

Årsrapport

for børn født i 2008 og 2009

Amning i 14 kommuner

Hvilke faktorer har betydning for fuld amning,
når barnet er fire måneder?



Databasen Børns Sundhed

Et tværkommunalt samarbejde med Region Hovedstaden og
Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Forfattere: Anne Maj Christensen, Carina Sjöberg Brixval,
Maria Svendsen, Bjarne Laursen, Bjørn E. Holstein

Årsrapport for børn født i 2008 og 2009 fra Databasen Børns Sundhed: Amning i 14 kommuner

© Statens Institut for Folkesundhed 2011.

Statens Institut for Folkesundhed

Øster Farimagsgade 5A

1353 København K

www.si-folkesundhed.dk

Udarbejdet for Styregruppen for Databasen Børns Sundhed af:

Anne Maj Christensen, Carina Sjöberg Brixval, Maria Svendsen, Bjarne Laursen og Bjørn E. Holstein, alle fra Forskningsprogrammet for Børn og Unges Sundhed og Trivsel, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Styregruppe:

Ane Stallknecht, centerchef, Børne- og Ungerådgivningscentret, Høje-Taastrup Kommune

Anne Fogt Petersen, sundhedsplejerske, Lyngby-Taarbæk Kommune

Anne Lichtenberg, udviklingskonsulent, Region Hovedstaden

Anne Mette Skovgaard, overlæge, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup, Københavns Universitet

Annette Poulsen, sundhedsplejerske, Sundhedsstyrelsen

Birgitte Weile, overlæge, Region Hovedstaden

Bjørn Holstein, professor, Statens Institut for Folkesundhed

Else Marie Olsen, reservelæge

Lene Møller, leder af sundhedsplejen, Rødovre Kommune

Lisbeth Wilms, souschef Forebyggelse og Sundhedsfremme, Gentofte Kommune

Lone Dahlstrøm, leder af sundhedsplejen, Høje-Taastrup Kommune

Tove Kepp, praktiserende læge, Rødovre Kommune

Publikationen citeres således:

Christensen AM, Brixval CS, Svendsen M, Laursen B, Holstein BE. Årsrapport for børn født i 2008 og 2009 fra Databasen Børns Sundhed: Amning i 14 kommuner. København: Styregruppen for Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, 2011.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Tryk: Region Hovedstaden

Publikationen kan downloades fra internetadressen www.si-folkesundhed.dk

ISBN: 87-7899-181-1 (trykt)

Elektronisk ISBN: 87-7899-183-8

Indholdsfortegnelse

FORORD.....	4
ÅRSBERETNING 2008/09.....	6
I. RESUMÉ.....	6
II. INDLEDNING.....	7
III. PROGNOSTISKE FAKTORER OG BAGGRUNDSVARIABLE.....	8
III.I. SUNDHEDSPLEJERSKENS ARBEJDE.....	8
III.II. SOCIODEMOGRAFISKE FAKTORER.....	14
III.III. GRAVIDITET OG FØDSEL.....	14
III.IV. SYGDOM, LIVSSTIL SAMT SOCIALT NETVÆRK.....	18
IV. INDIKATORER.....	20
V. MANGLENDE OPLYSNINGER.....	28
AMMERAPPORT.....	31
1. RESUMÉ.....	31
2. INDLEDNING.....	33
2.1. AMNING I FOLKESUNDHEDSPERSPEKTIV.....	33
2.2. AMNING I ET HISTORISK PERSPEKTIV.....	36
2.3. FAKTORER, DER HAR INDFLYDELSE PÅ AMNING.....	39
2.4. FORMÅL.....	45
3. MATERIALE OG METODE.....	46
3.1. BAGGRUND.....	46
3.2. DATAGRUNDLAG.....	47
3.3. MÅLINGER OG VARIABLE.....	48
3.4. DATAANALYSE.....	51
4. RESULTATER.....	52
4.1. AMMEFREKVENSER.....	52
4.2. SUNDHEDSPLEJERSKENS ARBEJDE.....	54
4.3. SOCIODEMOGRAFISKE FAKTORER.....	57
4.4. VARIABLE KNYTTET TIL MOR.....	63
4.5. VARIABLE KNYTTET TIL BARNET.....	71
4.6. SYSTEMVARIABLE.....	78
4.7. SAMMENFATNING OM PRÆDIKTORER FOR AMNING.....	81
4.8. ANALYSE AF MANGLENDE OPLYSNINGER.....	81
5. DISKUSSION.....	85
5.1. DISKUSSION AF RESULTATER.....	85
5.2. DISKUSSION AF METODE.....	87
5.3. IMPLIKATIONER.....	87
6. REFERENCER.....	89
7. BILAG.....	93

Forord

Denne syvende årsrapport fra databasen Børns Sundhed er baseret på sundhedsplejerskernes journaldata på 7.312 børn i alderen 0 – 1 år, født fra den 1. januar 2008 til den 31. december 2008, samt 6.980 børn, født fra den 1. januar 2009 til den 31. december 2009. Børnene er fordelt på 14 kommuner. I modsætning til de tidligere årsrapporter indeholder denne rapport data om to årgange, 2008 og 2009.

Denne årsrapport afviger fra tidligere årsrapporter, idet den er todelt. Den rummer dels en årsberetning med data fra alle deltagende kommuner og dels en rapport med fokus på et udvalgt tema. Desuden vil hver af de deltagende kommuner modtage en rapport, udelukkende omhandlende data fra egen kommune. Kommunerapporterne indeholder ligeledes det udvalgte tema. Denne årsrapports tema er amning. Valget af dette område skyldes, at ernæring har stor betydning for barnets vækst og trivsel og dermed stor indflydelse på folkesundheden. Hver af de deltagende kommuner modtager herudover en rapport med kommunens egne data, ligeledes med en undersøgelse om det udvalgte tema: amning.

Den kliniske kvalitetsdatabase Børns Sundhed beskriver børns sundhed med udgangspunkt i sundhedsplejerskernes virksomhed. Databasen Børns Sundhed indeholder data om 0-1-årige børn fra 2002 og frem. Fra 2007 er databasen suppleret med data om børn ved indskolingen. Formålet med databasen er 1) at monitorere børns sundhed, 2) at monitorere ydelser fra Den Kommunale Sundheds-tjeneste, 3) at skabe grundlag for videreudvikling af sundhedsplejens ydelser og 4) at skabe basis for videnskabelige projekter.

Data er indhentet ved brug af en kvalitetsudviklet sundhedsplejerskejournale. Dette betyder ensartet praksis samt en systematisk og sammenlignelig dokumentation af sundhedsplejerskernes ydelser. De kommuner, der er tilsluttet databasen, modtager årsrapporter med bearbejdede data samt egne rådata, der indeholder samtlige data fra journalerne. Data kan anvendes til at orientere kommunens politiske og administrative ledelse samt til at planlægge og drøfte nye initiativer eller ændringer af den daglige praksis samt følge børns sundhed lokalt.

Resultaterne fra Børns Sundhed har blandt andet bevirket, at flere af kommunerne har indført barselsbesøg, screening for efterfødselsreaktioner, styrket indsats til for tidligt fødte børn og systematiske besøg i småbørnsalderen. Børnepsykiateren Anne Mette Skovgaard har benyttet data fra en særskilt og beslægtet database, Copenhagen Child Cohort, til at vise, at børn med psykiske problemstillinger kan opspores allerede ved udgangen af første leveår. På denne baggrund er der i 2010 igangsat et forskningsprojekt til udvikling, afprøvning og validering af et screeningsinstrument til brug i sundhedsplejerskebesøg, når barnet er 9 – 10 måneder. Der er bevilget midler til dette forskningsprojekt fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet og fra TrykFonden.

Databasen ledes af en tværfaglig og tværsektorielt sammensat Styregruppe, der har ansvar for, at formålet for databasen udmøntes. Databasen er beliggende på Statens Institut for Folkesundhed (SIF) ved Syddansk Universitet. SIF er ansvarlig for den daglige drift af databasen. Én gang årligt foretages udtræk af data om spædbørn til brug for analyser til årsrapporten om de 0-1-årige og et tilsvarende udtræk af

børn, der er indskolet det pågældende skoleår. På grundlag af disse udtræk udarbejdes en årsberetning om 0-1-årige børn, en årsberetning om indskolingsbørn samt rapporter til hver af de deltagende kommuner om kommunens 0-1-årige børn og indskolingsbørn.

Alle kommuner, der anvender elektroniske journaler, der er godkendt til at levere data til Børns Sundhed, kan tilslutte sig databasen og indgå i samarbejdet. Hver kommune "ejer" egne data. Kommunerne modtager de bearbejdede data i form af årsrapporter og kommunerapporter samt de ubehandlede data til brug for egne formål i kommunen.

Årsrapporten er udarbejdet af videnskabelig assistent Anne Maj Christensen, videnskabelig assistent Carina Sjöberg Brixval, studentermedhjælper Maria Svendsen samt professor Bjørn E. Holstein. Data er oparbejdet af seniorforsker Bjarne Laursen og studentermedhjælper Maria Svendsen, alle fra SIF. Tak til sundhedsplejerske og MPH Janni Ammitzbøll for gennemlæsning og værdifulde kommentarer til årsrapporten.

En særlig stor tak til alle sundhedsplejerskerne og de ledende sundhedsplejersker i de deltagende kommuner for det positive og engagerede samarbejde – det er helt afgørende for den fortsatte udvikling af databasen.

Lisbeth Wilms

Formand for Styregruppen

Årsberetning 2008/09

I. Resumé

Denne årsberetning rummer ligesom de foregående årsrapporter registreringer af populationen i databasen Børns Sundhed. Denne årsberetning rapporterer om de 14.292 børn i databasen, der er født i 2008 og 2009. Årsberetningen beskriver sundhedsplejerskens arbejde, sociodemografiske faktorer, graviditet, fødsel samt familiens sygdomme, livsstil og sociale netværk. De fleste resultater ligner resultater fra årsrapporten om børn født i 2007, men der er undtagelser:

- Forekomsten af bemærkninger til fødslen er 46,7 % blandt populationen i denne årsberetning, hvilket er knap 7 procentpoint højere end i årsrapporten fra 2007.
- Andelen af børn, der er udskrevet før seks timer (ambulant fødsel), er steget markant. I 2007 blev 6,4 % af børnene udskrevet før seks timer, mens det for børn født i 2008 og 2009 er 12,9 %.
- Andelen af familier, der kan opnå støtte fra netværk (bedsteforældre, anden familie og venner), er lidt lavere i denne årsberetning, end tilfældet var i årsrapporten for 2007.

Af øvrige resultater kan nævnes, at:

- 56,6 % af børnene er set af en sundhedsplejerske inden for de første ni levedage.
- En stor andel af børnene (41,8 %) har haft to kontakter med sundhedsplejen inden for den første levemåned.
- Ved barnets fødsel er gennemsnitsalderen for mor 31,2 år, mens gennemsnitsalderen for far er 33,8 år.
- 14,5 % af mødre og 13,2 % af fædre har maksimalt 10. klasse som uddannelsesniveau.
- 10,3 % af mødre og 8,3 % af fædre har anden etnisk baggrund end dansk.
- 94 % af børnene var født inden for normal gestationsalder (graviditetsuge 37-44).
- Knap 94 % af børnene scorede 10 point i apgarscore fem minutter efter fødslen.
- Knap 40 % af børnene er familiært disponerede for allergi, det vil sige, at mor, far eller søskende er diagnosticeret med allergi.

Til denne årsberetning er udvalgt nogle indikatorer med henblik på at kunne måle kvaliteten af ydelser, indsats og resultater inden for sundhedsplejen. Indikatorerne viser andelen af børn, der har bemærkninger, det vil sige, hvor barnet har en reaktion, der ikke er forventelig i forhold til alderstrinnet eller, som kræver yderligere observation eller handling. Ved 8-10 måneders alderen (D-besøget) ses:

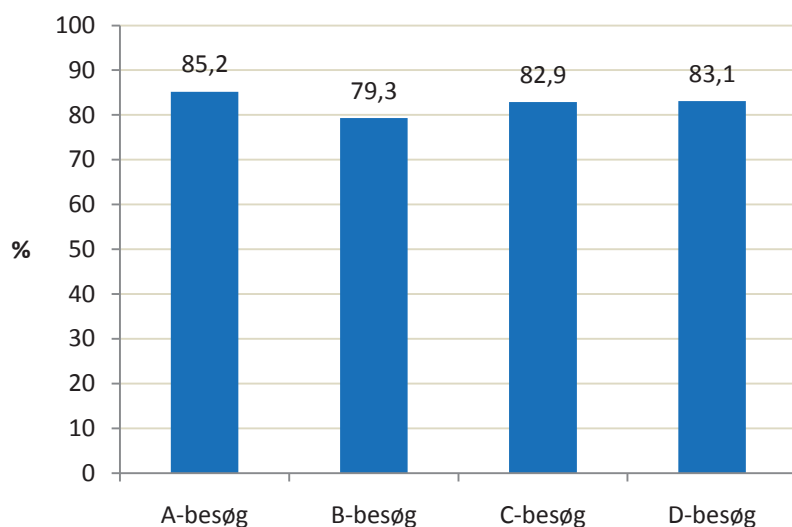
- 8,1 % bemærkninger til barnets signaler og reaktioner.
- 5,1 % bemærkninger til forældre/barn-kontakt.
- 4,2 % bemærkninger til barnets kommunikation.
- 30,9 % bemærkninger til barnets motorik.
- 11,3 % bemærkninger til barnets øje-hånd-koordination.

II. Indledning

Formålet med denne årsberetning er at give et statusbillede af populationen i databasen Børns Sundhed. Årsberetningen omfatter børn født i 2008 og 2009 i de 14 kommuner, der indgår i databasesamarbejdet. Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Køge, Lyngby-Taarbæk, Tårnby og Vejle kommuner har indsendt data via udtræk fra elektroniske sundhedsplejerskejournaler, mens papirjournalerne er scannet ind for Albertslund og Rødovre kommuner. Ballerup Kommune indgår med både papirjournaler og elektroniske journaler. Dragør og Hvidovre kommuner indgår kun med data for børn født i 2008. Det samlede antal børn er 14.292, henholdsvis 7.312 børn født i 2008, og 6.980 børn født i 2009.

Sundhedsplejerskerne i de kommuner, der deltager i samarbejdet om den kliniske Database Børns Sundhed, gennemfører fire besøg placeret på centrale tidspunkter for det 0-1-årige barns tilknytning og udvikling. A-besøget er etableringsbesøget, der bortset fra barselsbesøget er det første besøg, der aflægges efter fødslen. B-besøget aflægges, når barnet er 2-3 måneder, C-besøget, når barnet er 4-6 måneder, og D-besøget, når barnet er 8-10 måneder. I figuren nedenfor (II.a) ses forekomsten af de fire besøg i databasen.

Figur II.a. Forekomst af besøg A, B, C og D blandt børn født i 2008 og 2009



Af figuren ses, at flest børn har registreret et A-besøg, mens forekomsten af et B-besøg er lavest. Andelen af børn, der ikke har et besøg, varierer mellem 15 og 20 %.

I tabellen nedenfor ses forekomsten af registrerede A-, B-, C- og D-besøg for de enkelte kommuner. Der er en tendens til, at det er de mindre kommuner, der har en højere andel af registrerede besøg.

Tabel II.a. Antal nyfødte i de kommuner, der indgår i databasen, og forekomst af registrerede A-, B-, C- og D-besøg

	Antal nyfødte i 2008 og 2009	Procent af børnene, der har haft det respektive besøg			
		A-besøg	B-besøg	C-besøg	D-besøg
Albertslund	598	96,2	89,1	92,3	90,8
Ballerup	954	93,4	87,7	90,4	90,6
Brøndby	843	85,4	72,8	80,6	83,4
Dragør	138	92,8	83,3	90,6	89,1
Gentofte	1.659	84,8	80,5	85,9	83,4
Glostrup	594	80,3	70,9	77,4	76,3
Herlev	641	84,4	72,1	78,5	75,8
Hvidovre	436	98,9	94,0	93,1	94,0
Høje-Taastrup	1.262	83,4	81,4	81,9	86,4
Køge	1.490	80,4	71,5	76,0	79,8
Lyngby-Taarbæk	1.170	82,0	78,0	79,0	81,5
Rødovre	942	91,3	86,3	89,8	90,0
Tårnby	757	85,5	76,6	81,1	79,1
Vejle	2.808	81,4	78,4	81,6	79,6
Hele populationen	14.292	85,2	79,3	82,9	83,1

I de følgende afsnit gennemgås en række beskrivende variable, omhandlende sundhedsplejerskernes arbejde, sociodemografiske faktorer, fertilitetsbehandling, graviditet, fødsel samt familiens sygdomme, livsstil og socialt netværk. Variablene stammer fortrinsvis fra stamdata, som indeholder oplysninger om barnet, familien, sundhedsforhold og risikofaktorer. Der rapporteres for de børn, der har registrerede oplysninger i den enkelte variabel, hvis ikke andet er angivet. Andelen af uoplyste vil være opgivet for hver variabel undervejs, og problematikken omtales samlet sidst i årsberetningen (afsnit V).

Udvalgte resultater sammenlignes med resultater fra tidligere fødselsårgange i databasen Børns Sundhed. Der har over årene været en mindre udskiftning i deltagende kommuner i databasen.

III. Prognostiske faktorer og baggrundsvARIABLE

III.I. Sundhedsplejerskens arbejde

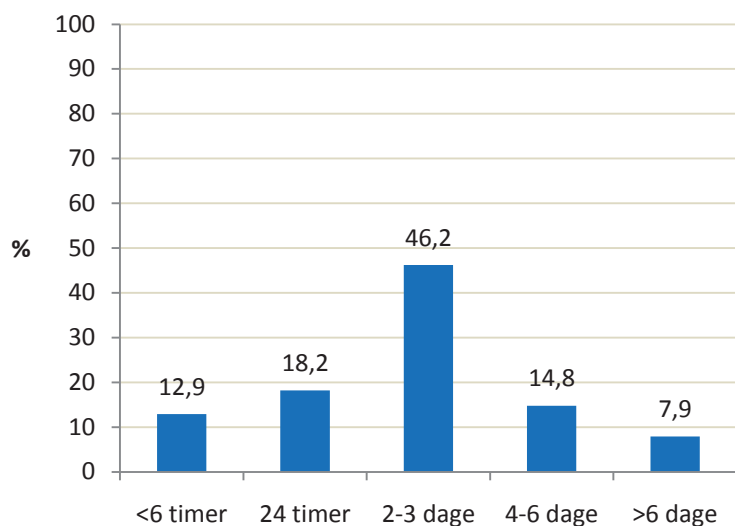
Graviditetsbesøg

I nogle kommuner tilbydes besøg af sundhedsplejersken under graviditeten som en del af tilbuddet fra den kommunale sundhedspleje. I forbindelse med besøget udfylder sundhedsplejersken et besøgsark. Der er udfyldt graviditetsbesøgsark for 4,5 % af børnene, og langt de fleste af disse (81,6 %) er registreret med et enkelt besøg.

Indlæggelseslængde

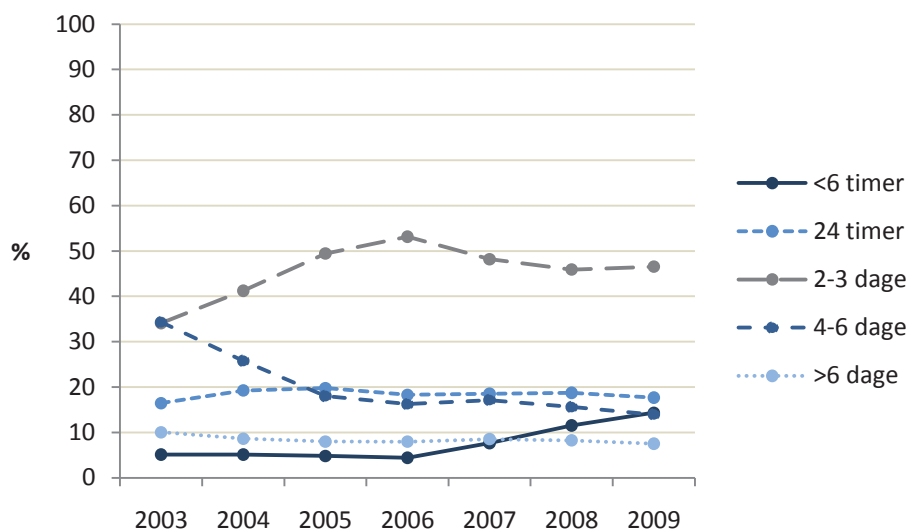
Hvor længe barnet er indlagt efter fødslen afspejler ikke sundhedsplejerskernes virke, men indlæggelseslængden har betydning for sundhedsplejerskernes arbejde. I nedenstående figur (III.a) ses det, at størstedelen af børnene født i 2008 og 2009 udskrives to til tre dage efter fødslen (46,2 %). Der er 20,7 % af journalerne, der ikke indeholder oplysninger om udskrivningstidspunkt.

Figur III.a. Fordeling af fødslerne efter indlæggelseslængde



I figur III.b nedenfor ses det, hvordan fordelingen af indlæggelseslængden har ændret sig i årene 2003-2009. Samlet set ses en forskydning i indlæggelseslængden, således at mor og barn gennem perioden udskrives stadig tidligere fra fødestedet. I 2003 var lige mange indlagt i to til tre dage og fire til seks dage. Det ses, at der i årene fra 2003 til 2006 var flere og flere, der var indlagt i to til tre dage efter fødslen, mens der var færre og færre, der var indlagt i fire til seks dage. I årene 2006 til 2009 ses en tredobling i andelen, der er indlagt i under seks timer (ambulant fødsel) - fra 4,4 % i 2006 til 14,3 % i 2009. I samme periode ses et fald i andelen, der er indlagt i to til tre dage efter fødslen. Der er således tale om en markant stigning i andelen af tidlige udskrivelser.

