved otte- til timånedersalderen efter, om barnets mor, far eller begge forældre har mindst én psykiatrisk diagnose. Blandt børn, som har en mor med mindst én psykiatrisk diagnose, er andelen med bemærkninger til sprog og kommunikation 3,3 %, mens den er 2,7 % blandt børn, som har en far med mindst én psykiatrisk diagnose. Den højeste andel af bemærkninger til sprog og kommunikation er blandt børn, som har både en mor og en far, der har mindst én psykiatrisk diagnose, hvor andelen er 4,6 %.

Figur 12. Andel børn med bemærkninger til sprog og kommunikation ved otte- til timånedersalderen, fordelt efter om forældrene ikke har, kun mor har, kun far har eller begge forældre har haft mindst én psykiatrisk diagnose inden for fem år op til barnets fødsel (N=124.688)



Tabel 12 viser sammenhængene belyst med odds ratio (OR) for bemærkninger til sprog og kommunikation ved otte- til timånedersalderen efter, om mor, far eller begge forældre har mindst én psykiatrisk diagnose. Resultaterne indikerer en statistisk signifikant øget sandsynlighed for bemærkninger til sprog og kommunikation, når mor eller når begge forældre har mindst én psykiatrisk diagnose, mens der ikke ses en sammenhæng, når kun far har mindst én psykiatrisk diagnose.

Tabel 12. Odds ratio (OR) for bemærkninger til sprog og kommunikation ved otte- til timånedersalderen, fordelt efter om forældrene ikke har, kun mor har, kun far har eller begge forældre har haft mindst én psykiatrisk diagnose inden for fem år op til barnets fødsel (N=124.688)

	Andel børn med bemærkninger til sprog kommunikation		OR for bemærkninger til sprog og kommunikation	Justeret OR for bemærkninger til sprog og kommunikation
	%	(n)	OR (95 % CI)	Justeret OR (95 % CI) ^a
Psykiatrisk diagnose hos forældre				
Forældre har ikke en psykiatrisk diagnose	2,5	2.866	1 (ref.)	1 (ref.)
Mor med mindst én psykiatrisk diagnose	3,3	237	1,4 (1,2-1,5)	1,4 (1,2-1,6)
Far med mindst én psykiatrisk diagnose	2,7	110	1,1 (0,9-1,3)	1,1 (0,9-1,3)
Mor og far med mindst én psykiatrisk diagnose	4,6	38	1,9 (1,3-2,6)	2,0 (1,4-2,8)

^a Justeret for forældrenes herkomst, mors og fars alder ved fødslen samt barnets fødselsår.

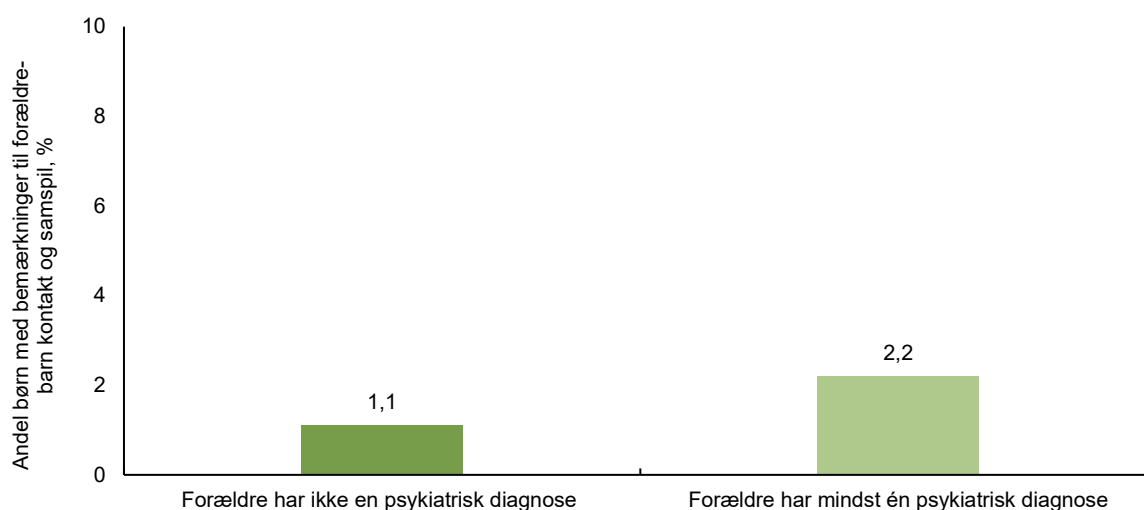
Note. Tal markeret med **fed** angiver statistisk signifikans ($p < 0,05$).

3.6 Bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil ved otte- til timånedersalderen

Forældre-barn kontakt og samspil registreres af sundhedsplejersken ved fire hjemmebesøg i barnets første leveår. Der sættes en bemærkning, hvis sundhedsplejersken vurderer, at kontakten og samspillet mellem barnet og forældrene ikke lever op til den alderssvarende udvikling og barnets behov. Eksempelvis har sundhedsplejersken fokus på, om forældrene handler på barnets signaler og behov, om der er gensidigt samspil mellem barnet og forældrene, om barnet foretrækker sine primære omsorgspersoner, og om barnet er interesseret i sine omgivelser. Analyser af forældre-barn kontakt og samspil vises kun for perioden 2019-2022, da definitionen af variabelen blev ændret væsentligt i 2018.

Figur 13 viser andelen af børn med bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil ved otte- til timånedersalderen opdelt på, om forældrene har mindst én psykiatrisk diagnose. Blandt børn, hvis forældre ikke har en psykiatrisk diagnose, ses bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil i 1,1 % af tilfældene. Denne andel er 2,2 % for børn, hvor forældrene har mindst én psykiatrisk diagnose.

Figur 13. Andel børn med bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil ved otte- til timånedersalderen, fordelt efter om forældrene har haft mindst én psykiatrisk diagnose inden for fem år op til barnets fødsel (N=35.998)



Tabel 13 viser sammenhængene belyst med odds ratio (OR) mellem at have forældre med mindst én psykiatrisk diagnose og sandsynligheden for bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil ved otte- til timånedersalderen. For gruppen af børn, hvor forældrene har mindst én psykiatrisk diagnose, er OR 2,1 i forhold til børn af forældre uden en psykiatrisk diagnose. Når vi tager højde for andre forhold, såsom forældrenes alder, ændres OR ikke væsentligt. Resultaterne peger således på en statistisk signifikant øget sandsynlighed for bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil hos børn af forældre med mindst én psykiatrisk diagnose.