Figur III.b. Fordeling af indlæggelseslængde 2003-2009*



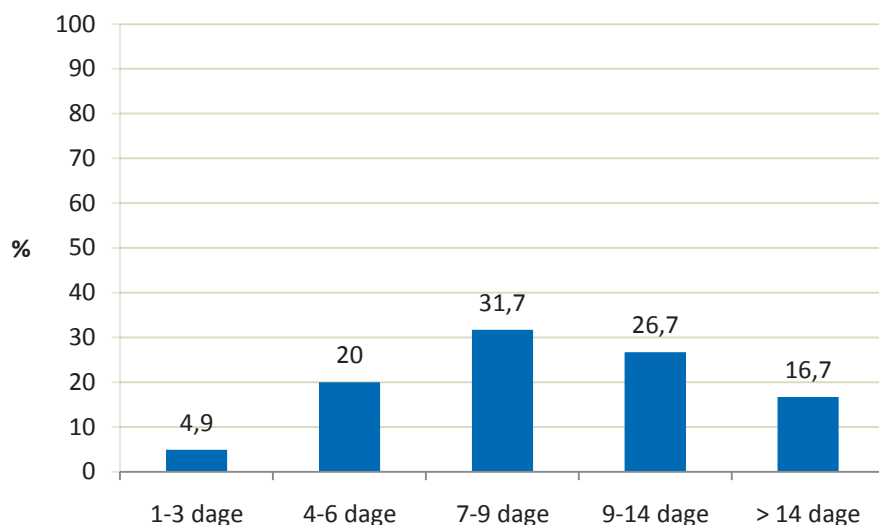
*Der mangler data fra 2002, hvor der ikke er oplysninger om indlæggelseslængden.

Barnets alder ved den første kontakt med sundhedsplejen

Barnets alder ved første kontakt med sundhedsplejen er defineret som alder ved A-besøget eller ved første vejning af barnet udført af sundhedsplejen, f.eks. i forbindelse med barselsbesøg.

I figur III.c nedenfor ses det, at mange af børnene født i 2008 og 2009 har den første kontakt med sundhedsplejen, når de er mellem syv og ni dage gamle (31,7 %). 25 % af de nyfødte har deres første kontakt med sundhedsplejen, inden de er en uge gamle. En stor andel af børnene har først deres første kontakt, når de er over 14 dage gamle (16,7 %). Denne gruppe indeholder også tilflyttere samt børn, der har været indlagt længe efter fødslen, eksempelvis for tidligt fødte. 5,7 % af børnene har ikke oplysning om alder ved første besøg. En fremtidig opgave er at gennemføre mere indgående analyser til afklaring af, hvem der ikke har kontakt med sundhedsplejersken de første 14 dage af barnets liv.

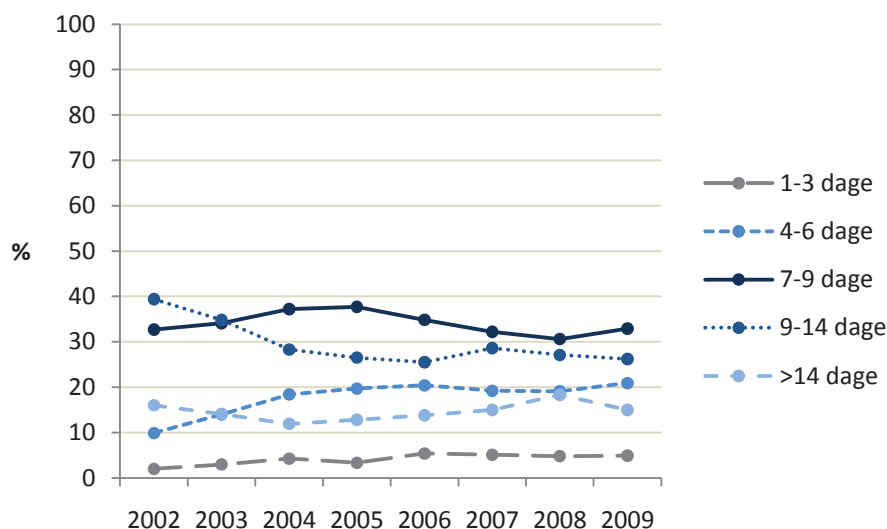
Figur III.c. Fordeling af barnets alder ved første kontakt til sundhedsplejen



Lovmæssigt set er det regionerne, der har ansvaret for barselsplejen og omsorg for det nyfødte barn indtil barnet er syv dage gammelt eller til første besøg af sundhedsplejersken er aflagt. Første besøg i databasesamarbejdet er A-besøget, men flere kommuner aflægger et barselsbesøg, når barnet er to til fem dage gammelt. Sundhedsstyrelsen anbefaler et tidligt besøg af sundhedsplejen i de tilfælde, hvor mor og barn er udskrevet tidligt efter fødslen (Sundhedsstyrelsen 2011).

Nedenfor vises udviklingen i barnets alder ved første kontakt med sundhedsplejen i perioden 2002 til 2009.

Figur III.d. Fordeling af barnets alder ved første kontakt med sundhedsplejen 2002-2009

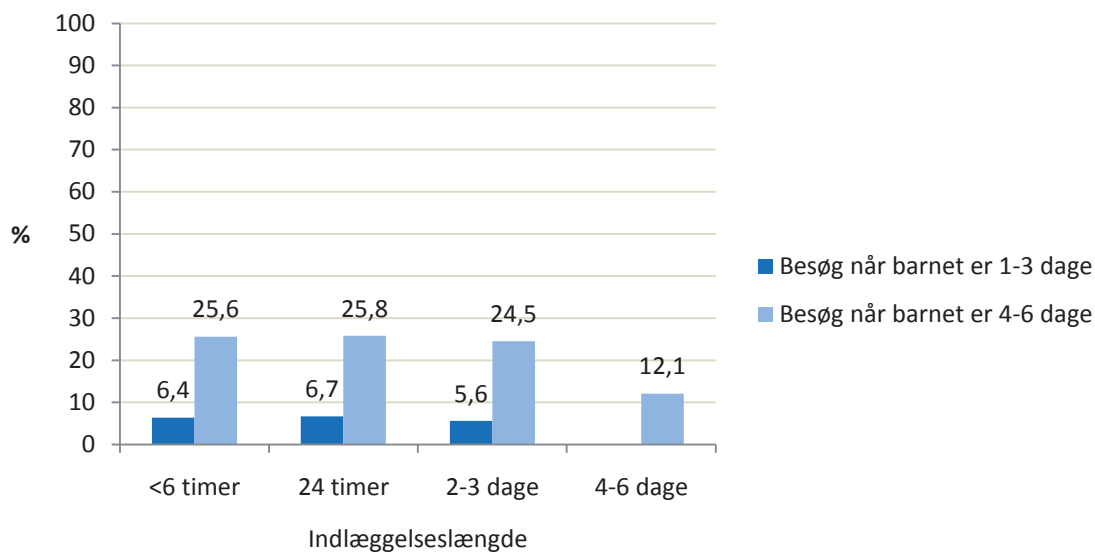


I figur III.d ses en stigning i andelen, der har deres første kontakt med sundhedsplejen, når de er en til tre dage gamle. I 2002 var andelen 2 %, mens den i 2009 er 4,9 %. I perioden 2002-2004 ses en stigning i andelen af børn, der har deres første kontakt, når de er fire til seks dage gamle, og når de er mellem syv og ni dage gamle. Samtidig ses i samme periode et fald i andelen af børn, der har deres første kontakt, når de er 9-14 dage og over 14 dage gamle. Det kan derfor konkluderes, at flere børn blev besøgt tidligt af sundhedsplejersken i 2002-2004.

Sammenhæng mellem indlæggelseslængde og første besøg

Af figur III.b ses det, at der i perioden 2003 til 2006 skete en kraftig stigning i andelen, der blev udskrevet efter to til tre dage, og et fald i andelen, der blev udskrevet efter fire til seks dage efter fødslen, og samtidig steg andelen, der havde deres første kontakt til sundhedsplejen, når de var under seks dage gamle. Denne tendens er ikke fortsat i perioden fra 2006 til 2009, selv om der i denne periode er sket en kraftig stigning i andelen, der udskrives efter seks timer (ambulant fødsel). Sundhedsstyrelsen anbefaler et tidligt hjemmebesøg hos de kvinder, der er udskrevet tidligt fra fødestedet – særligt hvis der er tale om en ambulant fødsel. Ud fra denne anbefaling må man forvente flere tidlige besøg hos de tidligt udskrevne. I figuren nedenfor (III.e) vises sammenhængen mellem indlæggelseslængde og første kontakt til sundhedsplejen.

Figur III.e. Forekomst af tidlig kontakt med sundhedsplejen, opdelt efter indlæggelseslængde



Af figur III.e ses det, at der ikke er nogen tendens til, at de tidligt udskrevne har tidlig kontakt til sundhedsplejen. Samme andel (ca. 6 %) har første kontakt til sundhedsplejen, når barnet er en til tre dage gammelt, uanset om mor og barn er udskrevet inden for seks timer efter fødslen, efter 24 timer eller efter to til tre dage. Ligeledes er det samme andel (ca. 25 %), der har første kontakt til sundhedsplejen, når barnet er fire til seks dage gammelt uanset indlæggelseslængde.

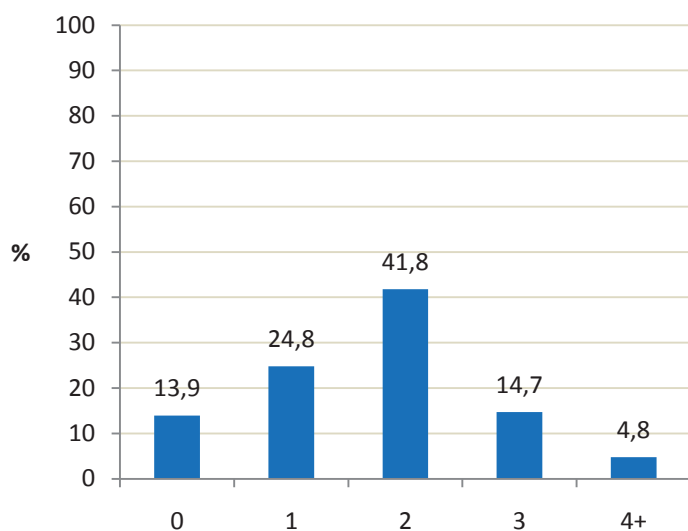
På baggrund af Sundhedsstyrelsens anbefaling af et tidligt besøg af sundhedsplejersken til de tidligt udskrevne kvinder, anbefales et øget samarbejde mellem fødested og sundhedsplejen.

Sundhedsplejen bør tilføres ekstra ressourcer, hvis de skal udføre flere tidlige besøg.

Antal kontakter med sundhedsplejersken de første 30 dage

Antallet af kontakter med sundhedsplejersken i de første 30 dage er defineret ud fra antallet af vejninger samt registrerede A-besøg. I figur III.f nedenfor vises fordelingen af børnene efter antal kontakter de første 30 dage af barnets liv.

Figur III.f. Fordeling af børnene efter antal kontakter med sundhedsplejen de første 30 dage



Af figuren ses det, at størstedelen af børnene (41,8 %) har to kontakter med sundhedsplejersken i de første 30 levedage. Det ses også, at knap 14 % ikke har nogle kontakter; denne gruppe kan dække over børn, der er indlagt i den første del af deres liv, samt tilflyttere, der ikke har været tilknyttet en af databasens kommuner de første 30 dage af barnets liv. Kategorien 4+ besøg rummer også en ganske lille gruppe af børn, som har fået mange besøg indenfor de første 30 dage, helt op til ni besøg. Dette er formentlig børn med svære helbredsmæssige problemer eller alvorlige sociale problemer i hjemmet. En fremtidig opgave er at gennemføre mere indgående analyser til afklaring af, hvem der ikke har kontakt med sundhedsplejersken de første 30 dage.

III.II. Sociodemografiske faktorer

Forældrenes alder

Mødrenes gennemsnitsalder ved barnets fødsel er 31,2 år (variation 15,2 – 51,8 år). For førstegangsfødende mødre (n=6.304) er gennemsnitsalderen 29,8 år (variation: 15,2 – 47,4 år). Der er 195 mødre (1,5 %) under 20 år. Fædrenes gennemsnitsalder ved barnets fødsel er 33,8 år (variation: 15,3 – 72,0 år). For 1.230 mødre og 1.860 fædre mangler angivelse af cpr-nummer, hvorfor alderen ikke har kunnet beregnes. Derudover var der fejl med enkelte cpr-numre, hvilket medførte, at alderen antog urealistiske værdier. Disse er slettet af datamaterialet.

Forældres uddannelse og erhvervsstatus

Sundhedsplejersken har registreret oplysninger om forældrenes skolegang og aktuelle erhvervsstatus. Af de, der er registreret med oplysning om skolegang, har 1.248 mødre, svarende til 14,5 %, og 932 fædre, svarende til 13,2 %, maksimalt 10. klasse som deres uddannelsesniveau. Der mangler at blive registreret oplysninger om denne variabel for 39,7 % af mødrene, mens der mangler oplysninger for 50,4 % af fædrene.

25,2 % af mødrene og 9,7 % af fædrene er registreret uden aktuelt erhverv. Denne andel svarer til rapporteringen i årsrapporten fra 2007. Der mangler oplysninger for 49,9 % af mødrene og 56,6 % af fædrene.

Familietype

Sundhedsplejerskerne registrerer i stamdata om barnet bor sammen med begge forældre, i en sammenbragt familie eller med en enlig forælder. Størstedelen af børnene med 94,7 % bor sammen med både mor og far, mens 4,3 % bor sammen med den ene forælder, og 1 % bor i en sammenbragt familie. For 15,6 % af børnene er der ingen oplysning om familietype.

Forældres etniske baggrund

I den samlede population har 10,2 % af børnene en mor med anden etnisk baggrund end dansk. Heraf er 393 anden- eller tredjegerationsindvandrere, svarende til 2,7 % af alle mødre. Af fædrene har 8,2 % anden etnisk baggrund end dansk, og 2,1 % er anden- eller tredjegerationsindvandrere. Information om forældres etniske baggrund er ikke udfyldt for 89,8 % af mødrene og 91,9 % af fædrenes. Feltet om etnisk baggrund skal kun udfyldes, hvis forældrene har anden etnisk baggrund end dansk, derfor dækker de fleste manglende oplysninger formentlig over danske forældre.

III.III. Graviditet og fødsel

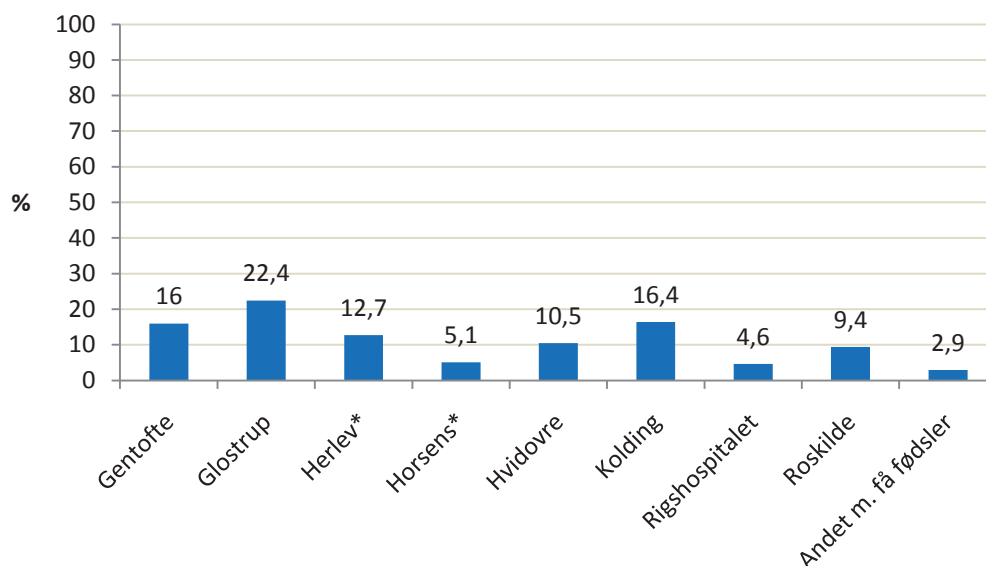
Fertilitetsbehandling

822 børn, svarende til 9,3 %, er født efter fertilitetsbehandling. I årsrapporten fra 2007 var andelen af børn født efter fertilitetsbehandling 8,1 %. Information om fertilitetsbehandling mangler for 38,0 % af børnene.

Fødested, fødselsforløb og indlæggelseslængde

De fleste danske kvinder føder på hospital, og nedenfor vises fordelingen af fødsler på forskellige fødesteder.

Figur III.g. Fordeling af børn efter fødested

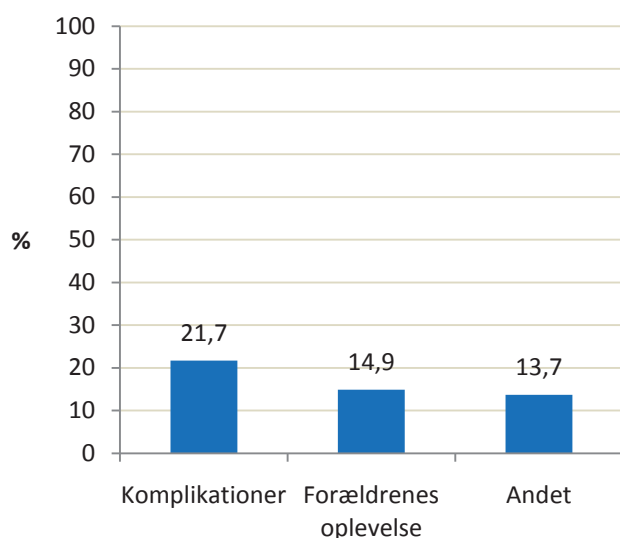


*Spædbarnsvenlige fødesteder

Af figuren ses det, at databasen rummer en stor andel børn født på hospitalerne i Gentofte, Glostrup, Herlev og Kolding. Kategorien "Andet med få fødsler" dækker over et antal fødesteder, hvor kun få af databasens børn er født, og rummer fortrinsvis fødsler fra Frederiksberg Hospital samt Hillerød og Herning sygehuse. Herlev og Horsens er godkendt som spædbarnsvenlige fødesteder, og 17,8 % af børnene i databasen er født på et af disse. I 31,5 % af journalerne er der ikke oplysninger om, hvilket sygehus børnene er født på.

Ved etableringsbesøget registrer sundhedsplejerskerne, hvis der ingen bemærkninger er i forbindelse med fødslen. Forekomsten af bemærkninger i forbindelse med fødslen er 46,7 %, hvilket er knap 7 procentpoint højere end i årsrapporten fra 2007. For de børn, hvor der er bemærkninger i forbindelse med fødslen, registreres disse. Nedenstående figur (III.h) viser forekomsten af de forskellige bemærkninger til fødslen.

Figur III.h. Forekomst af bemærkninger i forbindelse med fødslen



For 22,8 % af børnene er der ikke information om bemærkninger i forbindelse med fødslen.

Køn, flerfødsel og paritet

Der er født 454 flere drenge end piger i 2008/09, svarende til en fordeling på 48,4 % piger og 51,6 % drenge. Denne fordeling stemmer overens med fødselsregistret fra første halvår af 2008, hvor 48,7 % af de nyfødte var piger (Sundhedsstyrelsen 2008).

259 børn, svarende til 1,8 %, er flerfødt; det vil sige tvillinger eller trillinger. Denne andel svarer til tidligere årsrapporter, men er lidt under landsgennemsnittet, hvor tvillinge- og trillingefødsler i første halvår af 2008 udgjorde 2,2 % af alle fødsler (Sundhedsstyrelsen 2008).

Fordelingen af fødsler efter mors barn-nummer er følgende: mors første barn 52,9 %, mors andet barn 31,3 %, mors tredje barn 12,1 %, mors fjerde barn 2,8 % og mors barn nummer 5 eller højere 0,9 %, mens fordelingen af fødsler efter fars barn nummer er følgende: fars første barn 54,5 %, fars andet barn 28,8 %, fars tredje barn 12,4 %, fars fjerde barn 3,2 % og fars barn nummer fem eller højere 1,2 %. Andelene ligger på niveau med årsrapporten fra 2007. I 1.359 (9,5 %) tilfælde mangler oplysninger om paritet (paritet fortæller, om barnet er den førstefødte eller et senere barn) for moderens vedkommende, mens der mangler oplysninger om paritet for faderen i 1.715 (12,0 %) tilfælde.

I forhold til Sundhedsstyrelsens opgørelse af mødrenes paritet fra 2007 ligger andelen af første fødsel højt i databasen. Andelen af mødre, der var førstegangsfødende i Sundhedsstyrelsens fødselsregister fra 2007, var 42,5 % i første halvår og 43,9 % i andet halvår (Sundhedsstyrelsen 2008).

Gestationsalder

Gestationsalder er den graviditetsuge, hvor barnet er født. Denne information er indhentet fra fødselsanmeldelsen, og det ses, at langt hovedparten af børnene (94,0 %) er født inden for normalområdet (37-44 uger). Gestationsalderen for de resterende børn fordeler sig på følgende måde: 0,4 % er født i uge 20-28 (ekstremt tidligt født), 1,1 % er født i uge 29-33 (meget tidligt født), mens 4,6 % er født i

uge 33-36 (tidligt født). Denne fordeling er i overensstemmelse med årsrapporten fra 2007 og med landsgennemsnittet for første halvår 2008 (Sundhedsstyrelsen 2008).

En andel på 20,8 % af børnene har ikke oplysninger om gestationsalder eller har urealistiske oplysninger, det vil sige var ikke født mellem uge 20 og 44 (n=30).