Tabel 13. Odds ratio (OR) for bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil ved otte- til timånedersalderen, fordelt efter om forældrene har haft mindst én psykiatrisk diagnose inden for fem år op til barnets fødsel (N=35.998)

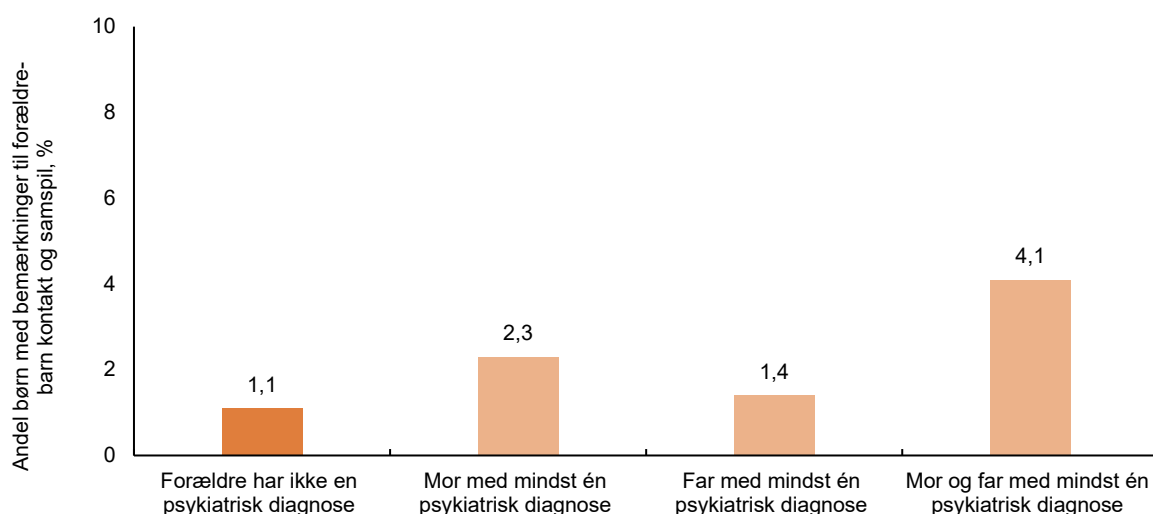
	Andel børn med bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil		OR for bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil	Justeret OR for bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil
	%	(n)	OR (95 % CI)	Justeret OR (95 % CI) ^a
Psykiatrisk diagnose hos forældre				
Forældre har ikke en psykiatrisk diagnose	1,1	341	1 (ref.)	1 (ref.)
Forældre har mindst én psykiatrisk diagnose	2,2	78	2,1 (1,7-2,7)	2,3 (1,8-3,0)

^a Justeret for forældrenes herkomst, mors og fars alder ved fødslen samt barnets fødselsår.

Note. Tal markeret med **fed** angiver statistisk signifikans ($p < 0,05$).

Figur 14 viser andelen af børn med bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil ved otte- til timånedersalderen efter, om barnets mor, far eller begge forældre har mindst én psykiatrisk diagnose. Blandt børn, hvor mor har mindst én psykiatrisk diagnose, er andelen med bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil 2,3 %, mens den er 1,4 % blandt børn, som har en far med mindst én psykiatrisk diagnose. Den højeste andel af bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil ses blandt børn, som har både en mor og en far, der har mindst én psykiatrisk diagnose, og blandt denne gruppe er andelen 4,1 %.

Figur 14. Andel børn med bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil ved otte- til timånedersalderen, fordelt efter om forældrene ikke har, kun mor har, kun far har eller begge forældre har haft mindst én psykiatrisk diagnose inden for fem år op til barnets fødsel (N=35.998)



Tabel 14 viser sammenhængene belyst med odds ratio (OR) for bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil ved otte- til timånedersalderen efter, om mor, far eller begge forældre har en psykiatrisk diagnose. Resultaterne indikerer en statistisk signifikant øget sandsynlighed for bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil, når mor eller begge forældre har mindst én psykiatrisk diagnose.

Tabel 14. Odds ratio (OR) for bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil ved otte- til timånedersalderen, fordelt efter om forældrene ikke har, kun mor har, kun far har eller begge forældre har haft mindst én psykiatrisk diagnose inden for fem år op til barnets fødsel (N=35.998)

	Andel børn med bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil		OR for bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil	Justeret OR for bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil
	%	(n)	OR (95 % CI)	Justeret OR (95 % CI) ^a
Psykiatrisk diagnose hos forældre				
Forældre har ikke en psykiatrisk diagnose	1,1	343	1 (ref.)	1 (ref.)
Mor med mindst én psykiatrisk diagnose	2,3	53	2,2 (1,6-3,0)	2,5 (1,9-3,4)
Far med mindst én psykiatrisk diagnose	1,4	13	1,3 (0,8-2,3)	1,4 (0,8-2,4)
Mor og far med mindst én psykiatrisk diagnose	4,1	10	4,0 (2,1-7,7)	4,6 (2,4-8,7)

^a Justeret for forældrenes herkomst, mors og fars alder ved fødslen samt barnets fødselsår.

Note. Tal markeret med **fed** angiver statistisk signifikans ($p < 0,05$).

4 Diskussion

4.1 Sammenfatning og diskussion af fundene

Denne rapport handler om børn med forældre, der er diagnosticeret med mindst én psykiatrisk diagnose i hospitalsvæsenet i årene op til barnets fødsel. Resultaterne viser, at børn af forældre, som inden for de seneste fem år har fået stillet mindst én psykiatrisk diagnose i hospitalsvæsenet, har en højere sandsynlighed for ikke at blive fuldammet i mindst fire måneder, at få bemærkninger til søvn og døgnrytme, sprog og kommunikation samt forældre-barn kontakt og samspil. Denne sandsynlighed er forøget, når mor har mindst én psykiatrisk diagnose, og endnu højere, når begge forældre har mindst én psykiatrisk diagnose. Vi ser dog også, at det har en betydning, når det er far, der har mindst én psykiatrisk diagnose, eksempelvis i forhold til amning.