Apgarscore

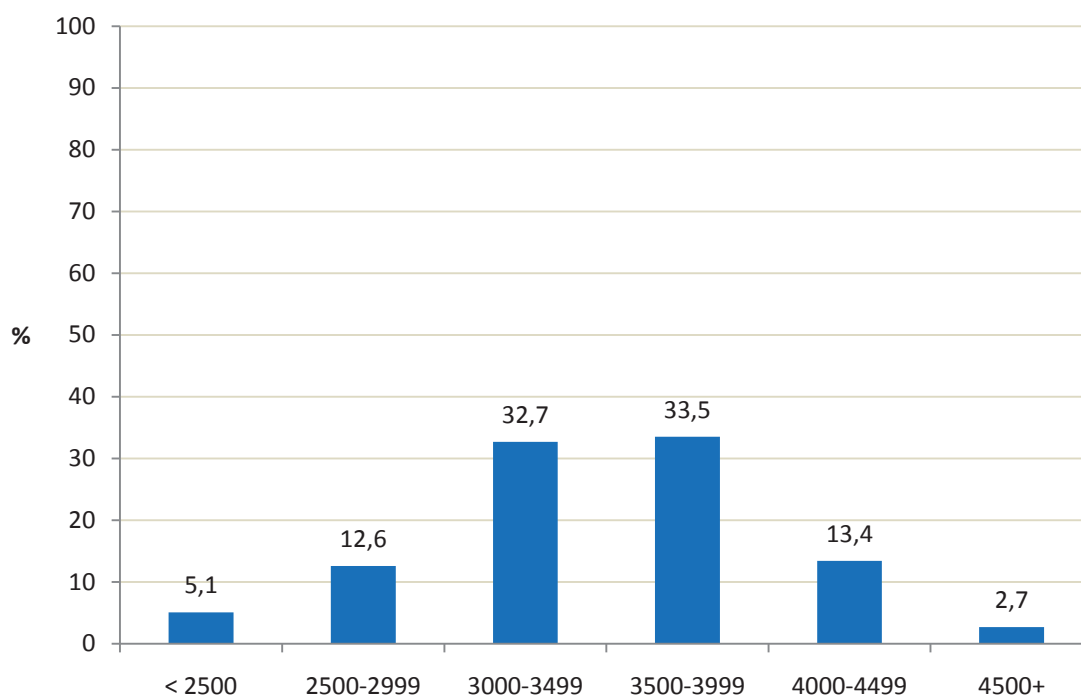
Apgarscore er et mål for vurdering af barnets tilstand lige efter fødslen. Fem minutter efter fødslen vurderer man og tildeler fra nul til to point på fem områder (vejrtrækning, hudfarve, hjerteslag, reflekser og muskelspændinger). Således kan barnet score fra 0-10 point i apgarscore. En apgarscore under 7 efter fem minutter er som regel tegn på iltmangel under fødslen, hvilket kan føre til neurologiske skader (Sundhedsstyrelsen 2008). Oplysninger om apgarscore er hentet fra fødselsanmeldelsen til sundhedsplejerskernes journal.

Fordelingen af apgarscore efter fem minutter er som følgende: 0,3 % har scoret 1-4 point, 0,4 % har scoret 5-6 point, 5,5 % har scoret 7-9 point, mens 93,9 % har scoret 10 point. Langt hovedparten af børnene – næsten 94 % - opnår altså maksimal apgarscore fem minutter efter fødslen. Disse andele er i overensstemmelse med årsrapporten fra 2007 og med landsgennemsnittet fra første halvår 2008 (Sundhedsstyrelsen 2008). For 2.949 børn (20,6 %) var apgarscore uoplyst eller større end 10 (n=21).

Fødselsvægt

Oplysninger om fødselsvægt i journalerne er hentet fra fødselsanmeldelsen, og fordelingen ses i nedenstående figur (III.i). 5,1 % af børnene er født med en vægt under 2500 gram, hvilket svarer godt til Sundhedsstyrelsens opgørelse, hvor 4,8 % af alle levendefødte i første halvår af 2008 vejede under 2500 gram (Sundhedsstyrelsen 2008). Gennemsnitsvægten ved fødslen var 3455 gram (variation: 580 gram – 5700 gram), hvilket er en smule lavere end i årsrapporten fra 2007, hvor gennemsnitsvægten var 3500 gram.

Figur III.i. Fordeling af fødselsvægt



For 2.640 børn, svarende til 18,5 %, er der ikke information om fødselsvægt.

Handicap og misdannelser ved fødslen

292 (4,4 %) af børnene er angivet som havende et medfødt handicap eller misdannelse. Med handicap menes anomalier, der forventes at give barnet tab eller begrænsninger i mulighederne for at deltage på lige fod med andre, men det er ikke registreret, hvilke handicap og misdannelser det drejer sig om. Det kan således være lige fra små til vidtgående handicap. Andelen af børn med handicap og misdannelser er næsten uændret fra de tidligere årsrapporter. I 7.712 (54,0 %) af journalerne er information om medfødte handicap eller misdannelser uoplyst.

III.IV. Sygdom, livsstil samt socialt netværk

Sygdom og handicap hos forældrene

I vejledningen til registrering i journalen er det angivet, at der skal noteres sygdomme og handicap hos forældrene samt arvelige dispositioner, der kan have indflydelse på barnets udvikling. Ved sygdomme og handicap forstås både fysiske og psykiske lidelser. 1.754 mødre, svarende til 15,2 % var registreret med sygdomme/handicap, mens dette var tilfældet for 1.151 (10,6 %) af fædrene. Hos 408 børn, svarende til 3,8 % var begge forældre angivet som havende en sygdom eller et handicap, der kan have indflydelse på barnets udvikling. For 19,3 % af mødrene og 23,8 % af fædrene findes ikke oplysninger i journalen om sygdom og handicap.

Allergi i familien

Der er 4.728 børn i databasen (39,6 %), der er registreret med lægediagnosticeret allergi hos mor, far og/eller søskende, hvilket svarer til 39,6 %. I årsrapporten 2007 havde 38 % allergisk disponering fra mor, far og/eller søskende. Der mangler oplysninger om allergisk disponering fra mor, far og/eller søskende i 2.366 tilfælde, svarende til 16,6 % af børnene.

Rygning

1.533 (14,8 %) af børnene i databasen er ifølge registreringen udsat for passiv rygning. På landsplan er det 15,7 % af de 0-årige børn, der er udsat for passiv rygning (Johansen et al. 2009), og der er således god overensstemmelse med landsdækkende data. I 3.938 journaler, svarende til 27,6 %, er der ikke registreret oplysninger om, hvorvidt barnet er udsat for passiv rygning.

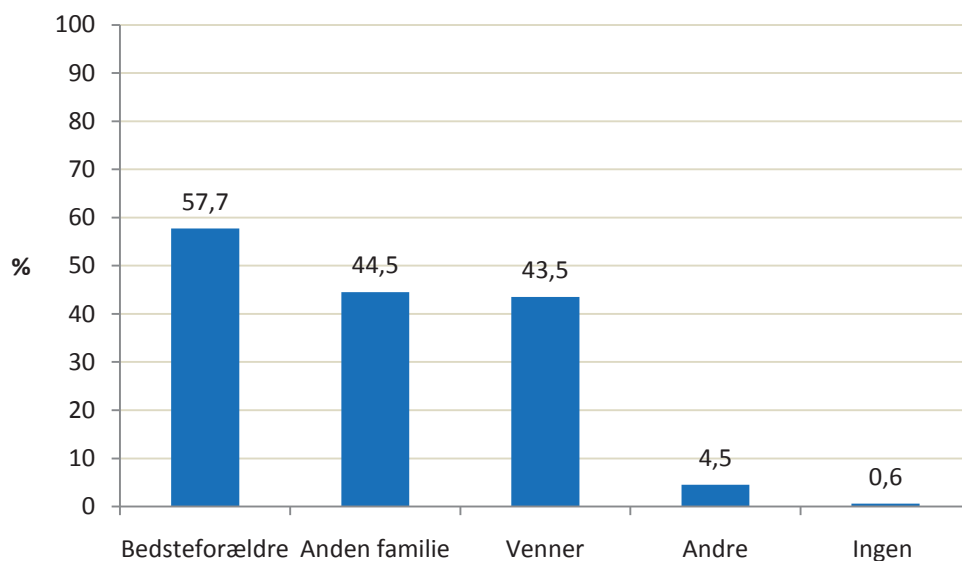
Nedsat omsorgsevne på grund af alkohol eller andet misbrug

Sundhedsplejerskerne vurderer, om forældrenes omsorgsevne er nedsat på grund af alkohol eller andet misbrug. I alt er 19 mødre (0,2 %) og 68 fædre (0,7 %) registreret til at have nedsat omsorgsevne på grund af alkohol og/eller andet misbrug. Syv børn har både en mor og en far med nedsat omsorgsevne på grund af alkohol og/eller andet misbrug. Denne observation er præget af en høj andel manglende besvarelser af spørgsmålet, idet oplysninger mangler for 27,2 % af mødrene og 32,0 % af fædrene.

Socialt netværk

Et godt socialt netværk er en beskyttende faktor i forhold til blandt andet sundhedsproblemer. Sundhedsplejerskerne registrerer den del af familiernes sociale netværk, der støtter og hjælper forældrene i forhold til barnet. Langt de fleste forældre har støtte fra flere dele af netværket, hvoraf familien tegner sig for størstedelen. Figuren nedenfor (III.f) viser, hvor mange procent af mødrene, der har støtte fra bedsteforældre, anden familie, venner og andre, samt hvor mange, der intet socialt netværk har. Denne opgørelse er set i forhold til det samlede datamateriale, og ikke kun i forhold til de, der har oplysninger om socialt netværk.

Figur III.f. Forekomst af støtte fra familiernes sociale netværk



Andelen, der har de respektive netværk, er lidt lavere, end tilfældet var i årsrapporten for 2007. I forhold til årsrapporten 2005 ligger andelen med støtte fra bedsteforældre omkring 20 procentpoint lavere i 2008/09, og andelen af anden familie og venner ligger 12-15 procentpoint under. Det kunne således tyde på, at flere ikke har disse netværk. Blandt de børn, der er født i 2008 og 2009, er 0,6 % registreret som, at de intet socialt netværk har. Dette er et fald i forhold til årsrapporten fra 2007, hvor den tilsvarende andel var på 0,94 %.

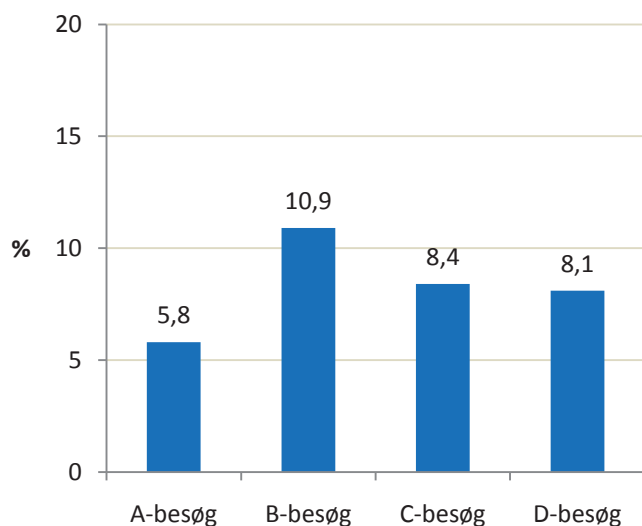
IV. Indikatorer

I forbindelse med den kliniske kvalitetsdatabase Børns Sundhed er der udvalgt en række indikatorer med henblik på måling af kvaliteten af ydelser, indsats og resultater inden for sundhedsplejen. Sundhedsplejerskerne registrerer i forbindelse med deres besøg, hvorvidt der 'ingen bemærkninger' er til en indikator (f.eks. barnets signaler og reaktioner). Generelt for de forskellige indikatorer gælder det, at bemærkninger dækker over, at der er en reaktion, der ikke forventes i forhold til alderstrinnet eller forhold, der kræver yderligere observation, undersøgelse eller behandling. For hver indikator registrerer sundhedsplejerskerne desuden, hvilke bemærkninger der er tale om (f.eks. bemærkninger til barnets døgnrytme, søvn eller gråd). Det er ikke alle indikatorer, der er relevante ved alle besøg. Udvalgte kvalitetsindikatorer fra databasen anvendes i årsberetningen til at beskrive udvalgte områder af sundhed og udvikling blandt børnene. I denne årsrapport er indikatoren om BOEL-testen udeladt grundet mulige systemfejl i data. Yderligere analyser skal udrede, hvor fejlen ligger. I det følgende rapporteres forekomsten af bemærkninger for børn, der har informationer om de enkelte indikatorer. Forekomsten af bemærkninger til de forskellige indikatorer ved D-besøget findes for de enkelte kommuner i bilaget.

Barnets signaler og reaktioner

Nedenstående figur (IV.a) viser forekomsten af bemærkninger til barnets signaler og reaktioner ved besøg A-D.

Figur IV.a. Forekomst af bemærkninger til barnets signaler og reaktioner ved besøg A, B, C og D

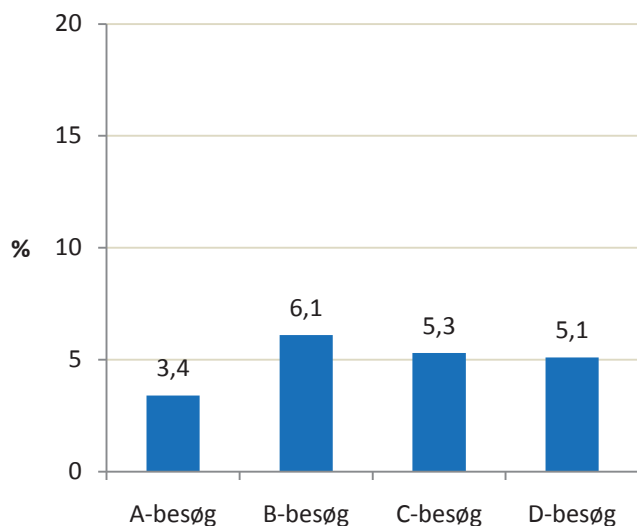


Bemærkninger om barnets signaler og reaktioner dækker ved alle fire besøg over bemærkninger til døgnrytme, søvn, uro/gråd, pirrelighed, tristhed, andet og hvorvidt der er lavet en henvisning, mens bemærkninger om differentiering mellem forældre og andre inddrages ved besøg C og D. Forekomsten af bemærkninger ved D-besøget er markant lavere end i 2007, hvor den var 20,7 %. Forskellen skyldes især bemærkninger om uro/gråd, hvor forekomsten i 2007 var meget høj sammenlignet med 2008/09, primært for kommuner med papirjournaler. Andelen af uoplyste ved de forskellige besøg er henholdsvis; A: 17,9 %, B: 24,6 %, C: 19,4 %, D: 20,0 %, og dækker primært over børn uden registrering om det pågældende besøg.

Forældre/barn-kontakt og samspil

Nedenstående figur (IV.b) viser forekomsten af bemærkninger til forældre/barn-kontakt og samspil ved A-, B-, C- og D-besøget.

Figur IV.b. Forekomst af bemærkninger til forældre/barn-kontakt ved besøg A, B, C og D

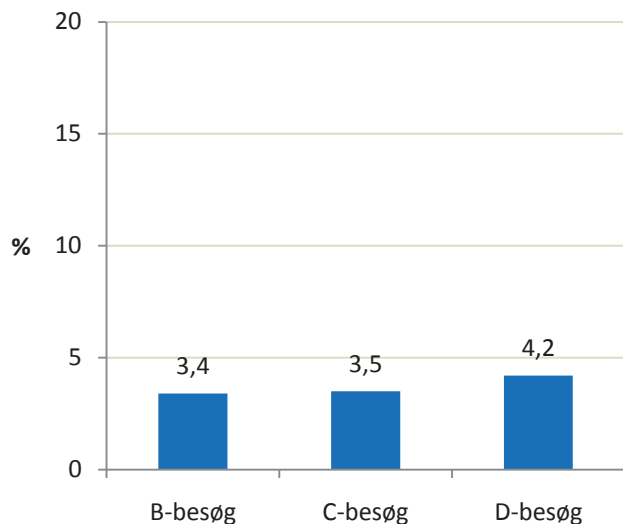


Ved alle fire besøg dækker bemærkninger til forældre/barn-kontakt og samspil over bemærkninger til barnets pasning og pleje, afpasning af aktiviteter efter barnets behov, forståelse og handling på henholdsvis barnets og søskendes signaler og følelsesmæssige behov, andet og henvist. I 2007 var forekomsten af bemærkninger til forældre/barn-kontakten ved D-besøget 18,0 %, hvilket er markant højere end i denne årsrapport. Dette skyldes især forskel i forekomsten af bemærkninger til forældrenes forståelse og handling på barnets signaler og følelsesmæssige behov. Den høje rapportering af bemærkninger i 2007 ses, ligesom det var tilfældet for bemærkninger til barnets signaler og reaktioner, primært for kommuner med papirjournaler. Andelen af uoplyste ved de forskellige besøg er henholdsvis; A: 17,7 %, B: 24,7 %, C: 19,3 %, D: 20,1 %, og dækker primært over børn der ikke har registreret de enkelte besøg.

Kommunikation

Nedenstående figur (IV.c) viser forekomsten af bemærkninger til kommunikation ved besøg B, C og D.

Figur IV.c. Forekomst af bemærkninger til barnets kommunikation ved besøg B, C og D

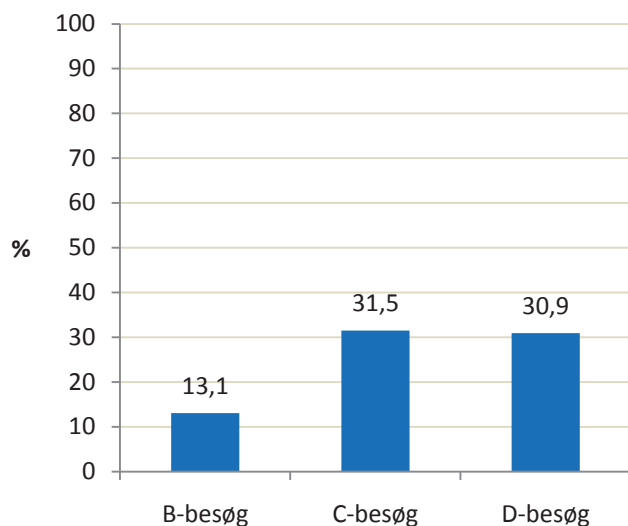


Ved B-besøget dækker bemærkninger over, om barnet smiler, og om det pludrer. Ved C- og D-besøget dækker det desuden over bemærkninger om, hvorvidt barnet pludrer i dialog. Forekomsten af bemærkninger ved D-besøget i denne årsberetning er en smule højere end i 2007, hvor 2,5 % af børnene med oplysninger om denne havde bemærkninger. Andelen af uoplyste ved de forskellige besøg er: B: 25,2 %, C: 20,9 % og D: 22,0 %. Størstedelen af de uoplyste skyldes, at barnet ikke har haft det pågældende besøg (16,1-20,8 %), men en del skyldes også manglende udfyldning i journalen (3,9-5,1 %).

Motorik

Nedenstående figur (IV.d) viser forekomsten af bemærkninger til barnets motorik ved besøg B, C og D.

Figur IV.d. Forekomst af bemærkninger til barnets motorik ved besøg B, C og D



Bemærkninger ved B-besøget dækker over bemærkninger om, hvorvidt barnet holder hovedet i midtlinjen, og om det løfter hoved og skuldre i maveleje. Der mangler oplysninger om bemærkninger til motorik ved B-besøget i 25,2 % af journalerne, hvilket primært skyldes, at der ikke er registreret noget B-besøg (20,8 %), men også manglende udfyldning (4,4 %).

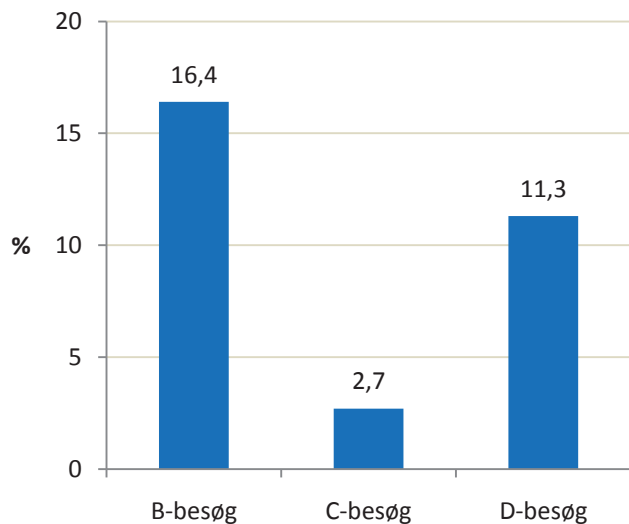
Bemærkninger ved C-besøget dækker desuden over bemærkninger om, hvorvidt barnet støtter på strakte arme i maveleje, om det triller fra mave til ryg, og om det trækker sig op i armene til siddende stilling. Der mangler oplysninger om bemærkninger til motorik ved C-besøget for 20,8 % af børnene, hvilket primært skyldes, at der ikke er registreret noget C-besøg (17,1 %), men også manglende udfyldning (3,6 %).

Ved D-besøget dækker bemærkninger over alle bemærkningerne ved B- og C-besøget samt bemærkninger til, om barnet triller fra ryg til mave, om det støtter på flad fod, om det sidder sikkert selv, om det lægger an til at kravle, og om det lægger an til at rejse sig ved støtte. Andelen af bemærkninger i denne årsberetning er en smule højere end i 2007, hvor 27,8 % af børnene havde bemærkninger til deres motorik ved D-besøget. Der mangler oplysninger om bemærkninger til motorik ved D-besøget for 21,3 % af børnene, hvilket primært skyldes, at der ikke er registreret noget D-besøg (16,9 %), men også manglende udfyldning (4,4 %).

Øje/hånd-koordination

Nedenstående figur (IV.e) viser forekomsten af bemærkninger til øje/hånd-koordination ved besøg B, C og D.

Figur IV.e. Forekomst af bemærkninger til barnets øje/hånd-koordination ved besøg B, C og D



Ved B-besøget dækker bemærkninger over, om barnet putter hånden i munden, samt om barnet ser hånden. Der mangler oplysninger om bemærkninger til øje/hånd-koordination ved B-besøget i 25,1 % af journalerne, hvilket primært skyldes, at der ikke er registreret noget B-besøg (20,8 %), men også manglende oplysninger i besøgsarket (4,2 %).

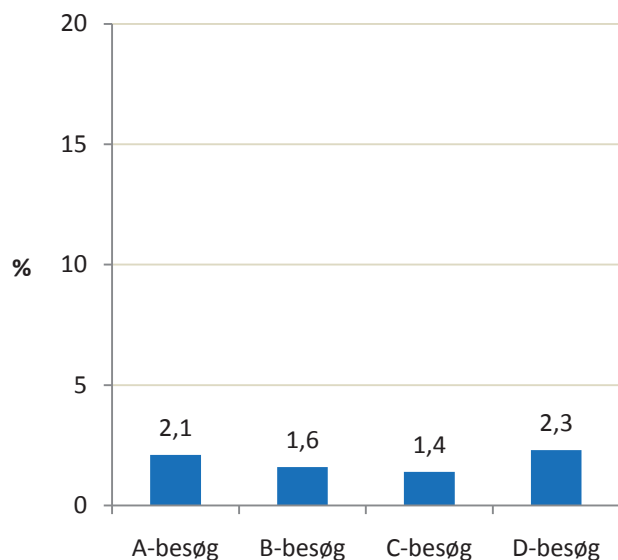
Ved C-besøget dækker bemærkninger desuden over, om barnet griber ud efter ting. Der mangler oplysninger om bemærkninger til øje/hånd-koordination ved C-besøget i 20,9 % af journalerne. Størstedelen af de uoplyste skyldes, at der ikke er registreret noget C-besøg (17,1 %), men også manglende udfyldning (3,8 %).

Bemærkninger til barnets øje/hånd-koordination ved D-besøget dækker, udover de allerede nævnte, over bemærkninger til, hvorvidt barnet slipper ting og laver pincetgreb. Andelen af børn med bemærkninger til deres øje/hånd-koordination i denne årsberetning er lidt højere end i 2007, hvor andelen med bemærkninger var 9,4 %. Der mangler oplysninger om bemærkninger til øje/hånd-koordination ved D-besøget i 21,6 % af journalerne, hvilket primært skyldes, at der ikke er registreret noget D-besøg (16,9 %), men også manglende udfyldning (4,7 %).

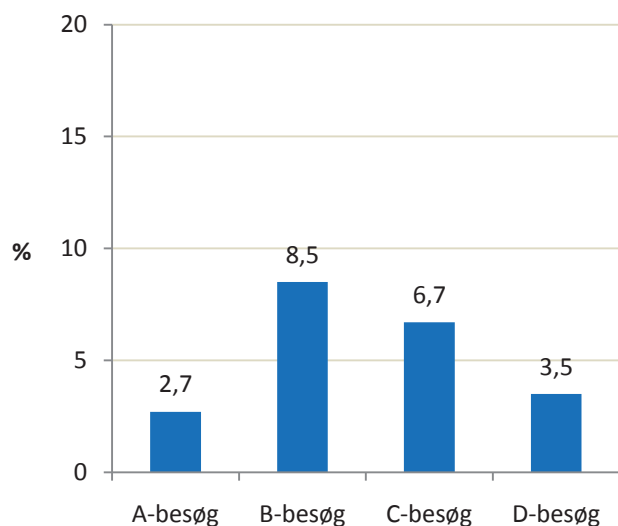
Vægt og længde

Ved de forskellige besøg måler og vejer sundhedsplejerskerne børnene og registrerer længde og vægt i journalen. Nedenstående figurer (IV.f og IV.g) viser forekomsten af børn med en vægt henholdsvis under 3 % percentilen og over 97 % percentilen ved besøg A, B, C og D.

Figur IV.f. Forekomst af børn med vægt under 3 % percentilen ved besøg A, B, C og D



Figur IV.g. Forekomst af børn med vægt over 97 % percentilen ved besøg A, B, C og D

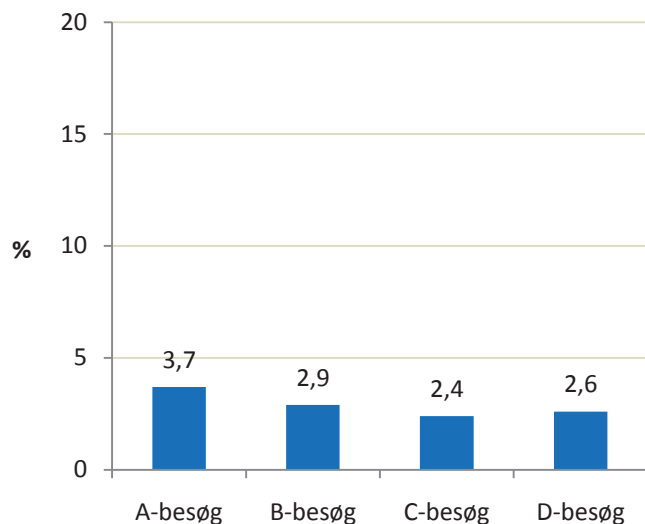


Det ses af figur IV.g, at en markant større andel end de forventede 3 % ligger uden for percentilgrænserne ved B- og C-besøget, mens forekomsten af børn med en vægt over 97 % percentilen ved D-besøget er lidt større end 3 %. Dette kan skyldes, at de anvendte grænseværdier for vægt stammer fra 1982, og at børn født i dag er større, end de var i 1982. Nye og mere tidssvarende referenceværdier er

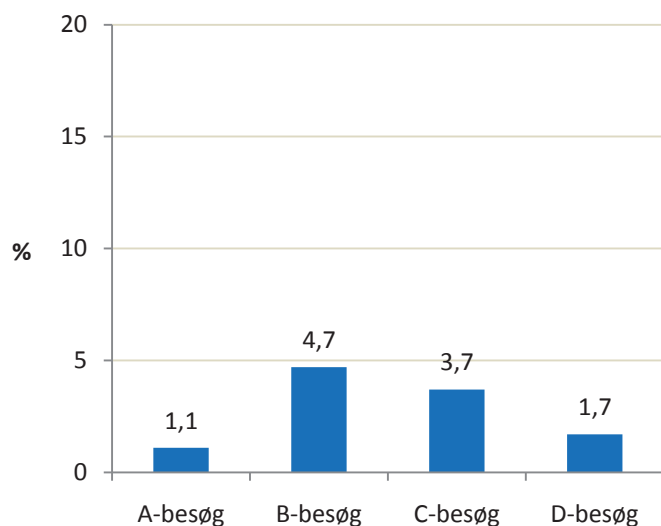
under udarbejdelse. Information om vægt er ikke oplyst for 13,6 % af børnene ved A-besøget, 36,4 % ved B-besøget, 25,1 % ved C-besøget og 27,6 % ved D-besøget.

I figurene nedenfor (IV.h og IV.i) ses forekomsten af børn med en længde henholdsvis under 3 % percentilen og over 97 % percentilen ved besøg A, B, C og D.

Figur IV.h. Forekomst af børn med længde under 3 % percentilen ved besøg A, B, C og D



Figur IV.i. Forekomst af børn med længde over 97 % percentilen ved besøg A, B, C og D

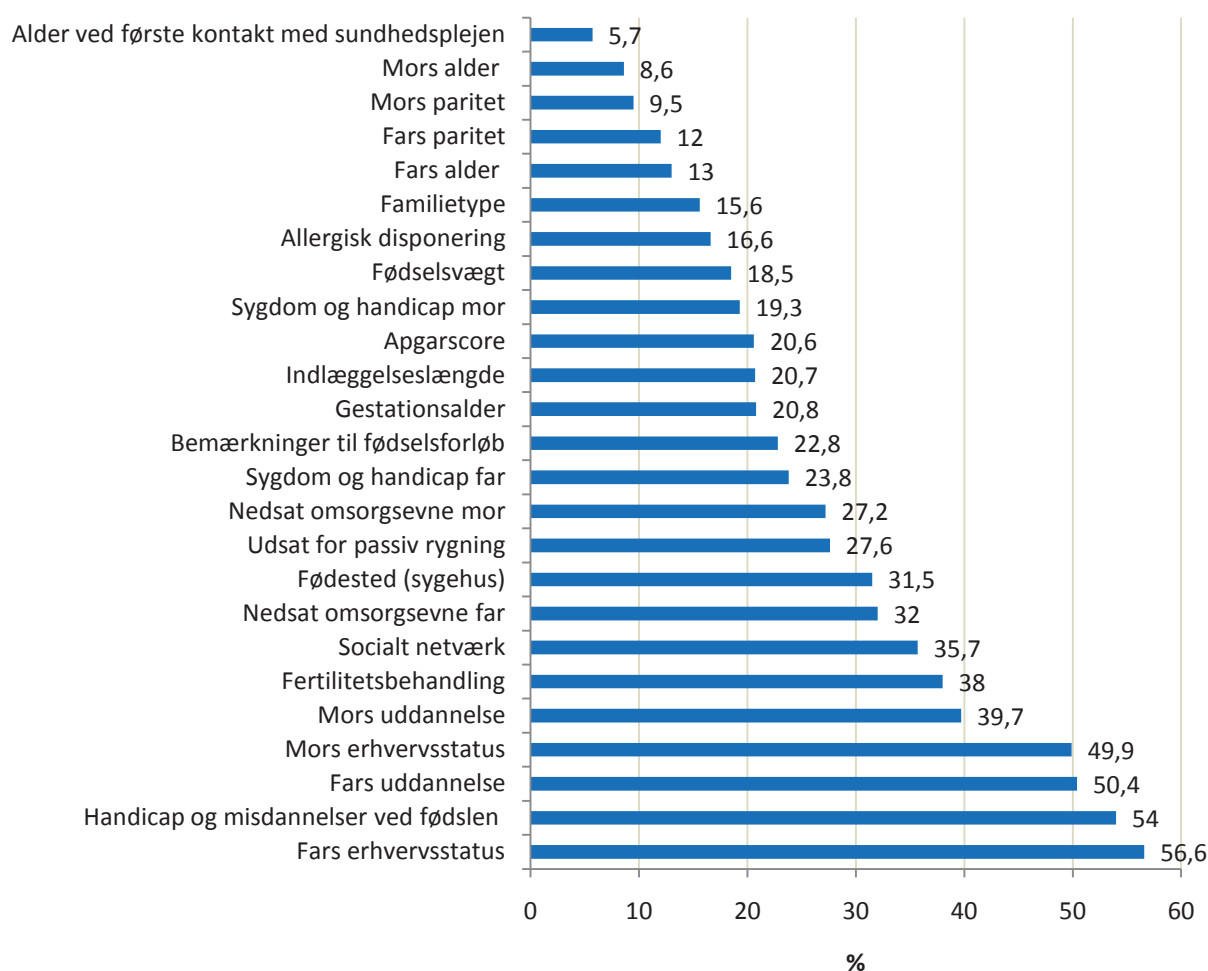


Som det var tilfældet ovenfor, ses i figur IV.h, at en større andel end de forventede 3 % ligger uden for percentil-grænserne ved B- og C-besøget, hvilket ligeledes kan tænkes at hænge sammen med de gamle referenceværdier. Information om længde er ikke oplyst for 25,1 % af børnene ved A-besøget, 38,3 % ved B-besøget, 26,4 % ved C-besøget og 28,2 % ved D-besøget.

V. Manglende oplysninger

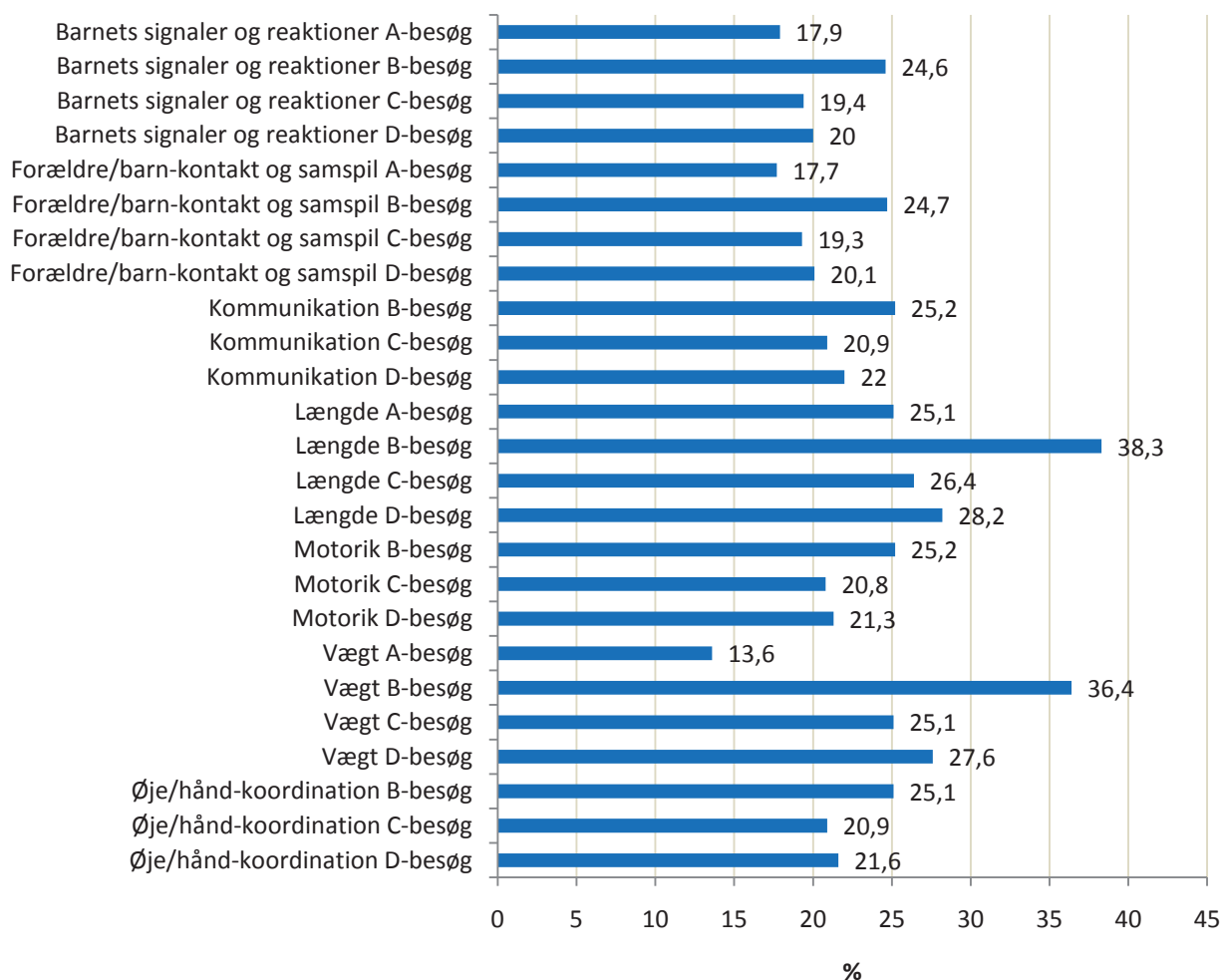
Det er en svaghed ved den ellers meget værdifulde database Børns Sundhed, at der er en høj forekomst af manglende data. Manglende data medfører eksempelvis problemer, når man skal beregne forekomsten af et fænomen. Man kan beregne forekomsten i procent af alle børn eller i procent af de børn, hvorom man har oplysninger. I denne rapport rapporteres forekomsten i procent af de børn, der har oplysninger. Figur V.a viser andelen af ikke oplyst for de baggrundsvariable, der er benyttet i årsberetningen, og figur V.b viser andelen af ikke oplyst for de valgte indikatorer.

Figur V.a. Andelen af ikke oplyst for årsberetningsvariablene



Det ses af figur V.a, at der er store forskelle mellem variablene for, hvor mange ikke oplyste de indeholder; variationen er fra 5,7 % ikke oplyste for alder ved første kontakt med sundhedsplejen til 56,6 % for fars erhvervsstatus.

Figur V.b. Andelen af ikke oplyst for indikatorerne



Langt de fleste af disse ikke oplyste for indikatorerne dækker over, at børnene ikke har modtaget det respektive besøg, hvor bemærkninger til indikatoren registreres.

Forekomsten af manglende oplysninger er høj for flere af variablene i databasen. Dette er et alvorligt problem, der gør det vanskeligt at give en tilstrækkelig god kvantificering af de vilkår, der har betydning for barnets sundhed og udvikling. I årsrapporten 2007 blev der sat fokus på denne problematik, og siden er der foregået et stort arbejde med at udrede og forbedre indsamlingen af data; bl.a. benytter flere kommuner nu elektroniske journaler. Det er derfor forventeligt, at de kommende årsrapporter vil have en væsentlig lavere andel af manglende oplysninger.

Denne årsberetning illustrerer vigtigheden af at have databasen Børns Sundhed som et instrument til monitorering af børns sundhed.

Databasen gør det muligt at sammenligne børns sundhed på tværs af kommuner og over tid.

Gennem monitoreringen af specifikke faktorer, bliver det muligt at udpege områder, der fortjener prioritering for at nå målet om en høj sundhedstilstand blandt danske børn. Samtidig er det muligt at evaluere, om en særlig indsats eller anden ændring kan spores i udviklingen.

Det er et håb, at resultater fra databasen danner grundlag for faglige drøftelser, prioritering og udviklingsarbejde – både i sundhedsplejen og i det bredere arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen.

Ammerapport

1. Resumé

Baggrund

En lang ammeperiode har positiv indflydelse på en lang række helbredsforhold hos barnet både under og formentlig også efter ammeperioden, blandt andet ernæringsmæssige, immunologiske, udviklingsmæssige og psykologiske fordele. Amningen påvirker også moderens helbred i ammeperioden og på længere sigt (Ip et al., 2009, Nilsson et al., 2009). Fravalg af amning udgør imidlertid ingen alvorlig sundhedsrisiko for mor eller barn i Danmark. Den officielle anbefaling fra Sundhedsstyrelsen er derfor, at amning skal være et frit valg, som kvinden træffer på et informeret grundlag (Nilsson et al. 2009). Sundhedsstyrelsen anbefaler fuld amning, indtil barnet er fire til seks måneder, afhængigt af, hvornår det viser parathed til overgangskost (Nilsson et al. 2009).

Amning er påvirket af mange forhold, herunder den kulturelle og sociale kontekst, moderen befinder sig i. Man ved, at både biologiske forhold, sociale og psykosociale faktorer, livsstilsfaktorer, intentioner, viden, selvtillid, socialt netværk samt det sundhedsfaglige personale har betydning for, om kvinder ammer, og hvor længe de ammer. Ofte er det i de resourcesvage familier (kvinder med lav uddannelse, unge kvinder samt familier med anden etnisk baggrund end dansk), at ammeperioden er kort.

Gennem det seneste århundrede har der været store variationer i ammefrekvensen i Danmark. I 1970'erne var andelen, der ammede, meget lav, men den har været stigende op gennem 1980'erne og 1990'erne. I danske studier siden år 2000 har andelen, der ammer fuldt ved fire måneder, været ca. 50-60 %, og når man medregner de børn, der også får tilskud af modermælkserstatning, ligger andelen på 70-80 %.

Formål

Gennemgangen ovenfor viser, at amning varierer betydeligt fra sted til sted og over tid, samt at amning er påvirkelig af en række ydre faktorer. Det er derfor vigtigt at monitorere ikke blot amning, men også de faktorer, der influerer på kvinders amning. Ved at kende de bagvedliggende faktorer, kan man identificere de grupper, der har større risiko for ikke at amme fuldt i fire måneder, og derved gøre en særlig indsats overfor disse grupper. På den måde kan sundhedstilstanden hos børnene øges, og den sociale ulighed i sundhed mindskes. Der er flere metodiske vanskeligheder ved at etablere monitorering af amning. En første forudsætning er, at monitoreringen foregår systematisk, det vil sige på grundlag af sammenlignelige studiebefolkninger og registreringsmetoder.

En anden forudsætning er, at der er høj registreringsrate, hvilket ofte kan være en vanskelighed for data, der indsamles via journaler. Journaldata fremkommer som en del af den daglige kliniske praksis, hvor kontakten med patienten/borgeren er i højsædet, og den systematiske registrering af data kan blive nedprioriteret. Det betyder, at mange kliniske databaser lider under en høj forekomst af manglende data, og det gælder også Databasen Børns Sundhed. Det har afgørende betydning for de resultater, der formidles fra databasen, at man kan gøre rede for og vurdere betydningen af manglende oplysninger.

Formålene med denne rapport er derfor:

- 1) at belyse årsrapportens tema – amning - og herunder undersøge, hvilke prædiktorer der er for fuld amning ved fire måneders alderen, og
- 2) at belyse omfanget af manglende oplysninger og analysere deres betydning for de resultater, der kan formidles om amning.

Metode

Data stammer fra 14 kommuner, som deltager i databasesamarbejdet Børns Sundhed. Børns Sundhed har siden 2002 indsamlet data fra sundhedsplejerskernes besøg blandt de 0-1-årige børn gennem en kvalitetsudviklet sundhedsplejerskejournale. Besøgene tæller graviditetsbesøg samt fire besøg, der er lagt på centrale tidspunkter for det 0-1-årige barns tilknytning og udvikling. Denne rapport omhandler 14.292 børn født i 2008 og 2009 i følgende kommuner: Albertslund, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Køge, Lyngby-Taarbæk, Rødovre, Tårnby og Vejle kommuner. Dragør og Hvidovre kommuner indgår kun med data for børn født i 2008.

Resultater

Andelen, der bliver ammet fuldt, når de er fire måneder, er 59,8 %, mens 12,1 % ammes fuldt ved seks måneder. Disse andele har ikke ændret sig væsentligt de seneste ca. otte år.

Analysen af *ikke oplyst* ammelængde (det vil sige analyser om de børn, der mangler oplysninger om ammelængde i deres journal) viser, at det er de familier, som er ressourcetsvage, eller som rapporterer forskellige typer af problemer, der også har øget risiko for ikke at have oplysninger om ammelængde. Dette betyder, at den sociale ulighed i amning i realiteten er større, end fundene i denne rapport viser.