At børn af forældre med psykiatiske diagnoser har en højere forekomst af bemærkninger til sundhed, udvikling og trivsel i det første leveår, er overordnet set i overensstemmelse med eksisterende forskning, der har dokumenteret en markant sammenhæng mellem psykisk sygdom hos forældre og børns senere psykiske og fysiske helbred (Davidsen et al., 2022; Paananen et al., 2021; Rayce & Kessing, 2023; Renneberg et al., 2023; Uher et al., 2023).

Den øgede forekomst af børn, der ikke fuldammes, når mor har mindst én psykiatrisk diagnose er i overensstemmelse med studier, der peger på, at kvinder med depressive symptomer før fødslen har sværere ved at påbegynde og opretholde amning (Kim et al., 2022). Tilsvarende ses hos kvinder med alvorlige psykiske lidelser som skizofreni og bipolare lidelser (Baker et al., 2023). Derimod er forskningen relateret til andre psykiatiske diagnoser mere begrænset, og evidensen er fortsat uklar (Hoff et al., 2019). Nærværende rapport bidrager desuden med ny viden om betydningen af psykiatiske diagnoser hos faderen for amning, et aspekt som er mangelfuldt belyst i den eksisterende forskning. Vores analyser peger på en øget forekomst af børn, der ikke fuldammes, når mor *eller* far har mindst én psykiatrisk diagnose, samt en endnu højere forekomst, når begge forældre har mindst én psykiatrisk diagnose, sammenlignet med børn af forældre uden en psykiatrisk diagnose.

I forhold til barnets vægt og motoriske udvikling finder vi ingen klare sammenhænge med at have forældre med mindst én psykiatrisk diagnose. Enkelte tidligere studier har rapporteret små, men statistisk signifikante, sammenhænge mellem vedvarende depressionssymptomer hos mødre og barnets vægtudvikling (Marco et al., 2020) samt forsinket motorisk udvikling (Fan et al., 2024; Kingston et al., 2012; Rogers et al., 2020). Disse forskelle kan tilskrives, at vi i vores design tager højde for andre forklarende faktorer, samt at der benyttes varierende målemetoder og studiepopulationer på tværs af studierne.

Med hensyn til sprog og kommunikation viser vores resultater en øget forekomst af bemærkninger blandt børn, når mor eller begge forældre har mindst én psykiatrisk diagnose. Dette er i overensstemmelse med nyere metaanalyser, som har fundet små til moderate associationer mellem symptomer på depression og angst hos mødre og barnets sproglige udvikling (Fan et al., 2024; Rogers et al., 2020). Metodiske forskelle gør det dog vanskeligt at drage klare konklusioner. Derudover kan børnenes unge alder i studierne muligvis spille en rolle i at forklare, at der observeres små forskelle mellem grupperne, da sproglige færdigheder især udvikler sig i perioden efter etårsalderen. Fundene omkring søvn og døgnrytme stemmer overens med en nyere metaanalyse, som peger på en sammenhæng mellem depressive symptomer hos moderen og søvnproblemer hos barnet (Orton & Bilgin, 2024) – om end det ikke kan udelukkes, at denne sammenhæng også kan

tilskrives, at mødrene oplever højere depressionssymptomer som følge af søvnproblemer hos barnet.

Vi finder en markant forøget forekomst af bemærkninger til det lille barns kontakt og samspil med forældre, når mor har mindst én psykiatrisk diagnose, og en endnu højere forekomst, når begge forældre har mindst én diagnose. Disse fund er i tråd med den internationale litteratur, hvor flere studier har fundet sammenhænge mellem psykisk sygdom hos moderen, herunder depressive tilstande (O'Dea et al., 2023; A. Śliwerski et al., 2020) samt psykosetilstande og skizofreni (Davidsen et al., 2015), og påvirkninger i relationen mellem mor og barn. Dansk forskning har yderligere vist, at relationen og interaktionen mellem forældre og barn kan have en afgørende betydning for barnets psykiske helbred i førskolealderen, når forældre har psykiske udfordringer i tiden omkring barnets fødsel (Elberling et al., 2014; Rask et al., 2013; Skovgaard, 2010).

Forskningen i betydningen af fædres psykiske tilstand for barnets trivsel og udvikling er sparsom, da den overvejende forskningsmæssige opmærksomhed har været på mødre og deres psykiske tilstand, typisk i relation til graviditet og den umiddelbare tid efter fødsel, for barnets sundhed, udvikling og trivsel. Den eksisterende litteratur tyder dog på, at fars psykiske tilstand kan have betydning for barnets udvikling og trivsel, særligt når både mor og far har psykiske vanskeligheder eller sygdomme (Barker et al., 2017; Ramchandani & Psychogiou, 2009; Ramchandani et al., 2005). Denne rapport bidrager således med vigtige fund, der understøtter den sparsomme eksisterende litteratur om betydning af fædrenes psykiske tilstand for barnet. For de fleste indikatorer for barnets sundhed, udvikling og trivsel finder vi, at dét, at begge forældre har mindst én psykiatrisk diagnose, er forbundet med en forøget sandsynlighed for bemærkninger fra sundhedsplejersken. Dette er i overensstemmelse med Renneberg et al. (2023), som finder, at risikoen for blandt andet somatiske sygdomme i de første leveår stiger markant, når mor har en psykisk sygdom, mens risikoen er størst, når både mor og far har en psykisk sygdom (Renneberg et al., 2023).

Fundene i nærværende rapport skal ses i lyset af, at der er et vist arvelighedsaspekt knyttet til psykisk sygdom, især hvad angår neuroudviklingsforstyrrelser som mental retardering, autismetilstande og ADHD (Thapar et al., 2017), men også bipolar sygdom, skizofrenispektrum og svær, tilbagevendende depression (Uher et al., 2023). Nogle af de sammenhænge, vi observerer, kan potentielt skyldes underliggende udviklingsforstyrrelser hos barnet, der relaterer sig genetisk til forældrenes psykiske sygdom (Kittel-Schneider et al., 2021). Samtidig er dét at få et barn ofte en livsomvæltende omstændighed samt en hormonal og kropsligt stor forandring, der potentielt kan forværre psykisk sygdom hos forældrene og herved have en indirekte indvirkning på barnet (Skovgaard & Jørgensen, 2023).

4.2 Metodemæssige overvejelser

Det er vigtigt at fremhæve, at denne rapport giver et indblik i betydningen af psykisk sygdom hos forældre, der har krævet hospitalsbehandling i de seneste fem år op til barnets fødsel. Det betyder, at der kan være forældre, der har oplevet psykisk sygdom forud for fødslen af deres barn, men som i rapporten kategoriseres som, at de *ikke* har en psykiatrisk diagnose. Dette kan dels skyldes, at den psykiske sygdom ikke er blevet diagnosticeret, at diagnosen er stillet uden for hospitalsregi, eller at diagnosen er stillet tidligere end fem år før barnets fødsel. Den valgte observationsperiode medfører således en risiko for, at vi har udeladt relevante psykiatriske diagnoser hos forældrene. Eksempelvis diagnosticeres neuroudviklingsforstyrrelser som mental retardering, autismetilstande og ADHD ofte i barndommen (Dalsgaard et al., 2019), hvorimod diagnoser, såsom affektive lidelser, typisk diagnosticeres senere i livet (Dalsgaard et al., 2019; Pedersen et al., 2014). En længere observationsperiode eller inddragelse af oplysninger om brug af psykofarmaka, såsom brug af ADHD-medicin, kunne have givet en mere komplet kategorisering af forældrenes psykiske tilstand.

Dette ville dog samtidig medføre en risiko for at udvande reelle sammenhænge, hvis en tidligere stillet diagnose ikke længere spiller en betydningsfuld rolle i forældrens liv, eksempelvis fordi symptomerne er velbehandlede. Det er samtidigt vigtigt at bemærke, at psykiatriske diagnoser kan ændre sig over tid, være i remission eller helt ophøre med at være relevante.

Rapporten undersøger betydningen af diagnosticeret psykisk sygdom hos forældre for barnets sundhed, udvikling og trivsel, uden at der skelnes mellem de forskellige diagnoser. Vi er afstået fra at analysere på enkelte diagnosegrupper eller kategorier, fordi de specifikke sammenhænge mellem type af psykisk sygdom hos forældrene og vanskeligheder hos barnet ikke har været hovedformålet, men også fordi der er høj grad af komorbiditet (samtidig forekomst af forskellige sygdomme), som gør det vanskeligt at adskille betydningen af den enkelte diagnosekategori og symptombilleder. Herudover tyder den foreliggende forskning på, at det er alvoren af forældres psykiske sygdom, dvs. at den eksempelvis fører til henvisning til hospitalsvæsenet, snarere end den specifikke diagnose, der har betydning (Davidsen et al., 2015).

Rapportens fokus på mor og far ved barnets fødsel er styret af, at langt størstedelen af børn i denne alder bor sammen med begge forældre, men også at det er denne information, der er tilgængelig i vores datamateriale, som indeholder information om barnets biologiske forældre. Dette betyder, at børn med forældre af samme køn ikke er inkluderet, omend det er en lille gruppe, der forventes at blive mere relevant fremover, hvor børn fødes ind i forskellige familieformer. Desuden er børn, der er anbragt uden for hjemmet, og som ikke bor med den forælder, som har en psykiatrisk diagnose, ekskluderet fra analysen, grundet rapportens fokus.

En styrke ved denne rapport er det longitudinelle studiedesign samt et stort og repræsentativt datamateriale. Størstedelen af alle familier med spædbørn i Danmark takker ja til sundhedsplejens tilbud, hvorfor der er begrænset bortfald, og populationen må derfor antages at være repræsentativ for de inkluderes kommuner. Endnu en styrke ved rapporten er, at data stammer fra sundhedsplejerskers journaler og er således baseret på fagpersoners observationer og vurderinger. Den enkelte sundhedsplejerske er specialuddannet på børne- og ungdomsområdet og ser rigtig mange børn og unge i deres daglige arbejde, hvilket er med til at sikre høj kvalitet af det indsamlede data. I regi af Databasen Børns Sundhed er der desuden arbejdet systematisk med at udvikle journalen, standardisere registreringspraksis og minimere omfanget af manglende data, hvilket yderligere højner datakvaliteten.

På trods af den systematiserede metode til registrering af bemærkninger i sundhedsplejerskens journal kan det ikke udelukkes, at sundhedsplejerskens eventuelle kendskab til forældrenes psykiatriske diagnoser kan have haft indflydelse på, hvordan der sættes bemærkninger. Fra andre undersøgelser ved vi, at psykiatriske sygdomme ofte underrapporteres af forældre, og sundhedsplejersken har således ikke nødvendigvis viden om, at forældrene har været i kontakt med hospitalsvæsenet inden for de seneste fem år.

I datamaterialet er der kommunale forskelle i sundhedsplejerskens bemærkninger, og disse forskelle kan formentlig tilskrives variation i befolkningssammensætningen i de enkelte kommuner, mens dele af forskellene også kan skyldes forskelle i registreringspraksis, herunder forskelle mellem journalsystemerne. Derudover konstateres der næsten altid interpersonelle variationer i kliniske databaser, til trods for at der udarbejdes udførlige vejledninger og kriterier for registrering. En svaghed ved datamaterialet er således, at validiteten og reliabiliteten af sundhedsplejerskernes bemærkninger er ukendt. En måde at sikre validiteten er at anvende standardiserede metoder, og samarbejdet Databasen Børns Sundhed har i et praksisprojekt afprøvet brugen af en standardiseret metode til vurdering af spædbørns motoriske udvikling (AIMS), og denne anvendes nu af en stor del af samarbejdets kommuner. Derudover indgår Databasen Børns Sundhed i samarbejdet om den

kommende Landsdækkende Database for Børn og Unges Sundhed (LDBU), hvor sundhedsplejerskedata fra alle landets kommuner indsamles gennem en fælles standard, som skal sikre endnu højere validitet og reliabilitet af data (Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, 2022).

4.3 Implikationer for forskning

Denne rapport tilføjer et væsentligt nyt bidrag til den eksisterende forskning om betydningen af psykisk sygdom hos forældre for barnets sundhed, udvikling og trivsel. Mens tidligere studier ofte har fokuseret på graviditetsperioden eller perioden umiddelbart efter fødslen, har vi i nærværende rapport en mere udvidet tidsmæssig kontekst. Desuden inkluderes både mødre og fædres psykiske tilstand, hvilket er med til at give en mere helhedsorienteret forståelse af familiens betydning for det lille barns sundhed, udvikling og trivsel. Rapporten er således med til at adressere et væsentligt videnshul omkring betydningen af fædres psykiske helbred for barnets tidlige udvikling og trivsel.