Implikationer for praksis

Resultaterne fra denne årsrapport viser, at der fortsat er behov for en stor indsats fra sundhedsplejen. Der ser ydermere ud til at være behov for prioritering af og en særlig indsats overfor unge mødre, enlige mødre samt andre trængte grupper, hvis man ønsker at øge fuld amning ved fire måneder.

I forhold til fødestedet er det væsentligt at være opmærksom på, at en høj andel børn (26,4 %) får modermælkserstatning inden for de første dage efter fødslen, og at dette har en markant effekt på risikoen for, at barnet ikke ammes fuldt ved fire måneder.

Implikationer for forskning

Det er afgørende, at andelen af *ikke oplyste* bliver nedbragt. Når dette sker, vil både den praktiske og den forskningsmæssige anvendelse af data blive forbedret. På nuværende tidspunkt er et enkelt forskningsprojekt, der benytter data fra Børns Sundhed, igangsat, og flere forskningsprojekter er undervejs.

2. Indledning

2.1. Amning i folkesundhedsperspektiv

En lang ammeperiode har positiv indflydelse på en lang række helbredsforhold hos barnet både under og formentlig også efter ammeperioden, blandt andet ernæringsmæssige, immunologiske, udviklingsmæssige og psykologiske fordele. Amningen påvirker også moderens helbred i ammeperioden og på længere sigt (Ip et al., 2009, Nilsson et al., 2009). Fravalg af amning udgør imidlertid ingen alvorlig sundhedsrisiko for mor eller barn i Danmark. Den officielle anbefaling fra Sundhedsstyrelsen er derfor, at amning skal være et frit valg, som kvinden træffer på et informeret grundlag (Nilsson et al. 2009). At fremme amning handler derfor om at oplyse og støtte de kvinder, der ønsker at amme, samt at respektere og støtte de kvinder, der fravælger amning. Amning kan anses som naturligt, men er reelt påvirket af mange forhold herunder den kulturelle og sociale kontekst, moderen befinder sig i. Samfundets værdier, traditioner og normer har således stor indflydelse på, om børn bliver ammet eller ej (Nilsson et al. 2009).

Hvorfor en rapport om amning?

Amning er af betydning for sundhed og trivsel hos mor og barn, og der ligger et stort forebyggelsespotentiale i at fremme amning. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at spædbørn ammes fuldt til, de er omkring seks måneder, hvilket kræver, at amningen veletableres allerede kort efter fødslen.

I denne rapport beskrives amning blandt de 14.292 børn i Databasen Børns Sundhed, der er født i 2008 og 2009. Det undersøges, hvor stor en andel, der ammes, og hvilke faktorer der har betydning for, om barnet ammes fuldt ved fire måneder. Hvis man kender disse faktorer, kan man identificere grupper, hvor mødrene er i større risiko for ikke at amme fuldt i fire måneder og derved gøre en særlig indsats overfor disse grupper.

Amningens helbredsmæssige effekter

En række videnskabelige studier fremhæver de positive effekter, som amning har for barnet både under ammeperioden, og efter amning er ophørt. Amning virker beskyttende på udvikling af overvægt og fedme i barndommen (Horta et al. 2007). Ammede børn har en lavere tilvækst i det første leveår i forhold til børn, der får modermælkserstatning, men denne forskel ser ud til at udlignes efter første leveår. Man har en formodning om, at det kan være den større tilvækst blandt børn, der får modermælkserstatning, der disponerer til overvægt senere i barndommen (Schack-Nielsen og Michaelsen 2007b).

Der er tegn på, at amning virker fremmende på den kognitive funktionsevne i barndommen, selv efter at der er kontrolleret for socioøkonomiske forhold og for, hvor meget moderen har stimuleret sit barn (Nilsson et al. 2009). Den positive effekt af amning kan holde ind i voksenlivet. En dansk undersøgelse af

voksne fandt en højere IQ, jo længere ammeperiode (Mortensen et al. 2002). Den positive effekt af amning på den kognitive funktion antages at skyldes modernælkens sammensætning af polyumættede fedtsyrer (Schack-Nielsen og Michaelsen 2007a), og der er evidens for, at præmature har større gavn af amningen end børn, født til tiden. Der er dog ikke enighed i litteraturen om den positive effekt. Enkelte studier finder ingen sammenhæng mellem amning og kognitiv præstation (Ip et al. 2009), og et nyere studie har fundet, at den positive effekt af amning på kognitiv præstation ikke var til stede, når man kontrollerede for effekten af mors IQ og en række andre confoundere¹ (Der et al. 2006).

Amning virker beskyttende på immunsystemet, og der ses lavere forekomst af især mellemørebetændelse, mave-tarm-infektioner samt luftvejsinfektioner blandt ammede børn. Varighed af amning har også en betydning for infektionsrisikoen, der er faldende med længden af ammeperioden (Duijts et al. 2009; Schack-Nielsen og Michaelsen 2007a).

Litteraturen tyder på, at fuld amning i mindst fire til seks måneder har en beskyttende effekt på udviklingen af visse allergiske sygdomme, særligt atopisk dermatitis, astma og komælksallergi. Den beskyttende effekt er særlig udtalt i tilfælde, hvor barnet er familiært disponeret for allergi; det vil sige, at mor, far eller søskende har allergi. Det er dog vanskeligt at afgøre, om det er amningen, andre kostfaktorer, eller tidspunkt for introduktion af andre fødevarer, der har betydning for udvikling af allergiske sygdomme (Schack-Nielsen og Michaelsen 2007a).

Enkelte studier antyder, at amning beskytter mod udvikling af type 2 diabetes (T2DM), men der er endnu ikke nok forskning på området til at drage klare konklusioner (Horta et al. 2007). Der er evidens for, at amning kan beskytte mod type 1 diabetes (T1DM) og visse cancerformer. T1DM er en autoimmun sygdom, og det tyder på, at miljømæssige faktorer kan influere på, om genetisk disponerede udvikler sygdommen. Det ser ud til, at amning kan være en beskyttende faktor (Schack-Nielsen og Michaelsen 2007b).

Leukæmi er den hyppigste kræftform blandt børn, og risikoen for udvikling af lymfoblastær leukæmi er reduceret for børn, der er ammet – uanset ammeperiodens længde (Nilsson et al. 2009). Amning ser dog ikke ud til at have nogen effekt på udvikling af cancer i voksenlivet, når man ser på alle cancerformer samlet, men det kunne tyde på, at amning beskytter mod brystcancer opstået før menopausen (Schack-Nielsen og Michaelsen 2007b).

Også moderen kan have gavnlige effekter af at amme. Hos den ammende kvinde ses en række fysiologiske ændringer, som potentielt kan have længerevarende effekter. Globalt set er amning den vigtigste beskyttelse mod graviditet, men denne effekt er ikke så relevant i vestlige lande, hvor der er let adgang til prævention. Både risiko for cancer i bryst og æggestokke ser ud til at påvirkes af amning. Studier viser en faldende risiko for begge disse kræfttyper med stigende ammelængde. Det ser desuden ud til, at amning beskytter kvinden mod udvikling af type 2 diabetes (Ip et al. 2009).

¹ Confounding betyder, at nogle variable kan sløre betydningen af andre. Ved at kontrollere for confounding kan man se på betydningen af de enkelte variable for udfaldet.

Denne gennemgang viser således en række positive helbredseffekter af amning – for både mor og barn. Mulige negative konsekvenser af amning er overførsel af miljøgifte (eksempelvis dioxiner, ftalater og pesticider) gennem modermælken. Eksponering for miljøgifte kan medføre hormonforstyrrelser, men i de tilgængelige studier er det svært at vurdere, hvor meget der skyldes eksponering gennem modermælk, og hvor meget der skyldes eksponering i fosterstadiet (Schack-Nielsen og Michaelsen 2007b). Anbefalingerne omkring amning laves på baggrund af en vurdering af positive og negative effekter, og der er på nuværende tidspunkt ikke belæg for at begrænse ammeperioden (Nilsson et al. 2009). Amning er vigtig for folkesundheden, og det er derfor også vigtigt at monitorere udviklingen i amning. Databasen Børns Sundhed og denne rapport er et bidrag til en sådan monitorering.

Helbredseffekter for barnet

Amning virker beskyttende overfor:

- udvikling af overvægt og fedme,
- immunsystemet og beskytter derfor mod infektioner,
- udvikling af astma og allergi,
- udvikling af type 1 diabetes og muligvis også type 2 diabetes,
- udvikling af leukæmi i barndommen

Desuden er amning muligvis fremmende for den kognitive præstation.

Helbredseffekter for moderen

Amning virker beskyttende overfor:

- udvikling af kræft i bryst og æggestok,
- type 2 diabetes

Amning har således betydning for en vid række af helbredsmål for mor og barn. De nævnte helbredsmål er af stor betydning både for individ og for samfund. På baggrund af ovenstående er sundhedsplejerskens arbejde med at bistå ved etablering og vedligeholdelse af amning af væsentlig betydning for folkesundheden.

Ernæringsmæssige aspekter

Modermælk indeholder de næringsstoffer og den væske, et spædbarn har brug for, og tilpasser sig automatisk barnets behov både med hensyn til mængde og sammensætning (Nilsson et al. 2009). Derfor har barnet normalt ikke brug for andet. Heller ikke de første dage efter fødslen, hvor det er eller har været almindelig praksis på mange fødesteder at give supplement til amningen (Ekström et al. 2003b). Fysiologisk set er stort set alle kvinder i stand til at producere den mælk, deres barn har brug for.

Sundhedsstyrelsen anbefaler i overensstemmelse med World Health Organization (WHO), at spædbørn ammes fuldt, til de er omkring seks måneder. Delvis amning anbefales til 12 måneder eller længere (Nilsson et al. 2009).

Sundhedsstyrelsen definerer fuld amning som, at barnet udelukkende ernæres af modermælk efter udskrivelse fra hospitalet. Herved forstås i Danmark, at der ud over moderens mælk kan suppleres med vand eller lignende og/eller maksimalt ét måltid med modermælkserstatning om ugen. Delvis amning defineres ved, at barnet ud over modermælk får modermælkserstatning eller anden kost flere gange om ugen eller dagligt. Ingen amning betyder, at barnet udelukkende ernæres af andet end modermælk (Nilsson et al. 2009).

2.2. Amning i et historisk perspektiv

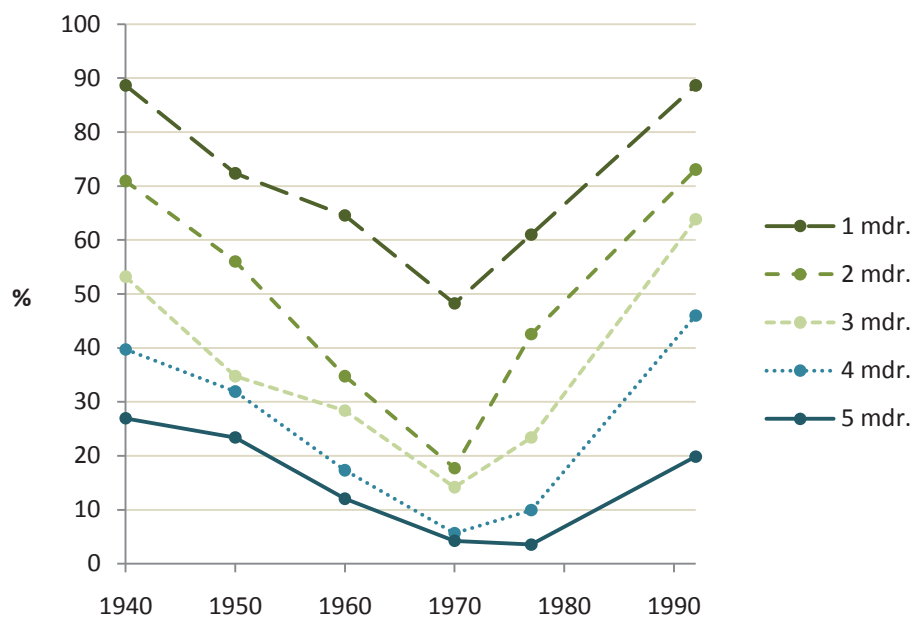
Historisk set var der i 1800-tallet store regionale og sociale forskelle i den danske ammetradition. Hos den københavnske overklasse ansås amning uforligneligt med kvindelighed, mens man hos almuen lagde vægt på at amme hyppigt og efter barnets behov. I nogle egne af Danmark var kvinderne (blandt andre de østjyske mødre) overbeviste om, at almindelig kost ville gøre spædbarnet stærkere, hvorfor man - såfremt man havde råd - gav barnet ”rigtig” kost. I andre dele af Danmark (blandt andet på Fyn) ammede man udelukkende, indtil barnet var stort nok til selv at sidde på skødet og række ud efter brød og grød. Hyppigt anvendt erstatning for modermælk var komælk, havresuppe, kartofler, tvebaksmad, smør og fløde samt fortygget flæsk og kål (Løkke 1998).

Omkring 1900 blev ”ro, renlighed og regelmæssighed” det nye mantra under ”det nye, medicinske børneplejprogram” med henblik på at nedbringe spædbørnsdødeligheden. Tiltroen til modermælken var stor, men de nye anbefalinger om streng regelmæssighed i amningen gjorde, at mange havde svært ved at få amningen til at fungere og havde svært ved at opretholde mælkeproduktionen. Eftersom amningen ofte slog fejl, blev modermælkserstatning hyppigt brugt. På dette tidspunkt havde man også opnået en større viden og erfaring med erstatningsprodukter, f.eks. steriliseret mælk (Løkke 1998). Disse store historiske og regionale variationer i amning viser, at amning i høj grad er influeret af sociokulturelle forhold. Hvilke forhold, der virker fremmende for kvinders amning af deres børn, kan variere over tid og fra den ene region til den anden. Derfor er det vigtigt at monitorere amning. Databasen Børns Sundhed og denne rapport er et bidrag til en sådan monitorering.

Ammefrekvenser

Der findes ingen landsdækkende opgørelser over andelen af kvinder, der ammer, før 1992 (Hansen og Udsen 1994) og ammeundersøgelserne i 2000-2002 (Bakke et al. 2001; Fogh et al. 2003a). Til gengæld er der en række lokale og regionale studier af ammefrekvens fra 1900-tallet. Hyppigheden af amning har udviklet sig over tid. I Ammeundersøgelsen år 2000 præsenteres nedenstående figur (2.a) af ammefrekvensen (fuld brysternæring) fra 1939-1992.

Figur 2.a. Ammehyppighed fra 1939-1992 (Bakke et al., 2001)



Kilder:

1939-42, Holbæk Amt, Joensen, 1954;

1948-52, 1958-62, 1968-72, Københavns Kommune, børn født i ægteskab, Biering-Sørensen, 1980;

1977-78, Århus Amt, Rosenkrands, 1982;

1992, Københavns Kommune, Guldager, 1994.

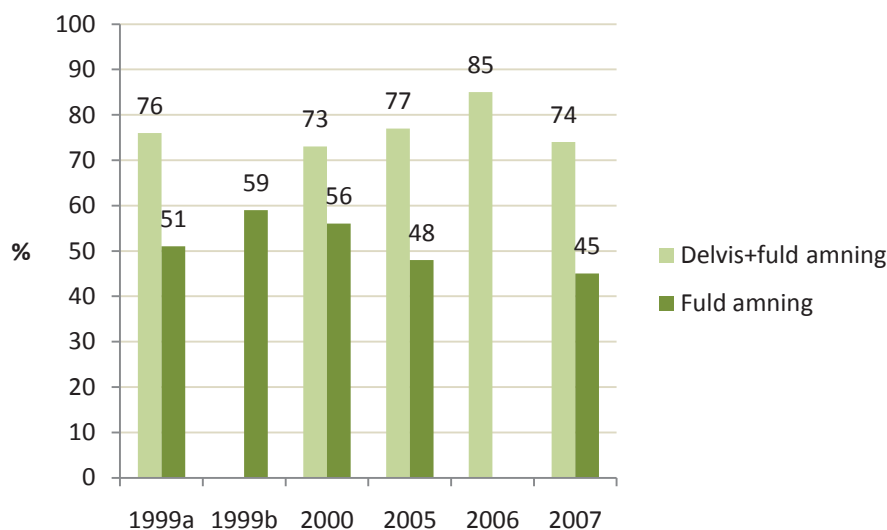
Af figuren ses det, at ammefrekvensen var lavest omkring 1970 efter en voldsom tilbagegang i 1940'erne, 1950'erne og 1960'erne. Antallet af ammende kvinder begyndte at stige igen i 1970'erne (Bakke et al. 2001; Biering-Sørensen et al. 1983; Forebyggelsesrådet 1982), trods kvindernes indtog på arbejdsmarkedet.

Man ved, at langt de fleste danske kvinder ønsker at amme i dag, og at omkring 95 % ammer ved udskrivelse fra fødestedet. Omkring 10 % stopper dog allerede i løbet af de første 5-6 uger (Foverskov 2000). Data fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen fra 2005 viser, at 25 % ammer fuldt, når barnet er seks måneder, og at 14 % ammer fuldt eller delvist, når barnet er 12 måneder (Johansen et al. 2009).

De fleste studier af ammehyppighed efter år 2000 fokuserer på amning ved fire måneders alderen, mens kun en enkelt undersøgelse rapporterer om fuld amning ved seks måneders alderen (Johansen et al. 2009).

Figur 2.b præsenterer ammefrekvenser ved fire måneders alderen fra seks danske undersøgelser. Det skal bemærkes, at fuldt ammede indgår i andelen af delvist ammede.

Figur 2.b. Forekomst af delvis og fuld amning ved fire måneder opdelt efter fødselsår og studie



Kilder:

1999a: Landsdækkende (Bakke et al. 2001)

1999b: Ringkøbing Amt (Kronborg og Væth 2004)

2000: Greve Kommune; kun raske, normalvægtige børn født til tiden (Sand 2001)

2005: Horsens Kommune (Horsens Kommune 2007)

2006: Arbejdsgruppen vedr. ammeundersøgelse 2006: en række kommuner på Sjælland, Lolland og Falster (Nilsson et al. 2009).

2007: Horsens Kommune (Horsens Kommune 2008)

På tværs af studierne er det omkring 50-60 %, der ernæres udelukkende ved brystmælk ved fire måneders alderen, og når man medregner de børn, der både ammes og får tilskud af modernemælkserstatning, ligger andelen på 70-80 %. Det er værd at bemærke, at den landsdækkende ammeundersøgelse år 2000-2002 fandt store regionale forskelle i ammefrekvensen, og det så ud til, at amning uden tilskud ved fire måneder var mere udbredt på Sjælland end i Jylland. Dette kan skyldes forskelle i den sociodemografiske sammensætning i de deltagende amter (Fogh et al. 2003a; Fogh et al. 2003b).

Selv om der er en vis konsistens i ammefrekvens i de nyere studier, så er studierne svære at sammenligne på grund af forskelle i studiepopulation, dataindsamling og definitionen af fuld amning. Derfor er det vigtigt at skabe større klarhed over ammefrekvensen i Danmark ved en fortsat monitorering af ammefrekvensen, baseret på standardiserede og sammenlignelige undersøgelser. Databasen Børns Sundhed og denne rapport er et bidrag til en sådan monitorering, og i resultatafsnittet (kapitel 4) præsenteres udviklingen i ammefrekvens blandt de børn, der deltager i Databasen Børns Sundhed fra 2002-2008/09.

2.3. Faktorer, der har indflydelse på amning

Der er en række **biologiske forhold**, som understøtter amning; blandt andet forberedes brystet i løbet af graviditeten til at kunne producere mælk, og mælkeproduktionen starter automatisk i dagene efter fødslen. Udover de biologiske forudsætninger for amning, skal amning læres, og denne læreproces er påvirket af den kulturelle og sociale kontekst, moderen befinder sig i. Mange forskellige faktorer påvirker således, om moderen ønsker at amme, og om hun kan etablere en tilfredsstillende amning.

Særlige forhold hos moderen kan øge risikoen for problemer med amning og tidligt ammeophør. Det gælder blandt andet brystkirurgi, efterfødselsreaktioner, overvægt, rygning og spiseforstyrrelser. Særlige forhold omkring barnet, der kan vanskeliggøre amning, er blandt andet Downs syndrom, læbeganespalte, andre handicaps, hjertesygdom, stramt tungebånd, gulsot og for tidlig fødsel (Nilsson et al. 2009). Kejsersnit mindsker sandsynligheden for amning ved firemåneders alderen (Häggkvist et al. 2010), og det samme gør for tidlig fødsel (Flacking et al. 2007).

Særlige teknikker kan hjælpe amningen godt i gang, blandt andet hud til hud-kontakt, gode amnestillinger samt at sikre, at barnet har en hensigtsmæssig sutteteknik. Det normale ammeforløb er beskrevet detaljeret i Sundhedsstyrelsens rapport *Amning – en håndbog for sundhedspersonale*, der også beskriver de biologiske og fysiske forudsætningerne for amning, udmalkning, hjælpemidler og almindelige ammeproblemer (Nilsson et al. 2009).

En række **sociale og psykosociale faktorer**, såsom kvindens alder, uddannelse, socioøkonomiske status og tilknytning til arbejdsmarkedet, har ligeledes indflydelse på amning (Foverskov 2000;Kronborg 2006). Disse faktorer kan bruges til at identificere kvinder, der er i en højrisikogruppe for at have problemer med amning og uønsket tidligt ammeophør og derfor har brug for særlig opmærksomhed. Nogle forudsætninger kan ikke ændres, eksempelvis mors alder og etnisk baggrund. Andre kan være svære at ændre (især for det sundhedsfaglige personale), såsom uddannelse og tilknytning til arbejdsmarkedet, mens atter andre er lettere at påvirke, eksempelvis moderens viden og selvtillid samt støtte fra faderen og familien, der kan øges med en målrettet indsats fra sundhedspersonalet omkring moderen (Nilsson et al. 2009).

Litteraturen viser, at alder og uddannelse har betydning for amning (Flacking et al. 2007;Foverskov 2000;Kronborg 2006;Lande et al. 2003;Michaelsen et al. 1994); jo ældre moderen er, des længere tid ammer hun. Kvinder under 20 år ammer kortest tid, mens kvinder over 34 år ammer længst. Længere uddannelsesmæssig baggrund, høj socioøkonomisk status og sikker tilknytning til arbejdsmarkedet er ligeledes associeret med en længere ammeperiode. Før barselsorloven i Danmark i 2002 blev forlænget til 46 uger efter fødslen, så man et fald i ammefrekvensen, når mødrene genoptog deres arbejde (Kronborg 2006;Lande et al. 2003). Flere samboende end enlige mødre ammer i lang tid (Biering-Sorensen et al. 1983;Lande et al. 2003).

Sammenlignet med etnisk danske kvinder opstarter færre kvinder med anden etnisk baggrund end dansk amning, og de, der ammer, har øget risiko for at stoppe amningen tidligt. Det er vigtigt at pointere, at der er stor forskel mellem de enkelte nationaliteter, bl.a. ammer tyrkiske, iranske og ex-jugoslaviske kvinder

mindre end etnisk danske kvinder. Disse grupper er nogle af de største indvandregrupper i Danmark (Jeppesen og Nielsen 1998). Kultur og normer fra kvindernes oprindelsesland kan vanskeliggøre amning i Danmark. Eksempelvis kan det være tabubelagt at amme i det offentlige rum (Nilsson et al. 2009), men også praktiske forhindringer, såsom dårligere instruktion på sygehusene pga. sprogproblemer, mindre forberedelse til amning og problemer, der kan opstå med amning, mere tilskud af modermælkserstatning de første par levedage og et forbehold for at lægge barnet til brystet lige efter fødslen, kan være medvirkende årsager til en lavere ammefrekvens (Brøndsted og Guldager 1994;Häggkvist et al. 2010).

Ovenstående betyder, at man må forvente en social ulighed i forekomsten af amning og dermed en social ulighed i sundhed hos mor og barn. Endnu en grund til, at det er vigtigt at målrette vejledning til mødre samt at monitorere amning.

Også **livsstilsfaktorer** er associeret med amning. Rygende mødre ammer for eksempel kortere tid end ikke-rygende mødre (Kronborg 2006;Lande et al. 2003;Nilsson et al. 2009). Man antager, at rygning har en negativ indflydelse på mælkeproduktionen via prolaktinniveauet og på nedløbsrefleksen gennem oxytocinniveauet. Nye undersøgelser viser imidlertid, at psykosociale faktorer har betydning for, om mødre, der ryger, stopper med at amme tidligt (Nilsson et al. 2009). Kronborg fandt i sin litteraturgennemgang, at rygning, udover at være associeret med mødrenes socioøkonomiske baggrund, desuden har en selvstændig betydning for amningens varighed. Der ser ligeledes ud til at være en direkte sammenhæng mellem et øget antal cigaretter og kortere ammelængde (Kronborg 2006). Rygning under amning frarådes, fordi de skadelige kemikalier fra cigaretterne kan overføres til modermælken; eksempelvis ved man, at nikotin overføres og opkoncentreres i modermælken (Nilsson et al. 2009).

Overvægtige kvinder har ligeledes en tendens til at amme i kortere tid. Der er et sammenfald mellem overvægt og forsinket mælkedannelse. Det kan skyldes, at prolaktinniveauet er lavere hos overvægtige mødre, og at der kan være mekaniske problemer, som gør, at barnet ikke stimulerer mælkeproduktionen optimalt. Jo højere BMI (Body Mass Index), kvinden har før graviditeten, jo større er risikoen for et kort ammeforløb. Overvægtige kvinder er mindre motiverede for at amme i så lang tid som normalvægtige, og overvægtige har generelt flere komplikationer under graviditet og fødsel samt har flere komplikationer hos deres børn. Psykosociale faktorer kan formentlig også spille ind på amning, f.eks. lysten til at amme i det offentlige rum (Nilsson et al. 2009).

Fysisk aktivitet kan være med til at give moderen mere energi, tabe overflødige kilo, og til at styrke moderens selvtillid og dermed have en positiv indflydelse på ammeforløbet. Moderat fysisk aktivitet ændrer hverken mængden eller sammensætningen af modermælken, mens ekstrem fysisk aktivitet kan sænke mælkens indhold af immunologiske faktorer i op til en time efter aktiviteten (Nilsson et al. 2009).

Moderens kost har normalt ingen indflydelse på mængde eller sammensætning af modermælken, men det er vigtigt, at moderen også i ammeperioden spiser sundt og varieret og følger de otte kostråd for at sikre et passende indtag af næringsstoffer. Moderens daglige energibehov vil være en smule større end normalt under amning, men det ekstra behov kan ofte dækkes ved at tære på de depoter, der er lagret i graviditeten (Nilsson et al. 2009).

Intentioner og viden: For at amning skal lykkes, er det vigtigt, at forældrene har et ønske om, at barnet skal ammes, og at de har en tilstrækkelig viden om amning (Foverskov 2000;Kronborg og Væth 2004;Laantera et al. 2011). Et dansk studie har vist, at kvinder ammer længere, jo tidligere de har besluttet sig for at amme, samt at kvinder ammer længere, jo længere de har planlagt at amme. Litteraturen viser, at langt de fleste kvinder allerede ved, hvordan de vil ernære deres børn længe før, de bliver gravide, mens en mindre gruppe beslutter det under graviditeten. Kun en meget lille gruppe venter med at beslutte sig til efter fødslen (Foverskov 2000). Ud fra ovenstående er det vigtigt at have fokus på de kvinder, der først sent beslutter sig for, hvordan de vil ernære deres børn, samt på de kvinder, der planlægger at amme i kort tid. Det danske studie af Foverskov viser, at mødrene har stor viden om fordelene ved at amme, men mangler viden om, hvad der skal til, for at amningen lykkes (Foverskov 2000).

Udover moderens viden og intentioner om amning har faderens holdning og opbakning også stor indflydelse på, om moderen til- eller fravælger amning og på ammelængden. Kvinder ammer således længere, når de oplever, at deres mænd synes, det er vigtigt, at de ammer. I studiet af Foverskov var ophørsraten tre gange højere for kvinder, som angav, at ægtefællen syntes, at amning var moderens eget valg (Foverskov 2000).

Selvtillid, forventninger og erfaring: Kvindens tidligere erfaring med amning og hendes selvtillid (self-efficacy) til, at hun kan amme, og at hun har den rigtige mængde mælk til sit barn, er associeret til ammelængden (Kronborg og Væth 2004;Laantera et al. 2011;Ystrom et al. 2008). Flere danske studier viser, at førstegangsfødende ammer i kortere tid end flergangsfødende (Bakke et al. 2001;Fogh et al. 2003a), men det ser ud til, at kvindens tidligere ammeerfaringer har større betydning end hendes paritet. Således har flergangsfødende, der tidligere har haft et tidligt ammeophør (før barnet er seks uger), en større sandsynlighed for en kort ammelængde end en førstegangsfødende, mens kvinder, der tidligere har ammet gennemsnitligt 6-17 uger, ammer nogenlunde lige så længe som førstegangsfødende. Kvinder, der tidligere har ammet mere end 17 uger, ammer længere end førstegangsfødende (Foverskov 2000).

Kvinder, der oplever, at amningen er sværere end forventet, ammer i en kortere periode (Foverskov 2000). Et dansk studie har fundet, at kun 39 % af de deltagende mødre ammede så længe, som de havde planlagt (Vestermærk et al. 1991). Det er derfor vigtigt at klarlægge de forventninger og eventuelle bekymringer, forældrene har omkring amning, og sammen med videregivelse af viden om amning være med til at give dem realistiske forventninger til amningen.

Ovenstående understreger, at det er vigtigt at identificere kvindens tidligere erfaringer og selvtillid omkring amning. Negative erfaringer kan betyde, at kvinden ikke har den nødvendige selvtillid til, at hun kan amme.

Netværket omkring forældre og barn: Udover det netværk af sundhedsfagligt personale, der omgiver forældrene og barnet, er familie og venner en vigtig ressource for forældrene. Det er vigtigt at anerkende, at mange hverdagsproblematikker, og også store beslutninger om sygdom og sundhed, bliver

truffet uden om sundhedspersonalet i dialog med den tætte familie (Ekström et al. 2003a; Nilsson et al. 2009).

Det har betydning for en kvindes amning, om hun selv og hendes partner er blevet ammet, og om moderen har veninder, der har ammet (Wagner et al. 2006). Det kan være svært at finde en god rollemodel, hvis der ikke er tradition for amning blandt familie og venner. Den lave ammefrekvens i 1960'erne til 1980'erne betyder, at en større andel mødre end ellers ikke kan få videregivet ammeerfaringer fra deres egen mor, hvorfor information og vejledning fra sundhedspersonale kan få en endnu større betydning end tidligere (Forebyggelsesrådet 1982).

Det er vigtigt at hjælpe forældrene til at bruge deres netværk på den rigtige måde, så de eksempelvis kan sortere i de forskellige råd, der gives, og tage imod praktisk hjælp, som kan lette hverdagen. Det kan også være, at kvinden skal have hjælp til at sige fra overfor for mange velmenende råd og indblanding fra netværket (Ekström et al. 2003a; Nilsson et al. 2009). Det er hensigtsmæssigt at identificere, hvilke dele af netværket der har betydning for beslutninger omkring amning og barnets sundhed generelt. I mange vestlige lande er det ud over forældrene ofte kvindens mor, der har mest indflydelse (Foverskov 2000).

Personalet: Det har været kendt i årtier, at fødestedets praksis influerer på kvinders ammemønstre. Allerede i 1977 viste Guldager & Thorup, at ressourcestærke kvinder fik en bedre etablering af amning på et fødested med en praksis, der stolede på kvindernes egne ressourcer og løsninger, mens ressource svage kvinder fik en bedre etablering af amning på et fødested med en autoritativ praksis, hvor personalet fortalte kvinderne, hvad de skulle gøre (Guldager og Thorup 1977; Thorup og Guldager 1977). Senere studier har bekræftet, at støtte og vejledning fra sundhedspersonale kan forlænge ammeperioden (Britton et al. 2007; Kronborg et al. 2007b; Kronborg et al. 2008; Kronborg 2006; Sikorski et al. 2003). I en undersøgelse af Kronborg rapporterede mødrene, at jordmoderen, sygeplejersken på fødselsgangen og sundhedsplejersken var vigtige kilder til viden om amning, og at mødrene følte sig hjulpet af disse faggrupper (Kronborg 2006). Hvis man giver sundhedsplejerskerne ekstra uddannelse i støtte til amning, har det også en lille, men signifikant effekt på andelen, der ammer efter fire måneder (Kronborg et al. 2008). En prognostisk ammetest kan være et brugbart redskab for fagpersoner til at identificere kvinder, der har brug for ekstra støtte til deres amning (Kronborg et al. 2007a)

Flere forskellige faktorer ser ud til at påvirke den vejledning, sundhedspersonalet i praksis giver; herunder erfaringer fra deres egen amning, antal års erfaring, en positiv attitude, viden omkring amning og self-efficacy (tro på deres egne kompetencer) omkring at kunne videreformidle deres viden (Ekström et al. 2005a; Ekström et al. 2005b; Ekström et al. 2006; Kronborg et al. 2008). Danske og svenske studier viser, at efteruddannelse i form af kurser og workshops med praktiske øvelser kan øge den sundhedsprofessionelles viden, ændre indstillinger til amning og øge kompetencen i at kunne vejlede i amning (Ekström et al. 2005b; Ekström et al. 2006; Kronborg og Væth 2009; Kronborg 2006). I et dansk studie af Jerris viste man, at en temadag, hvor personalet fik adgang til den nyeste viden, kunne udvikle kvaliteten i praksis, så behovet for eksempelvis tilskud af modermælkserstatning og introduktion af narresut tidligt i forløbet blev mindsket (Nilsson et al. 2009). Ligeledes fandt et andet dansk studie, at et 18 timers kursus kunne øge sundhedsplejerskers viden og færdigheder samt øge deres self-efficacy til at

videregive deres viden til mødre. Mødre, der var vejledt af sundhedsplejersker, som havde været på kursus, rapporterede efterfølgende, at de havde fået mere information og praktisk vejledning end mødre, der havde haft en sundhedsplejerske, der ikke havde været på kursus (Kronborg et al. 2008). Lignende resultater blev fundet i et svensk studie, hvor mødre oplevede en bedre støtte de første ni måneder efter fødslen i kommuner, hvor man havde haft træning i en procesorienteret ammerådgivning (Ekström et al. 2006).

Praksis på fødested/barselsgang: Det er eller har været almindelig praksis på mange fødesteder at give sunde børn et supplement til amningen i den første uge i form af vand eller modermælkserstatning, hvilket er associeret med en kortere ammeperiode (Ekström et al. 2003b; Hægkvist et al. 2010). I det svenske studie af Ekström et al. foretaget i 1996 fandt man, at der var givet et supplement til modermælken hos 42 børn af førstegangsfødende og 55 af flergangsfødende, svarende til henholdsvis 22 % og 19 % af de børn, der indgik i undersøgelsen. 90 % af disse børn fik supplementet, mens de var på fødegangen. Studiet viste, at børn, der havde fået et ikke-medicinsk begrundet supplement til amningen, havde en signifikant kortere ammelængde, både for fuld og delvis amning, sammenlignet med børn, der ikke havde fået supplement, eller hvor supplementet var medicinsk begrundet (Ekström et al. 2003b).

I samme studie undersøgte man betydningen af tiden på fødegangen indtil udskrivelse. Hurtig udskrivelse er defineret som før 72 timer og sen udskrivelse som efter 72 timer. Både første- og flergangsfødende, der blev udskrevet sent fra fødegangen, havde en signifikant længere fuld amning end de mødre, der var udskrevet tidligt, med en median på seks måneders fuld amning frem for fem måneder (Ekström et al. 2003b)². Waldenström & Aarts fandt, at indlæggelsens længde ikke i sig selv havde betydning for ammevarigheden, men at det var de forhold, som medførte en lang indlæggelse (f.eks. for tidlig fødsel og tvillingefødsel), der betød noget for ammevarigheden (Waldenström og Aarts 2004).

Kontekst og politisk regulering: The World Health Organization (WHO) har iværksat flere tiltag, der skal være med til at fremme amning på verdensplan, herunder WHO's kodeks for markedsføring af modermælkserstatning fra 1981. Formålet med kodekset er at sikre, at spædbørn får en tilstrækkelig og sund ernæring, at støtte og værne om amning, at sikre at modermælkserstatning bliver anvendt korrekt og at standse uetisk markedsføring af modermælkserstatning, flasker og flaskesutter. Anbefalingerne indeholder blandt andet et forbud mod enhver form for reklame for modermælkserstatning over for forbrugerne, både direkte og gennem sundhedspersonalet og sundhedsvæsenet i øvrigt (Indenrigsministeriet et al. 1984). I Danmark blev markedsføringen reguleret af en frivillig aftale med industrien frem til 1991, hvor denne blev erstattet af et EU-direktiv. EU's direktiv er ikke lige så omfattende som WHO's kodeks, men har alligevel haft en regulerende effekt på markedsføringen af modermælkserstatning i de fleste EU-lande (Nilsson et al. 2009).

WHO og UNICEF præsenterede i 1991 "Det spædbarnsvenlige Initiativ", der i dag anerkendes over hele verden som en god klinisk praksis for amning af sunde, raske børn på fødestederne. I Danmark er

² Det vil sige, at hvis kvinderne var blevet udskrevet efter 72 timer, ammede halvdelen længere end seks måneder, mens halvdelen af dem, der var udskrevet inden 72 timer, ammede længere end fem måneder.

præmature børn også omfattet i det spædbarnsvenlige initiativ. Målet er, at alle spædbørnsfamilier får den støtte og information, de har brug for, uanset om barnet bliver ammet eller ej. Formålet med initiativet er, at kvinder skal have mulighed for at amme fuldt og helt op til seks måneder. Kvinden skal respekteres og have støtte til at stoppe, hvis hun beslutter, at hun ikke vil amme.

Et hospital eller en kommune, der lever op til kriterierne for det spædbarnsvenlige initiativ, kan blive anerkendt som 'spædbarnsvenligt'. Kriterierne er beskrevet som 10 skridt, der er beskrevet nærmere i *Nationale kriterier for spædbarnsvenlige sygehuse* og *Kriterier for en ammestrategi i den kommunale sundhedstjeneste* (Nilsson et al. 2009). Aktiviteter forbundet med "Det spædbarnsvenlige Initiativ" har siden 1992 været koordineret af Videnscenter for Amning (tidligere Ammekomiteen). Videnscenter for Amning stod derudover for at formidle viden til læger, jordemødre, sygeplejersker og sundhedsplejersker samt udvikle, iværksætte og støtte initiativer, der kan bidrage til, at kvinder får mulighed for at amme. Centret blev imidlertid nedlagt i oktober 2008. I dag findes Videnscenter for Amning af børn med specielle behov på Rigshospitalet, men dette center har kun fokus på amning af børn med specielle behov, eksempelvis for tidligt fødte børn eller børn, født med misdannelser.

I en landsdækkende undersøgelse af ammefrekvensen i årene 1999, 2000 og 2001 ses det, at sygehusets status som spædbarnsvenligt ikke er associeret med ammefrekvensen efter fire måneder. Til gengæld ser status som spædbarnsvenligt ud til at gøre en forskel for fuld amning hos de mødre, der ammer ved fjerde måned. Her ses det, at mødre, der har født på et spædbarnsvenligt hospital, i højere grad udelukkende ammer frem for at amme med tilskud (modermælkserstatning, vand, kamillete) i forhold til de kvinder, der ikke har født på et spædbarnsvenligt hospital (Bakke et al. 2001; Fogh et al. 2003a).

Faktorer, der hæmmer amning:

- fysiologiske forhold hos moderen, herunder brystkirurgi,
- sygdomme og handicap hos barnet, herunder gulsot, for tidlig fødsel og hjertesygdom,
- sociale og psykosociale faktorer, såsom ung alder, lavt uddannelsesniveau og anden etnisk baggrund end dansk,
- livsstilsfaktorer, herunder overvægt og rygning,
- manglende intentioner om at amme,
- manglende selvtillid og tidligere erfaring med amning,
- manglende støtte fra netværk – familie, venner og bekendte, og
- praksis på fødestedet, herunder tilskud af modermælkserstatning samt kort indlæggelseslængde.

Denne rapport undersøger, hvilke faktorer der har betydning for fuld amning ved fire måneder blandt børn i Databasen Børns Sundhed.

Den brede vifte af betydende faktorer medfører, at der er mange arenaer, hvor man kan sætte ind for at fremme amning. Sundhedsplejen kan således udvælge de særlige grupper, der er i størst risiko for ikke at amme fuldt ved fire måneder og målrette tilbud til disse grupper.

2.4. Formål

Gennemgangen ovenfor viser, at amning varierer betydeligt fra sted til sted og over tid, samt at amning er stærkt påvirkelig af en række ydre faktorer. Det er derfor vigtigt at monitorere ikke blot amning, men også de faktorer, der influerer på kvinders amning. Databasen Børns Sundhed og denne rapport er et bidrag til en sådan monitorering. I resultatafsnittet (kapitel 4) præsenteres udviklingen i amning blandt populationen i databasen.

Der er flere metodiske vanskeligheder ved at etablere en sådan monitorering. En første forudsætning er, at monitoreringen foregår systematisk - det vil sige på grundlag af sammenlignelige studiebefolkninger og registreringsmetoder. Det er en af de udfordringer, som Databasen Børns Sundhed har forsøgt at tage op.

En anden forudsætning er, at der er en god datafangst - det vil sige en høj registreringsrate på de variable, der indgår i sundhedsplejerskens journal, hvilket ofte kan være en vanskelighed for data, der indsamles via journaler. Journaldata fremkommer som en del af den daglige, kliniske praksis, hvor kontakten med patienten/borgeren er i højsædet, og den systematiske registrering af data kan blive nedprioriteret. Den sundhedsprofessionelle, her sundhedsplejersken, skriver det, der er vigtigt at inddrage i rådgivning og behandling og skriver ikke spontant andet. Det betyder, at mange kliniske databaser lider under en høj forekomst af manglende data, og det gælder også Databasen Børns Sundhed.

Det har afgørende betydning for de resultater, der formidles fra databasen, at man kan gøre rede for og vurdere betydningen af manglende oplysninger.

Formålet med denne rapport er derfor:

- 1) at belyse årsrapportens tema amning og herunder undersøge, hvilke prædiktorer der er for fuld amning ved firemåneders alderen, og
- 2) at belyse omfanget af manglende oplysninger og analysere deres betydning for de resultater, der kan formidles om amning.

3. Materiale og metode

3.1. Baggrund

Sundhedsplejerskernes virksomhed

Sundhedsloven angiver rammerne for sundhedsplejerskearbejdet. Der stilles lovgivningsmæssige krav om almen indsats til alle børn og yderligere indsats til børn med særlige behov. På skoleområdet stilles endvidere krav om undersøgelse ved ind- og udskolingen samt regelmæssige undersøgelser og samtaler gennem hele skoleforløbet. Indsatsen kan starte i graviditeten og fortsættes, afbrydes eller genoptages, indtil barnet ikke længere er undervisningspligtigt. Den behovsorienterede indsats ydes ofte i samarbejde med andre faggrupper som for eksempel praktiserende læger, sagsbehandlere og psykologer. Sundhedsstyrelsen udarbejder anbefalinger for den kommunale indsats. Sundhedsstyrelsen anbefaler minimum fem hjemmebesøg i barnets første leveår til familier med *almene behov* samt et tidligt besøg, der sikrer barnets trivsel efter tidlig udskrivelse fra fødestedet. Det anbefales ydermere, at familier med *særlige behov* tilbydes ekstra ydelser (Sundhedsstyrelsen 2011). Kommunalbestyrelsen i den enkelte kommune fastsætter sundhedsplejens servicetilbud. Dette betyder, at antallet af kontakter mellem sundhedsplejersker og børn/familier varierer fra kommune til kommune.