En styrke ved rapporten er kombinationen af nationale registerdata om forældres psykiatriske diagnoser med sundhedsplejerskernes systematiske vurdering af barnets sundhed, udvikling og trivsel, der muliggør en dybdegående analyse af betydningen af det at have/have haft psykisk sygdom som forælder og tidlige opmærksomhedspunkter eller tegn på mistrivsel hos barnet. Mere end 30 % af børnepopulationen i Danmark vokser op med en forælder med betydelige mentale helbredsproblemer (Christesen et al., 2022; Rasmussen & Kruse, 2022), men samtidig er det kun en mindre del af disse forældre, der registreres i sundhedsplejen.

Der er derfor brug for forskning, der uddyber omfanget og karakteren af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom hos forældre, herunder studier med en længere observationsperiode op til barnets fødsel, og psykisk sygdom, der behandles i andre dele af sundhedsvæsenet. Ydermere vil det være relevant at inkludere oplysninger om medicin samt inddrage sundhedsplejerskernes bemærkninger vedrørende forældrenes psykiske tilstand, som i vidt omfang er baseret på forældrenes egne oplevelser og kan være et udtryk for, hvordan deres eventuelle psykiatriske diagnose aktuelt påvirker deres dagligdag.

Det er fortsat vigtigt med forskning i effektive interventioner i barnets første leveår med fokus på konkrete indsatser til familier, hvor én eller begge forældre har psykisk sygdom. Sådanne studier bør undersøge både universelle tiltag og målrettede indsatser til styrkelse af forældrekompetencer, interaktion og tilknytning. Forskningsbaseret viden om både identifikation og effektive interventioner vil kunne bidrage til en styrket tidlig indsats, forebygge senere mistrivsel hos både børn og forældre samt reducere de langsigtede samfundsmæssige omkostninger.

4.4. Implikationer for praksis

Rapportens resultater bekræfter eksisterende forskning, som samlet peger på en øget risiko for udviklingsmæssig sårbarhed hos små børn, hvis forældre har mentale helbredsproblemer og diagnosticeret psykisk sygdom. Den tidlige påvirkning af barnets sundhed, udvikling og trivsel understreger vigtigheden af en tidlig forebyggende indsats. Sundhedsplejen kan spille en vigtig rolle i denne tidlige indsats i kommunerne, idet de møder langt størstedelen af alle familier i Danmark, uanset baggrund. Gennem deres regelmæssige kontakt med familierne har de en unik mulighed for at støtte forældre og opspore eventuelle udfordringer.

Det arbejde, sundhedsplejerskerne allerede udfører, er af stor betydning for at skabe trygge rammer for familier med psykisk sygdom. Det er derfor vigtigt at anerkende og understrege vigtigheden af den tillidsfulde relation, som sundhedsplejersker opbygger med forældre. Samtidig er der potentiale for, at denne indsats kan styrkes yderligere, for eksempel gennem opkvalificering, som gør

sundhedsplejersker endnu bedre rustet til at støtte familier med komplekse behov, eksempelvis familier der både er ramt af psykisk sygdom og socioøkonomiske udfordringer (Pierce et al., 2020). Desuden er et tværfagligt samarbejde mellem sundhedsplejerske, praktiserende læge, psykiatrisk ekspertise og den kommunale socialforvaltning afgørende for at sikre, at familier med psykisk sygdom får den rette støtte så tidlig som muligt. Det er i denne sammenhæng væsentligt at fremhæve, at sundhedsplejen har muligheden for at viderehenvise familier med særlige behov til relevante specialiserede tilbud og støtteforanstaltninger. Denne funktion sikrer, at indsatsen ikke udelukkende er forankret i sundhedsplejen, men at familierne kan modtage den rette støtte fra hele det tværfaglige og tværsektorielle netværk af professionelle.

5 Konklusion

Denne rapport fokuserer på børn af forældre, der er diagnosticeret med psykisk sygdom i hospitalsvæsenet i årene op til barnets fødsel. Rapporten viser en øget forekomst af bemærkninger fra sundhedsplejersken til sundhed, udvikling og trivsel blandt børn af forældre med psykiatriske diagnoser. Det er dog væsentligt at fremhæve, at kun en mindre andel af børnene får bemærkninger fra sundhedsplejersken, hvilket gælder uanset, om forældrene har en psykiatrisk diagnose eller ej.

Fundene peger på, at sundhedsplejerskerne kan være med til at identificere en gruppe af småbørn med potentielt øget behov for opmærksomhed ved deres hjemmebesøg, og tilmed en gruppe af børn, hvis forældre også kan have behov for ekstra støtte. Rapportens fund understøtter forskning fra de seneste årtier og peger herudover på den yderligere betydning, det har, når begge forældre har en psykiatrisk diagnose.

Forebyggelsesmæssigt understreger dette behovet for en tidlig indsats til familier berørt af psykisk sygdom. Der er potentiale for at udvikle sundhedsplejerskernes muligheder for at imødekomme behov i småbørnsfamilier, hvor én eller begge forældre har psykisk sygdom – først og fremmest ved at opruste det tværfaglige samarbejde omkring disse familier mellem sundhedsplejersker, psykiatrien, praktiserende læger og andre sociale og behandlingsmæssige instanser. I graviditeten er det afgørende, at forældrene rustes optimalt til den kommende forældreopgave, eksempelvis ved at symptomer på deres psykiske sygdom er velbehandlede, inden barnet fødes. Efter fødslen kan der være behov for udvidet støtte til disse familier gennem et tæt tværfagligt samarbejde, der sikrer en sammenhængende og helhedsorienteret indsats.