Den kliniske kvalitetsdatabase Børns Sundhed

Databasen er tilrettelagt således, at den kan beskrive børns sundhed med udgangspunkt i sundhedsplejerskernes virksomhed. Databasen Børns Sundhed indeholder data på 0-1-årige børn fra 2002 og frem. Fra 2007 er databasen suppleret med data på børn ved indskolingen. Formålet med databasen er 1) at monitorere børns sundhed, 2) at monitorere ydelser fra den kommunale sundhedstjeneste, 3) at skabe grundlag for videreudvikling af sundhedsplejens ydelser og 4) at skabe basis for videnskabelige projekter.

Data er indhentet ved brug af en kvalitetsudviklet sundhedsplejerskejournale, hvor sundhedsplejerskerne følger en ensartet praksis og systematisk noterer sammenlignelige data om barnet, familien og sundhedsplejerskernes ydelser. Brugen af journalen er beskrevet i en detaljeret manual.

3.2. Datagrundlag

Data fra 2008 og 2009 indeholder registreringer fra elektroniske sundhedsplejerskejournaler fra Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Køge, Lyngby-Taarbæk, Tårnby og Vejle kommuner og papirjournaler fra Albertslund og Rødovre kommuner. Ballerup Kommune indgår med både papirjournaler og elektroniske journaler. Dragør og Hvidovre kommuner indgår kun med data for børn født i 2008. Det samlede antal registrerede journaler på nyfødte i disse kommuner var 7.312 i 2008 og 6.980 i 2009. Dette svarer til henholdsvis 102 % og 105 % af det samlede antal nyfødte børn i disse kommuner i 2008 og 2009 og skyldes flytning til og fra kommuner. En kommune vil derfor kunne have data om både tilflyttede og fraflyttede børn. Data er ordnet, så hvert barn kun indgår i databasen én gang med data fra deres fødekommune. Udvalgte resultater sammenlignes med resultater fra tidligere fødselsår i databasen Børns Sundhed. Der har over årene været en mindre udskiftning i deltagende kommuner i databasen.

Data stammer fra sundhedsplejerskernes besøg af gravide (graviditetsbesøg) og fra fire besøg, der lægges på centrale tidspunkter for det 0-1-årige barns tilknytning og udvikling: A er etableringsbesøget, der bortset fra barselsbesøget er det første besøg, der aflægges efter fødslen; B er det første besøg, efter barnet er fyldt 2 måneder, og inden det fylder 3 måneder; C er det første besøg, efter barnet er fyldt 4 måneder, og inden det fylder 6 måneder, og D er det første besøg, efter barnet er fyldt 8 måneder, og inden det fylder 10 måneder.

Tabel 3.a viser antal børn med data fra de fire besøg. Procenttallet angiver den andel af børnene, hvor man har data fra det givne besøg; det vil sige andelen af det samlede antal indsendte journaler. Man kan ikke ud fra disse data se, om de resterende ikke har fået aflagt besøget, eller om det blot ikke er rapporteret ind til databasen. Andelen af journaler med data fra de respektive besøg i 2008 og 2009 er faldet i forhold til årsrapporten om de børn, der blev født i 2007. I 2007 varierede andelen mellem 84,8 % (B-besøget) og 93,3 % (A-besøget). Forskellen mellem årene kan skyldes, at børnene er set i åbent hus eller konsultation i stedet for ved hjemmebesøg. Data fra A-, B-, C- og D-besøg udfyldes kun ved hjemmebesøg.

Tabel 3.a. Antal børn med data fra de fire besøg i 2008 og 2009

Besøg	2008		2009	
	Antal	Procent af alle børn i de deltagende kommuner	Antal	Procent af alle børn i de deltagende kommuner
A	6.217	85,0	5.954	85,3
B	5.716	78,2	5.611	80,4
C	6.157	84,2	5.697	81,6
D	6.274	85,8	5.608	80,3

3.3. Målinger og variable

Ammelængde

Variablen *ammelængde* fra stamdata benyttes. Denne angiver barnets alder ved ophør af fuld amning i måneder og uger. Børn, registreret som ammet i nul måneder og nul uger samtidig med, at det fra A-besøget er bemærket, at de udelukkende ernæres ved modermælksstatning, antages slet ikke at være ammet. Sundhedsstyrelsens definition af fuld amning benyttes, hvilket betyder, at barnet ernæres udelukkende af modermælk efter udskrivelse fra hospitalet. Herved forstås i Danmark, at der udover moderens mælk kan suppleres med vand eller lignende og/eller maksimalt ét måltid med modermælksstatning om ugen.

Det er valgt at sætte skæringspunktet ved fuld amning ved fire måneders alderen, idet det ønskes at kunne sammenligne med andre undersøgelser, som bruger dette skæringspunkt. Sundhedsstyrelsen anbefaler fuld amning, til barnet er fire til seks måneder - afhængig af barnets parathed til indtagelse af overgangskost (SST, 2009). Man kunne også vælge skæringspunktet seks måneder, men det ville gøre det vanskeligt at sammenligne med andre studier, idet kun en enkelt nyere, dansk undersøgelse har brugt amning under eller over seks måneder som udfaldsmål (Johansen et al. 2009).

Sociodemografiske forhold

Mors alder ved barnets fødsel er defineret ud fra det CPR-nummer, der er registreret i journalen.

Til at beskrive uddannelsesniveau benyttes variabelen *mors skolegang: 10. klasse eller derunder (ja/nej)* fra stamdata. Ydermere er variabelen rensat således, at de kvinder, der er registreret med uddannelse under 10. klasse, ikke har en gymnasial eller erhvervsuddannelse. Der er en del journaler med manglende data. For ikke at udelukke disse familier fra opgørelsen, placerer vi dem i kategorien "ikke oplyst".

Til at beskrive beskæftigelse benyttes variabelen *far aktuelt udenfor erhverv (ja/nej)* fra stamdata. Her har vi anvendt data om far for at undgå den usikkerhed, der kan være om notering af mors erhvervsstatus på grund af barselsorlov. Der er også her en del journaler med manglende data. For ikke at udelukke disse familier fra opgørelsen, placerer vi dem i kategorien "ikke oplyst".

Familietype er dannet ud fra tre variable i stamdata: *bor med mor og far (ja/nej)*, *sammenbragt familie (ja/nej)* og *enlig (ja/nej)*. Sammenbragt familie defineres her som, at barnet bor med mor/far og dennes nye partner. Der er igen en del journaler med manglende data. For ikke at udelukke disse familier fra opgørelsen, placerer vi dem i kategorien "ikke oplyst".

Til at beskrive mors etniske baggrund er dannet en ny variabel ud fra fire variable i stamdata: *1. generationsindvandrere*, *2./3. generationsindvandrere*, *flygtning* og *familiesammenført*. Alle, der er registreret som flygtning eller familiesammenført, er slået sammen med førstegenerations indvandrere. Denne variabel er konstrueret således, at hvis data ikke er udfyldt, er forældrene af dansk baggrund, og derfor er der her ingen kategori for manglende oplysninger.

Variable knyttet til mor

I stamdata har sundhedsplejerskerne registreret oplysninger om forskellige faktorer, der tænkes at have stor betydning for, om mødrene påbegynder amning og for, hvor længe de ammer barnet.

Paritet er dannet ud fra variabelen *mors barn nummer* fra stamdata. 1 er kodet som førstegangsforældre, mens flergangsforældre er alt over 1. Der er en del journaler med manglende data, og igen er kategorien "ikke oplyst" tilføjet.

Desuden er brugt følgende variable fra stamdata: *erfaring og viden om amning (ja/nej)*, *ønsker mor at amme(ja/nej)*, *har der været vanskeligheder med etablering af amning (ja/nej)* samt *bemærkninger til mors psykiske tilstand (ja/nej)* fra besøg A og B. En bemærkning dækker over kategorierne ked af det/trist, angst, søvnproblemer, "problemløs" eller andet. I alle tilfælde har vi tilføjet kategorien "ikke oplyst".

Variable knyttet til barnet

I stamdata og ved A-besøget er der registreret en række variable, der relaterer sig til graviditet, fødsel og barnets tilstand efter fødslen.

Gestationsalder, *fødselsvægt* og *apgarscore efter fem minutter* indhentes fra fødselsanmeldelsen fra fødestedet. Information om køn udledes fra barnets CPR-nummer og variablene *lagt til brystet inden for 2 timer (ja/nej)* samt *tilskud af MME under indlæggelsen (ja/nej)* stammer fra stamdata. Indlæggelseslængden er dannet ud fra variabelen *udskrevet efter (<6 timer, 24 timer, 2-3 døgn, 4-6 døgn og >6 døgn)* registreret ved A-besøget. I alle variable er kategorien "ikke oplyst" tilføjet.

Systemvariable

Variablen *kommune* repræsenterer den kommune i databasesamarbejdet, der har indsendt data. Fødested er dannet ud fra variabelen *sygehus (fritekst)* fra A-besøget. Der er dannet en kategori: "Andet med få fødsler", en samlebetegnelse for nogle få fødesteder med meget få fødsler, registreret i databasen (fortrinsvis fødsler fra Frederiksberg Hospital samt Herning og Hillerød sygehuse). Også i denne variabel er der manglende oplysninger, som placeres i kategorien "ikke oplyst".

Manglende registrering

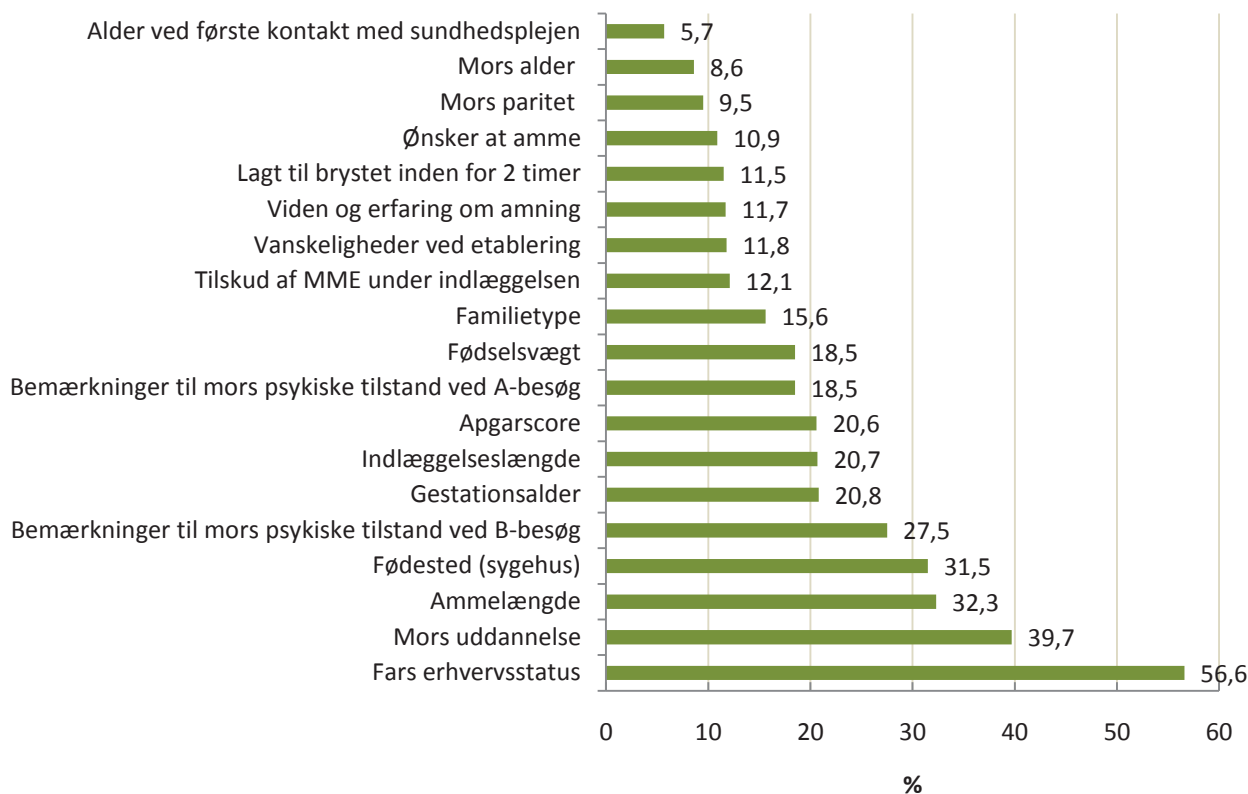
Som omtalt i introduktionen, lider mange kliniske databaser under problemer med manglende data. Der kan være mange grunde til manglende oplysninger, f.eks. at den udfyldte værdi er ugyldig, eller at feltet ikke er udfyldt af sundhedsplejersken. Det er vigtigt at afklare, hvad dette dataproblem betyder for formidlingen af resultater. Som ovenfor nævnt, er det besluttet ikke at udelukke familier med manglende data, men i stedet at danne en særlig kategori i hver variabel med betegnelsen "ikke oplyst". I forhold til analyserne om amning giver det mulighed for at vurdere, om familier med manglende oplysning på de øvrige variable har en særligt høj eller lav forekomst af fuld amning ved firemåneders alderen.

Et særligt problem opstår i de tilfælde, hvor der mangler registrering af udfaldsmålet: fuld amning ved firemåneders alderen. For at undersøge, hvad der karakteriserer de børn, som ikke har registreret

oplysninger om ammelængden, laves en særskilt analyse for at vurdere, hvad manglende oplysning om amning betyder for de øvrige konklusioner fra analyserne.

Figur 3.a viser andelen af "ikke oplyst" for de variable, der er benyttet til analyser i årsrapporten.

Figur 3.a. Andelen af "ikke oplyst" for de variable, der er brugt i ammerapporten



Det ses af figur 3.a, at der er store forskelle mellem variablene for, hvor mange "ikke oplyste" de indeholder; variationen er fra 5,7 % "ikke oplyste" for alder ved første kontakt med sundhedsplejen til 56,6 % for fars erhvervsstatus.

3.4. Dataanalyse

For at belyse temaet amning analyseres data i tre trin. Første trin er inspektion af data med krydstabeller, det vil sige, at sammenhængen mellem fuld amning ved fire måneder og en række mulige prædiktorer (det vil sige faktorer, der har indflydelse på, om barnet bliver ammet fuldt ved fire måneder) undersøges. Et chi²-test med tilhørende p-værdi udtrykker, om forskelle i ammefrekvens mellem subgrupper er statistisk signifikant, idet en p-værdi under 0,05 fortolkes som signifikant.

Andet trin er undersøgelse af prædiktorer for amning. Disse analyser omfatter kun de børn, hvor der findes oplysning om amning ved firemåneders alderen. Her benyttes logistisk regressionsanalyse³ for at vurdere, hvilke faktorer der har sammenhæng med ammefrekvens ved firemåneders alderen. Der suppleres med multivariate analyser⁴, hvor de mulige prædiktorer analyseres i tre blokke: blok 1 omfatter sociodemografiske variable, blok 2 variable knyttet til moderen og blok 3 variable knyttet til barnet. De multivariate analyser giver mulighed for at afsløre confounding⁵. Inden de multivariate analyser med blok 2 og 3 blev gennemført, blev alle variable i blok 2 og 3 kontrolleret for mulig confounding af de sociodemografiske variable (blok 1). Disse indledende analyser viste, at der ikke var confounding fra de sociodemografiske faktorer.

Andet trin omfatter som nævnt kun børn med oplysning om amning - i realiteten kun 68 % af de børn, der indgår i databasen. Tredje trin er derfor en analyse af den bias (skævhed), der kan tænkes at fremkomme i analyserne under andet trin. Der benyttes logistisk regressionsanalyse af associationen mellem samtlige prædiktorvariable og udfaldsmålet amme-status versus manglende oplysning om amme-status.

Resultatet af de logistiske regressionsanalyser formidles med en odds ratio (OR) værdi og et tilhørende sikkerhedsinterval. OR er en måde at udtrykke risiko på: værdien 1,0 svarer til risikoen i referencegruppen, og hvis OR er højere eller lavere end 1,0 betyder det, at risikoen er højere eller lavere. Sikkerhedsintervallet viser, om OR er signifikant højere/lavere end 1,0: hvis sikkerhedsintervallet rummer værdien 1,0 er OR-værdien ikke signifikant forskellig fra referencegruppen.

³ Logistisk regression er en analyse, hvor udfaldsmålet (her amning) er todelt (her fuld amning mindst fire måneder over for alle andre). Man får udtrykt odds for at amme fuldt under fire måneder for undergrupper af en variabel sammenlignet med den valgte referencegruppe.

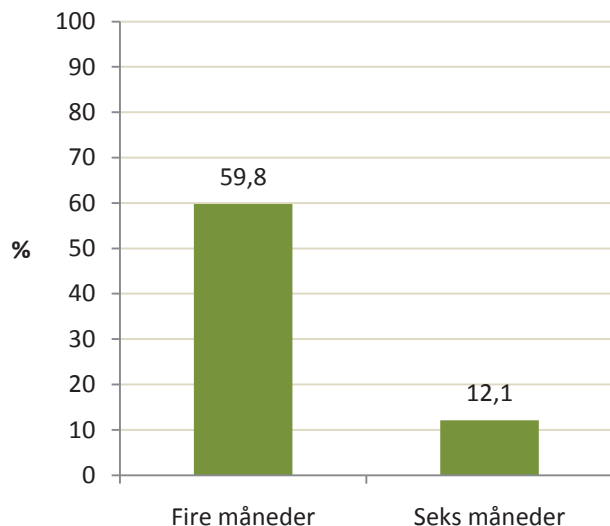
⁴ En multivariat analyse giver mulighed for, at man undersøger betydningen af flere faktorer samtidig. Man kontrollerer analysen for den effekt, faktorerne har på hinanden.

⁵ Confounding betyder, at nogle variable kan sløre betydningen af andre. Ved at kontrollere for confounding kan man se på betydningen af de enkelte variable for udfaldet.

4. Resultater

4.1. Ammefrekvenser

Figur 4.a. Forekomst af fuld amning ved fire og seks måneder



Andelen af børn, der ammes fuldt, når de er fire måneder (17 uger) er 59,8 %. Denne andel er i overensstemmelse med andre danske opgørelser, men ligger i den høje ende. I den landsdækkende ammeundersøgelse gennemført i 1999-2001 ammede 50,4 % af mødrene fuldt ved fjerde måned. De fleste børn i databasen kommer fra det tidligere Københavns Amt. I ammeundersøgelsen fra 1999-2001 ammede 46,6 % af mødrene fra Københavns Amt fuldt ved fire måneder (Fogh et al. 2003a; Fogh et al. 2003b).

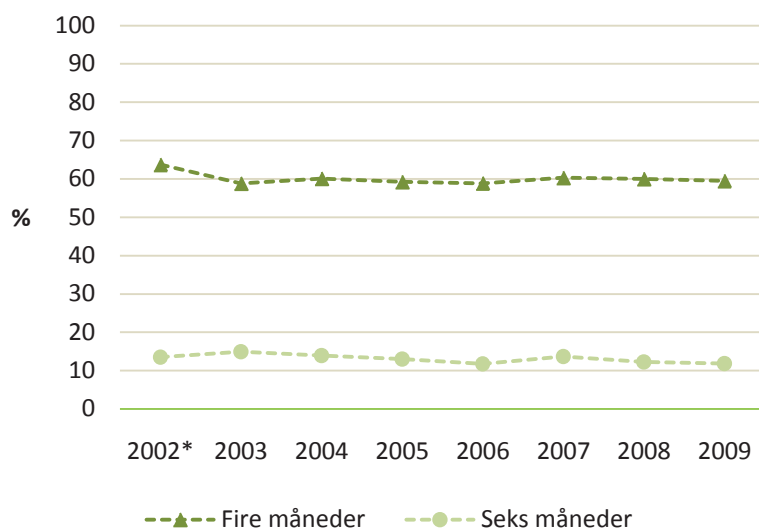
Andelen af børnene, der ammes fuldt, når de er seks måneder, er 12,1 %. Kun én anden undersøgelse har rapporteret ammefrekvens, når barnet er seks måneder. I rapporten "Danske børns sundhed og sygelighed" (Børne-SUSY) med data fra 2005 ammer 25 % fuldt, når barnet er seks måneder (Johansen et al. 2009). Denne andel er væsentlig højere end de 12,1 %, der findes i denne undersøgelse. De to undersøgelser har meget forskellige resultater, men er metodemæssigt også meget forskellige. Data fra Børne-SUSY er baseret på interview med forældre til børn under seks år, hvor man har spurgt: "Hvor lang tid fik Deres barn udelukkende brystmælk?" Denne undersøgelse kan være påvirket af recall-bias, hvor forældrene kan have svært ved at huske den reelle ammeperiode. Samtidig kan recall-bias være påvirket af desirability-bias, hvor forældrene svarer en længere ammelængde, fordi de ved, at det er "det rigtige" svar. Børns Sundhed er baseret på data fra sundhedsplejerskernes journal, hvorfor man må forvente en væsentlig lavere recall- og desirability-bias.

Det er bemærkelsesværdigt, at så lille en andel af børnene i Børns Sundhed-populationen ammes fuldt ved seks måneder, som er den anbefalede ammelængde af WHO. Sundhedsstyrelsens anbefaling om fuld amning blev i 2002 ændret fra fire til seks måneder, så man fulgte WHO's globale folkesundheds-

rekommendation fra 2001. I en vestlig kontekst kan det dog være fornuftigt at starte med skemad, før barnet bliver seks måneder, hvorfor Sundhedsstyrelsen i vejledningen til sundhedspersonalet skriver: ”I 4-6-månedersalderen kan det derfor være mest hensigtsmæssigt at give skemad frem for flaske, hvis barnet får brug for et supplement til modermælken.” (Nilsson et al. 2009). Der mangler oplysninger om ammelængde for 32,3 % af børnene i 2008 og 2009.

Nedenstående figur (4.b) viser frekvensen af fuld amning ved henholdsvis fire og seks måneder blandt populationen i Børns Sundhed fra samarbejdets start i 2002 til 2009.