Referencer

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed.* American Psychiatric Publishing, Inc.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Baker, N., Bick, D., Bamber, L., Wilson, C. A., Howard, L. M., Bakolis, I., Soukup, T., & Chang, Y. S. (2023). A mixed methods systematic review exploring infant feeding experiences and support in women with severe mental illness. *Matern Child Nutr*, 19(4), e13538.
<https://doi.org/10.1111/mcn.13538>
- Barker, B., Iles, J. E., & Ramchandani, P. G. (2017). Fathers, fathering and child psychopathology. *Curr Opin Psychol*, 15, 87-92. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.02.015>
- Braithwaite, E. C., Oftedal, A., Kaasen, A., Ayorech, Z., & Bekkhus, M. (2024). A history of depression and prenatal depression are associated with a lower likelihood of breastfeeding initiation and maintenance, and more breastfeeding problems. *Arch Womens Ment Health*.
<https://doi.org/10.1007/s00737-024-01479-5>
- Cai, S., Phua, D. Y., Tham, E. K. H., Goh, D. Y. T., Teoh, O. H., Shek, L. P. C., Tan, K. H., Yap, F., Chong, Y. S., Chen, H., Broekman, B. F. P., Kramer, M. S., & Meaney, M. J. (2023). Mid-pregnancy and postpartum maternal mental health and infant sleep in the first year of life. *J Sleep Res*, 32(3), e13804. <https://doi.org/10.1111/jsr.13804>
- Christesen, A. M. S., Knudsen, C. K., Fonager, K., Johansen, M. N., & Heuckendorff, S. (2022). Prevalence of parental mental health conditions among children aged 0-16 years in Denmark: A nationwide register-based cross-sectional study. *Scand J Public Health*, 50(8), 1124-1132. <https://doi.org/10.1177/14034948211045462>
- Dalsgaard, S., Thorsteinsson, E., Trabjerg, B. B., Schullehner, J., Plana-Ripoll, O., Brikell, I., Wimberley, T., Thygesen, M., Madsen, K. B., Timmerman, A., Schendel, D., McGrath, J. J., Mortensen, P. B., & Pedersen, C. B. (2019). Incidence rates and cumulative incidences of the full Spectrum of diagnosed mental disorders in childhood and adolescence. *JAMA Psychiatry*. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3523>
- Databasen Børns Sundhed. (2022). Vejledning til den kvalitetssikrede Solteq Sundhedsplejerske journal.
https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/databasen_boerns_sundhed/vejledninger
- Davidson, K. A., Harder, S., MacBeth, A., Lundy, J. M., & Gumley, A. (2015). Mother-infant interaction in schizophrenia: transmitting risk or resilience? A systematic review of the literature. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 50(12), 1785-1798.
<https://doi.org/10.1007/s00127-015-1127-x>
- Davidson, K. A., Munk-Laursen, T., Foli-Andersen, P., Ranning, A., Harder, S., Nordentoft, M., & Thorup, A. A. E. (2022). Mental and pediatric disorders among children 0-6 years of parents with severe mental illness. *Acta Psychiatr Scand*, 145(3), 244-254.
<https://doi.org/10.1111/acps.13358>
- 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(12), 1328-1335. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12256>
- Fan, X., Wu, N., Tu, Y., Zang, T., Bai, J., Peng, G., & Liu, Y. (2024). Perinatal depression and infant and toddler neurodevelopment: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*, 159, 105579. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2024.105579>
- Heuckendorff, S., Christensen, L. F., Fonager, K., & Overgaard, C. (2021). Risk of adverse perinatal outcomes in infants born to mothers with mental health conditions. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 100(11), 2019-2028. <https://doi.org/10.1111/aogs.14241>

- Hoff, C. E., Movva, N., Rosen Vollmar, A. K., & Pérez-Escamilla, R. (2019). Impact of maternal anxiety on breastfeeding outcomes: A systematic review. *Adv Nutr*, 10(5), 816-826. <https://doi.org/10.1093/advances/nmy132>
- Irwin, J. L., Davis, E. P., Hobel, C. J., Coussons-Read, M., & Dunkel Schetter, C. (2020). Maternal prenatal anxiety trajectories and infant developmental outcomes in one-year-old offspring. *Infant Behav Dev*, 60, 101468. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2020.101468>
- Keskinen, E., Marttila, A., Marttila, R., Jones, P. B., Murray, G. K., Moilanen, K., Koivumaa-Honkanen, H., Mäki, P., Isohanni, M., Jääskeläinen, E., & Miettunen, J. (2015). Interaction between parental psychosis and early motor development and the risk of schizophrenia in a general population birth cohort. *Eur Psychiatry*, 30(6), 719-727. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.04.006>
- Kessing, L. V., Ziersen, S. C., Caspi, A., Moffitt, T. E., & Andersen, P. K. (2023). Lifetime incidence of treated mental health disorders and psychotropic drug prescriptions and associated socioeconomic functioning. *JAMA Psychiatry*, 80(10), 1000-1008. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.2206>
- Keyes, C. L. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *J Consult Clin Psychol*, 73(3), 539-548. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.73.3.539>
- Kim, S., Park, M., & Ahn, S. (2022). The impact of antepartum depression and postpartum depression on exclusive breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *Clin Nurs Res*, 31(5), 866-880. <https://doi.org/10.1177/10547738211053507>
- Kingston, D., Tough, S., & Whitfield, H. (2012). Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: a systematic review. *Child Psychiatry Hum Dev*, 43(5), 683-714. <https://doi.org/10.1007/s10578-012-0291-4>
- Kittel-Schneider, S., Quednow, B. B., Leutritz, A. L., McNeill, R. V., & Reif, A. (2021). Parental ADHD in pregnancy and the postpartum period - a systematic review. *Neurosci Biobehav Rev*, 124, 63-77. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.002>
- Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut. (2022). Landsdækkende Database for Børn og Unges Sundhed (LDBU). <https://www.sundk.dk/landsdaekkende-database-for-boern-og-unges-sundhed-ldbu/>
- Lauritsen, M. B., Jorgensen, M., Madsen, K. M., Lemcke, S., Toft, S., Grove, J., Schendel, D. E., & Thorsen, P. (2010). Validity of childhood autism in the Danish Psychiatric Central Register: findings from a cohort sample born 1990-1999. *J Autism Dev Disord*, 40(2), 139-148. <https://doi.org/10.1007/s10803-009-0818-0>
- Mah, B., Cibralic, S., Hanna, J., Hart, M., Loughland, C., & Cosh, S. (2021). Outcomes for infants whose mothers had an eating disorder in the perinatal period: A systematic review of the evidence. *Int J Eat Disord*, 54(12), 2077-2094. <https://doi.org/10.1002/eat.23612>
- Marco, P. L., Valério, I. D., Zanatti, C. L. M., & Gonçalves, H. (2020). Systematic review: Symptoms of parental depression and anxiety and offspring overweight. *Rev Saude Publica*, 54, 49. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001731>
- Mohr-Jensen, C., Vinkel Koch, S., Briciet Lauritsen, M., & Steinhausen, H. C. (2016). The validity and reliability of the diagnosis of hyperkinetic disorders in the Danish Psychiatric Central Research Registry. *Eur Psychiatry*, 35, 16-24. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.01.2427>
- Nissen, J., Powell, S., Koch, S. V., Crowley, J. J., Matthiesen, M., Grice, D. E., Thomsen, P. H., & Parner, E. (2017). Diagnostic validity of early-onset obsessive-compulsive disorder in the Danish Psychiatric Central Register: findings from a cohort sample. *BMJ Open*, 7(9), e017172. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017172>
- NOVAX. (2017). Obligatoriske registreringer i Novax journalen med henblik på deltagelse i Databasen Børns Sundhed. https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/databasen_boerns_sundhed/vejledninger
- 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(4), 441-452. <https://doi.org/10.1007/s00737-023-01332-1>
- Orton, O., & Bilgin, A. (2024). Maternal depression and sleep problems in early childhood: A meta-analysis. *Child Psychiatry Hum Dev*. <https://doi.org/10.1007/s10578-024-01717-y>
- Pedersen, C. B., Mors, O., Bertelsen, A., Waltoft, B. L., Agerbo, E., McGrath, J. J., Mortensen, P. B., & Eaton, W. W. (2014). A comprehensive nationwide study of the incidence rate and lifetime risk for treated mental disorders. *JAMA Psychiatry*, 71(5), 573-581. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.16>
- Pedersen, T. P., Pant, S. W., & Ammitzbøll, J. (2019). *Sundhedsplejerskers bemærkninger til motorisk udvikling i det første leveår. Temarapport børn født i 2017*. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2019/sundhedsplejerskers_bemaerkninger_til_motorisk_udvikling
- Perrin, E. M., Von Holle, A., Zerwas, S., Skinner, A. C., Reba-Harrelson, L., Hamer, R. M., Stoltenberg, C., Torgersen, L., Reichborn-Kjennerud, T., & Bulik, C. M. (2015). Weight-for-length trajectories in the first year of life in children of mothers with eating disorders in a large Norwegian Cohort. *Int J Eat Disord*, 48(4), 406-414. <https://doi.org/10.1002/eat.22290>
- Pierce, M., Abel, K. M., Muwonge, J., Jr., Wicks, S., Nevriana, A., Hope, H., Dalman, C., & Kosidou, K. (2020). Prevalence of parental mental illness and association with socioeconomic adversity among children in Sweden between 2006 and 2016: a population-based cohort study. *Lancet Public Health*, 5(11), e583-e591. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(20\)30202-4](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(20)30202-4)
- 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, Syddansk Universitet. https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2023/psykisk_mistrivsel_og_psykisk_sygdom_blandt_børn_og_unge
- Psykiatrifonden. (2019). *Undersøgelse af forekomst af psykisk sygdom blandt forældre til børn i alderen 0-18 år*. Psykiatrifonden. https://psykiatrifonden.dk/files/media/document/notat_unders%C3%B8gelsen_030519.pdf
- Paananen, R., Tuulio-Henriksson, A., Merikukka, M., & Gissler, M. (2021). Intergenerational transmission of psychiatric disorders: the 1987 Finnish Birth Cohort study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 30(3), 381-389. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01524-5>
- Ramchandani, P., & Psychogiou, L. (2009). Paternal psychiatric disorders and children's psychosocial development. *The Lancet*, 374(9690), 646-653. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60238-5](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60238-5)
- Ramchandani, P., Stein, A., Evans, J., & O'Connor, T. G. (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *Lancet*, 365(9478), 2201-2205. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(05\)66778-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(05)66778-5)
- Rask, C. U., Ornbol, E., Olsen, E. M., Fink, P., & Skovgaard, A. M. (2013). Infant behaviors are predictive of functional somatic symptoms at ages 5-7 years: results from the Copenhagen Child Cohort CCC2000. *J Pediatr*, 162(2), 335-342. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2012.08.001>
- Rasmussen, I., & Kruse, M. (2022). *Samfundsøkonomiske konsekvenser af at være barn af forældre med mentale helbredsproblemer*. Odense: Dansk Center for Sundhedsøkonomi, Syddansk Universitet. https://bedrepsykiatri.dk/wp-content/uploads/2023/03/2023-rapport_barn_for_ldre_mentale_helbredsproblemer.pdf
- Rayce, S. B., & Kessing, M. L. (2023). *Børn af forældre med udfordringer – En litteraturgennemgang af social og emotionel udvikling blandt børn af forældre med alvorlige udfordringer i deres liv*. København: VIVE. <https://www.vive.dk/media/pure/ov959yxn/19245522>

- Renneberg, C. K., Brund, R. B. K., Heuckendorff, S., Bech, B. H., & Fonager, K. (2023). Children of parents with different severities of mental health conditions have higher risk of somatic morbidity: a Danish nationwide register-based cohort study. *BMC Public Health*, 23(1), 810. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15714-8>
- Rogers, A., Obst, S., Teague, S. J., Rossen, L., Spry, E. A., Macdonald, J. A., Sunderland, M., Olsson, C. A., Youssef, G., & Hutchinson, D. (2020). Association between maternal perinatal depression and anxiety and child and adolescent development: A meta-analysis. *JAMA Pediatr*, 174(11), 1082-1092. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.2910>
- Santucci, A. K., Singer, L. T., Wisniewski, S. R., Luther, J. F., Eng, H. F., Sit, D. K., & Wisner, K. L. (2017). One-year developmental outcomes for infants of mothers with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*, 78(8), 1083-1090. <https://doi.org/10.4088/JCP.15m10535>
- Skovgaard, A. M. (2010). Mental health problems and psychopathology in infancy and early childhood. An epidemiological study. *Dan Med Bull*, 57(10), B4193. <https://ugeskriftet.dk/dmj/mental-health-problems-and-psychopathology-infancy-and-early-childhood>
- Skovgaard, A. M., Houmann, T., Christiansen, E., Landorph, S., Jorgensen, T., Olsen, E. M., Heering, K., Kaas-Nielsen, S., Samberg, V., & Lichtenberg, A. (2007). The prevalence of mental health problems in children 1(1/2) years of age - the Copenhagen Child Cohort 2000. *J Child Psychol Psychiatry*, 48(1), 62-70. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01659.x>
- Skovgaard, A. M., & Jørgensen, G. K. (2023). *Mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom hos børn og unge* (Vol. 1. udgave). FADL's Forlag. <https://fadlforlag.dk/produkt/mentale-helbredsproblemer-og-psykisk-sygdom-hos-boern-og-unge/>
- Skovgaard, A. M., Wilms, L., Johansen, A., Ammitzbøll, J., Holstein, B. E., & Olsen, E. M. (2018). Standardiseret monitorering af spæd- og småbørns helbred i de kommunale sundhedsordninger. *Ugeskr Læger*, 180(34). <https://ugeskriftet.dk/videnskab/standardiseret-monitorering-af-spaed-og-smabornshelbred-i-de-kommunale-sundhedsordninger>
- 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(8). <https://doi.org/10.3390/ijerph17082675>
- Śliwerski, A., Kossakowska, K., Jarecka, K., Świtalska, J., & Bielawska-Batorowicz, E. (2020). The effect of maternal depression on infant attachment: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8). <https://doi.org/10.3390/ijerph17082675>
- Sundhedsstyrelsen. (2015). *Monitorering af vækst hos 0-5-årige børn. Vejledning til sundhedsplejersker og praktiserende læger*. København: Sundhedsstyrelsen. https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2015/B%C3%B8rn-og-unges-sundhed/Monitorering-af-v%C3%A6kst-0-5-%C3%A5r.ashx?sc_lang=da&hash=D15FD55028B5A83297BEAAAE18CA80CC
- Sundhedsstyrelsen. (2019). *Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge*. København: Sundhedsstyrelsen. <http://sst.dk/-/media/Udgivelser/2019/Forebyggende-sundhedsydelse-til-b%C3%B8rn/Vejledning-om-Forebyggende-sundhedsydelse-3-udg.ashx>
- Sundhedsstyrelsen. (2023). *Amning - en håndbog for sundhedspersonale*. København: Sundhedsstyrelsen. https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2018/2023-03-14-Amning_2023-03_web.ashx
- Thapar, A., Cooper, M., & Rutter, M. (2017). Neurodevelopmental disorders. *The Lancet Psychiatry*, 4(4), 339-346. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30376-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30376-5)
- Uher, R., Pavlova, B., Radua, J., Provenzano, U., Najafi, S., Fortea, L., Ortuño, M., Nazarova, A., Perroud, N., Palaniyappan, L., Domschke, K., Cortese, S., Arnold, P. D., Austin, J. C., Vanyukov, M. M., Weissman, M. M., Young, A. H., Hillegers, M. H. J., Danese, A., . . . Fusar-Poli, P. (2023). Transdiagnostic risk of mental disorders in offspring of affected

- parents: a meta-analysis of family high-risk and registry studies. *World Psychiatry*, 22(3), 433-448. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/wps.21147>
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *J Adult Dev*, 17(2), 110-119. <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>
- WHO. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/other-classifications/9241544228_eng.pdf?sfvrsn=933a13d3_1&download=true
- WHO Multicentre Growth Reference Study Group. (2006). WHO Child Growth Standards based on length/height, weight and age. *Acta Paediatr Suppl*, 450, 76-85. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2006.tb02378.x>

Bilag: Variabeloversigt

Variabel	Data stammer fra	Kategorier
Socioøkonomiske og demografiske		
Barnets køn	Cpr. nr.	Dreng Pige
Familietype	Familieregisteret	Bor med to forældre/stedforældre Bor ikke med to forældre
Mors og fars alder ved barnets fødsel	Udregnet via. cpr. nr.	Ved fødsel < 25 år ≥ 25 år
Forældrenes herkomst	Indvandringsregisteret (IEPE)	Begge forældre dansk herkomst Én forælder dansk herkomst og én forælder indvandrer eller efterkommer Begge forældre indvandrere eller efterkommere
Forældrenes igangværende eller længste fuldførte uddannelsesniveau	Uddannelsesregisteret (UDDA)	Lang videregående uddannelse Kort eller mellemlang videregående uddannelse Almen eller erhvervs gymnasial uddannelse Erhvervsfaglig uddannelse Grundskole
Forældrenes tilknytning til arbejdsmarkedet	Arbejdsklassifikationsregisteret (AKM)	Begge forældre i erhverv eller under uddannelse Én forælder i erhverv eller under uddannelse, én ikke i erhverv Begge forældre ikke i erhverv eller uddannelse
Fødselsfaktorer		
Gestationsalder	Det medicinske fødselsregister	Født < 32 uger Født mellem 32-36 uger Født ≥ 37 uger
Fødselsvægt	Det medicinske fødselsregister	< 2500 gram 2500-3999 gram ≥ 4000 gram
Psykiatriske diagnoser hos forældre		
Psykiatrisk diagnose (A- og B-diagnoser) hos forældre fem år op til barnets fødsel. ICD-10 F00-F99 + ICD-10 X60-84	Landspatientregisteret (LPR2 og LPR3)	Se Tabel 1 for kategorisering
Barnets sundhed, udvikling og trivsel i første leveår		
Bemærkning til søvn og døgnrytme	Sundhedsplejerskejournalen, registreret ved D-besøget når barnet er 8-10 måneder	Bemærkning Ingen bemærkning
Bemærkning til forældre-barn samspil og kontakt	Sundhedsplejerskejournalen, registreret ved D-besøget når barnet er 8-10 måneder	Bemærkning Ingen bemærkning

Bemærkninger til sprog og kommunikation	Sundhedsplejerskejournalen, registreret ved D-besøget når barnet er 8-10 måneder	Bemærkning Ingen bemærkning
Bemærkninger til barnets motoriske udvikling	Sundhedsplejerskejournalen, registreret ved D-besøget når barnet er 8-10 måneder	Bemærkning Ingen bemærkning
Fuldamning	Sundhedsplejerskejournalen	<4 måneder ≥4 måneder
Undervægt på baggrund af WHO's definition	Sundhedsplejerskejournalen, registreret ved C- eller D-besøget, når barnet er 6-10 måneder	Undervægt (z-score mindre end -2) Ikke undervægt
Overvægt på baggrund af WHO's definition	Sundhedsplejerskejournalen, registreret ved C- eller D-besøget, når barnet er 6-10 måneder	Overvægt (z-score +2 eller højere) Ikke overvægt