Figur 4.b. Forekomst af fuld amning ved fire og seks måneder 2002*-2009

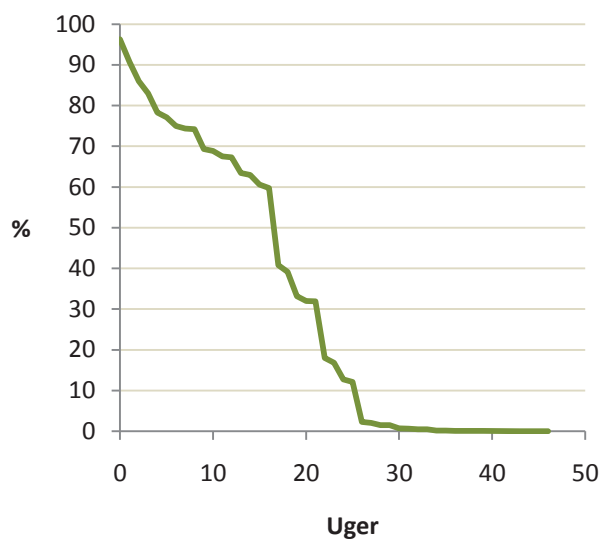


* I 2002 er der ikke registreret nogen, som aldrig ammede.

Figuren viser, at ammefrekvensen ved fire og seks måneder har ligget stabilt på ca. 60 % ved fire måneder og 11-15 % ved seks måneder i perioden fra 2002-2009.

Nedenstående figur (4.c) viser en Kaplan-Meier-kurve over ammelængden blandt populationen i 2008 og 2009.

Figur 4.c. Kaplan-Meier-kurve over længden af fuld amning



Af kurven ses det, at 95 % af kohorten starter med fuld amning. Når barnet er fire uger, ammer ca. 80 % stadig fuldt. Det største fald i ammefrekvensen sker, når barnet er mellem 17 og 28 uger. Her falder andelen fra ca. 60 % ved 17 uger til ca. 2 % ved 28 uger.

Analysen af ammefrekvens viser, at:

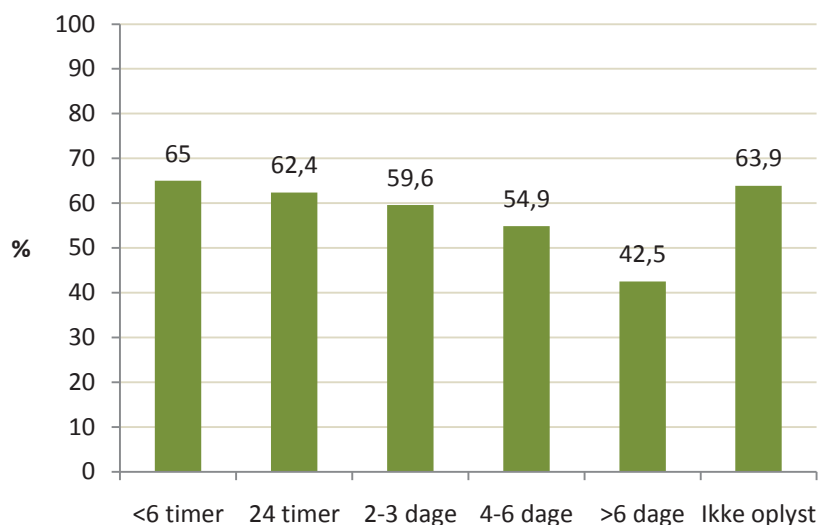
- 59,8 % af børnene født i 2008 og 2009 blev ammet fuldt ved fire måneder,
- 12,1 % blev ammet fuldt i seks måneder,
- ammefrekvensen ved fire og seks måneder har ligget stabilt blandt databasens population fra 2002-2009, og
- det største fald i ammefrekvens sker, når barnet er mellem 17 og 28 uger

4.2. Sundhedsplejerskens arbejde

Indlæggelseslængde

Nedenstående figur (4.d) viser andelen, der ammes fuldt ved fire måneder fordelt på indlæggelseslængde.

Figur 4.d. Forekomst af fuld amning ved fire måneder opdelt efter indlæggelseslængde (p<0,001)

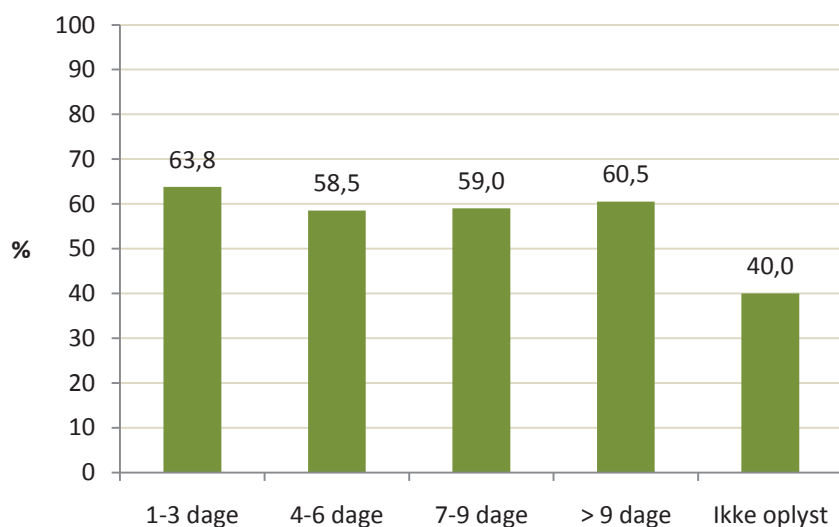


Det ses, at der er en faldende ammefrekvens med stigende indlæggelseslængde. Det tyder således på, at det ikke er negativt for ammeforløbet at blive udskrevet hurtigt efter fødslen. Det er muligt, at roen og de velkendte rammer i hjemmet er fordrende for ammeforløbet. Det er sandsynligt, at sundhedsplejerskerne er mere opmærksomme på ammevejledning til de kvinder, der er udskrevet fra fødestedet kort efter fødslen, og at denne indsats fremmer ammefrekvensen ved fire måneder. En yderligere forklaring på sammenhængen kan være, at i hjemmet får familien råd og vejledning fra den samme fagperson: familiens sundhedsplejerske, mens der på fødestedet ofte er flere forskellige, der tilser de barslende og derfor forskellige vejledninger. Sammenhængen kan endvidere afspejle, at det er de svagere børn og mødre med komplicerede fødselsforløb (og dermed dem, der er i øget risiko for et vanskeligt ammeforløb), der er indlagt i længere tid. Af de, der ikke er registreret med oplysninger om indlæggelseslængde, ammes 63,9 % fuldt ved fire måneder.

Barnets alder ved den første kontakt med sundhedsplejen

I figuren nedenfor (4.e) ses ingen sammenhæng mellem barnets alder ved første kontakt til sundhedsplejen og fuld amning ved fire måneder. Det kan imidlertid ikke udelukkes, at man vil finde en sådan sammenhæng, hvis fuld amning måles på et tidligere tidspunkt. Undersøgelser viser, at et tidligt besøg i hjemmet efter udskrivelse har betydning for, om amningen kommer i gang (Kronborg, 2006). Effekten af ekstra indsatser ser imidlertid kun ud til at have en signifikant effekt på fuld amning op til to måneder (Sikorski et al. 2002).

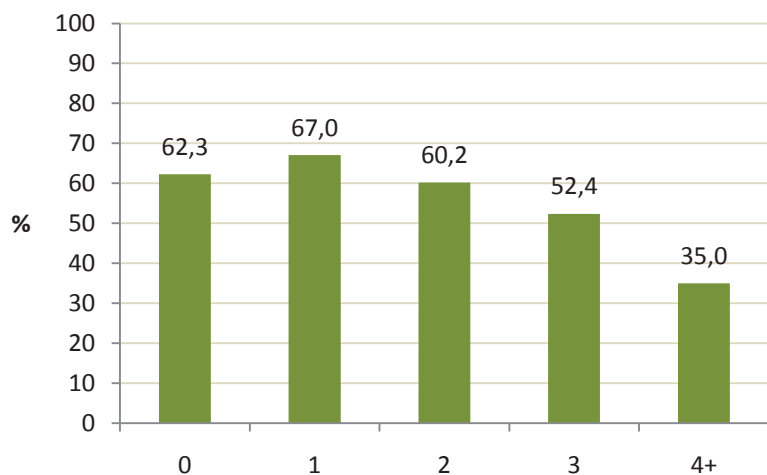
Figur 4.e. Forekomst af fuld amning ved fire måneder opdelt efter barnets alder ved første kontakt med sundhedsplejen (p=0,0680)



Antal kontakter med sundhedsplejersken de første 30 dage

I figur 4.f ses det, at jo flere kontakter man har haft med sundhedsplejen, jo lavere er sandsynligheden for at amme fuldt ved fire måneder. Det virker usandsynligt, at flere besøg af sundhedsplejersken medfører en lavere ammefrekvens, så forklaringen er nok nærmere, at sundhedsplejersken besøger familier med problematiske forhold oftere, eksempelvis familier med vanskeligheder med ammeetablering, og at disse forhold er medvirkende til den lavere ammefrekvens. Gruppen, der ikke har modtaget nogen besøg inden for de første 30 dage, inkluderer bl.a. børn, der er indlagt i den første del af deres liv samt tilflyttere, der ikke har været tilknyttet en af databasens kommuner de første 30 dage af barnets liv.

Figur 4.f. Forekomst af fuld amning ved fire måneder opdelt efter antal kontakter med sundhedsplejersken de første 30 dage (p<0,001)

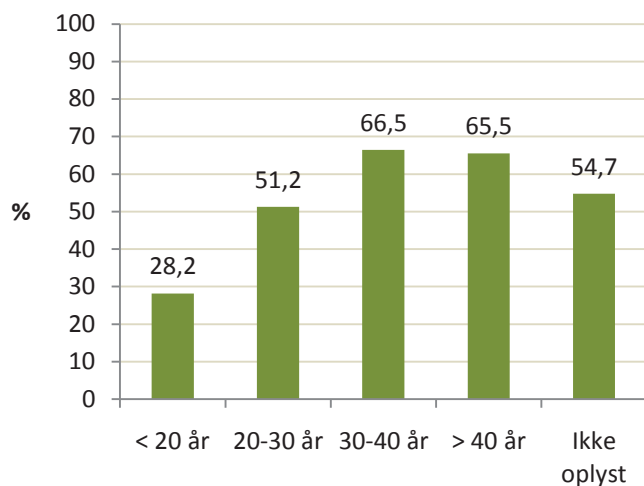


4.3. Sociodemografiske faktorer

Alder

På nedenstående figur (4.g) ses sammenhængen mellem mors alder og ammefrekvens ved fire måneder. Andelen, der ammer fuldt, stiger med stigende alder hos moderen, indtil gruppen af 30-40-årige (66,5 %) og falder derefter en anelse for kvinder over 40 år. De samme resultater findes for faderens alder i forhold til amning, når barnet er fire måneder (resultater ikke illustreret). Resultaterne stemmer overens med den øvrige danske litteratur, hvor man finder, at kvinder under 20 år ammer i kortest tid, mens kvinder over 34 år ammer længst (Kronborg, 2006). Kvinder, for hvem der ikke er registreret alder (ikke oplyst), har en ammefrekvens på 54,7 %.

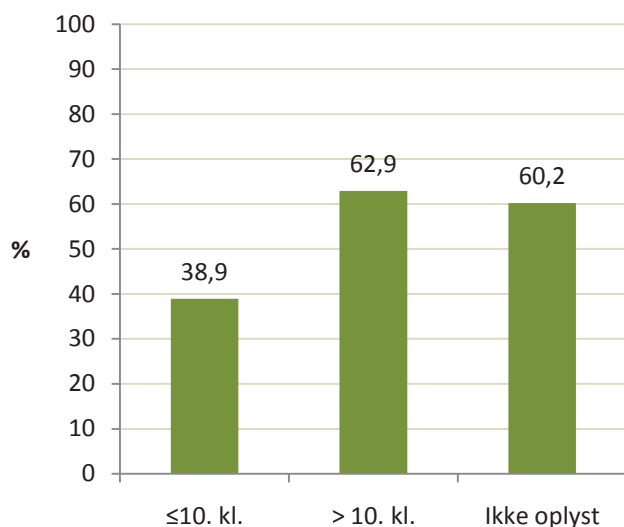
Figur 4.g. Forekomst af fuld amning ved fire måneder opdelt efter mors alder ($p < 0,001$)



Uddannelse

For 14,5 % af de mødre, hvor der er oplysninger om hendes uddannelsesniveau, er uddannelsesniveauet højst 10. klasse. I figuren nedenfor (4.h) ses det, at andelen af disse kvinder, der ammer fuldt, når barnet er fire måneder, er 38,9 %, mens det tilsvarende tal for mødre med et højere uddannelsesniveau er 62,9 %. I litteraturen finder man ligeledes, at en længere uddannelsesmæssig baggrund og en høj socioøkonomisk status er associeret med en længere ammeperiode (Kronborg og Væth 2004; Kronborg 2006). De kvinder, hvor uddannelsesniveau ikke er oplyst, har en ammefrekvens på 60,2 %.

Figur 4.h. Forekomst af fuld amning ved fire måneder opdelt efter mors uddannelse (p<0,001)

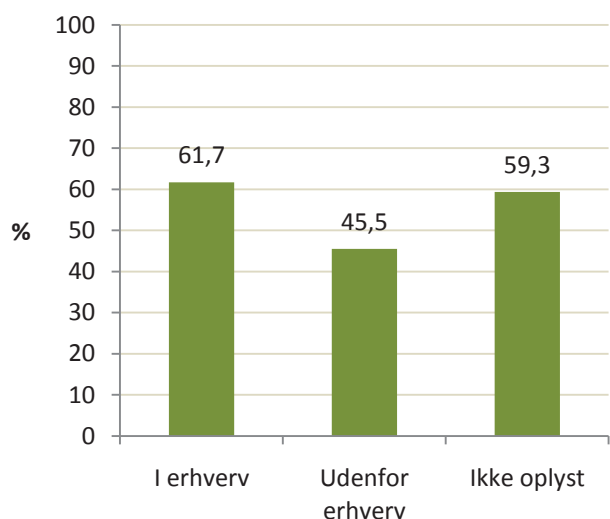


Lidt færre fædre end mødre har et uddannelsesniveau på højst 10. klasse (13,2 % mod 14,5 %), men den fundne sammenhæng mellem uddannelsesniveau og ammefrekvens ved fire måneder ses også, hvis faderen har lavt uddannelsesniveau (resultater ikke illustreret).

Erhvervsstatus

25,2 % af mødrene og 9,7 % af fædrene er registreret uden aktuel erhvervstilknytning. Nedenstående figur (4.i) illustrerer ammefrekvens ved fire måneder opdelt på fars erhvervsstatus.

Figur 4.i. Forekomst af fuld amning ved fire måneder opdelt efter fars erhvervsstatus (p<0,001)



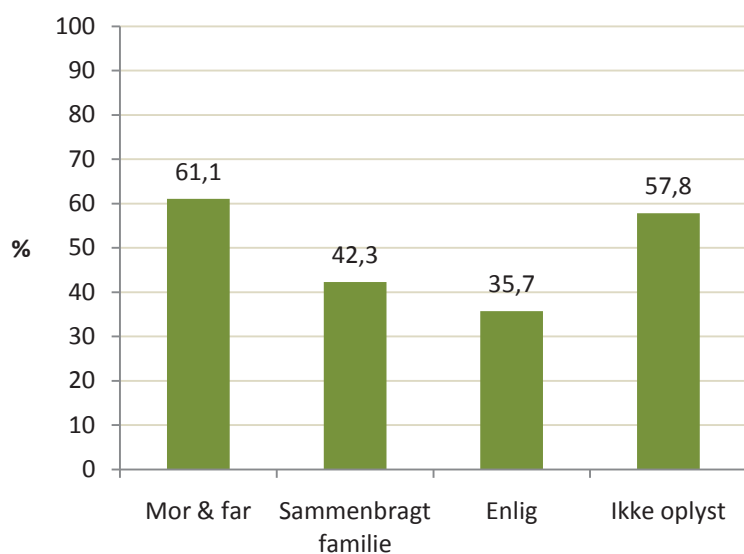
Af figuren ses det, at hvis far er i erhverv, ammes 61,7 % af børnene fuldt ved fire måneder, mens den tilsvarende andel er 45,5 %, hvis far ikke aktuelt er i erhverv. For de, der ikke er registreret med oplysninger om fars aktuelle erhvervsstatus, ammes 59,3 % fuldt ved fire måneder. En ekstra analyse

viser, at andelen, der ammes fuldt ved fire måneder, er 30,8 %, hvis far er uden erhverv og samtidig højest har 10. klasse, hvilket tyder på en markant social ulighed i amning (resultater ikke illustreret).

Familietype

Størstedelen af børnene bor sammen med begge deres forældre (94,7 %), mens kun en lille andel bor hos en enlig mor (eller far) (4,3 %), og en endnu mindre gruppe bor med én forælder og dennes nye partner (1,0 %). Børn, der bor med begge deres forældre, er den gruppe, der hyppigst ammes fuldt ved fire måneder (61,1 %), mens kun ca. en tredjedel af børn af enlige ammes fuldt, når de er fire måneder. For de, der ikke er registreret med oplysninger om familietype, ammes 57,8 % fuldt ved fire måneder.

Figur 4.j. Forekomst af fuld amning ved fire måneder opdelt efter familietype (p<0,001)



Et lignende resultat ses i et dansk, historisk registerstudie baseret på data fra københavnske børn født i 1941-1972. Her fandt man en højere ammefrekvens hos gifte mødre sammenlignet med ugifte mødre (der i artiklen sidestilles med enlige mødre). Sammenhængen blev imidlertid mindre over årene og forsvandt helt i de sidste år (Biering-Sorensen et al. 1983). Det kan tænkes, at sammenhængen forsvandt, fordi betegnelsen ugift ikke længere kunne sidestilles med at være enlig mor.

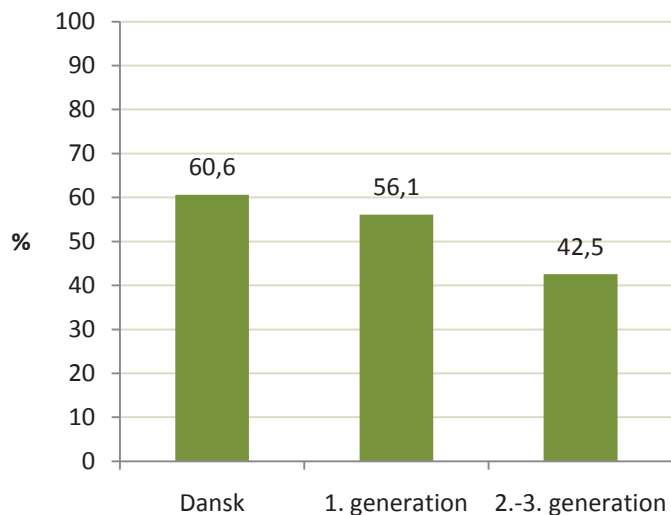
Etnisk baggrund

10,3 % af mødrene er registreret som havende en anden etnisk baggrund end dansk. Ud af alle mødre er 7,6 % registreret som førstegenerationsindvandrere, og 2,7 % er registreret som anden- eller tredje-generationsindvandrere.

I figuren nedenfor (4.k) ses det, at 56,1 % af førstegenerationsindvandrerne ammer fuldt, når barnet er fire måneder, hvilket ligner ammefrekvensen for de danske (eller ikke oplyst etnisk baggrund) mødre (60,6 %). Anden- og tredje-generationsindvandrerne har en væsentlig lavere ammefrekvens, når barnet

er fire måneder (42,5 %). Lignende resultater findes for faderens etniske baggrund (resultater ikke illustreret).

Figur 4.k. Forekomst af fuld amning ved fire måneder opdelt efter mors etniske baggrund (p<0,001)



Resultaterne stemmer overens med resultater fra Jeppesen et al, 1998, der finder, at færre kvinder med anden etnisk baggrund end dansk starter med at amme, og de, der ammer, har øget risiko for at stoppe amningen tidligt (Jeppesen et al, 1998). Det er en interessant observation, at førstegenerationsindvandrere har højere ammefrekvens ved fire måneder end anden- og tredjegenerationsindvandrere. Man ville forvente, at jo længere immigranterne har opholdt sig i Danmark, jo mere ville deres ammefrekvens ligne den danske. Der er dog forskning, der peger på, at immigranter, der forsøger at leve op til kultur og normer i det nye land, mens de også stadig er påvirket af deres oprindelseskultur, potentielt er udsat for et højt stress-niveau, der gør, at de ikke har fokus på sundhedsadfærd (Dressler et al. 2005). Man kan tænke sig, at andengenerationsindvandrere i højere grad forsøger at tilpasse sig den danske kultur, mens førstegenerationsindvandrere er mere tilknyttet til deres oprindelige kultur og derfor ikke er udsat for samme stress-niveau som anden- og tredjegenerationsindvandrere.

En supplerende analyse af samspillet mellem uddannelsesniveau og etnisk baggrund viser, at for mødre med højst 10. klasse er ammefrekvenserne for førstegenerationsindvandrere 51,5 %, for anden- og tredjegenerationsindvandrere 40,7 % og for danske mødre 33,9 %. Dette betyder, at den sociale ulighed i amning stort set kun gælder etnisk danske mødre. Forskellen mellem førstegenerationsindvandrere og anden- og tredjegenerationsindvandrere er der dog fortsat, når der justeres for uddannelse.

Efter at have set, hvordan de sociodemografiske faktorer hænger sammen med ammefrekvensen ved fire måneder hver for sig, præsenteres den justerede analyse nedenfor.

Multipel logistisk regression⁶

Tabel 4.a. Ujusterede og gensidigt justerede OR (CI)⁷ for ikke at amme fuldt ved fire måneder

Variable	Ujusterede OR-værdier	Gensidigt justerede OR-værdier
Mors alder		
<20	5,05 (3,32-7,68)	3,16 (2,05-4,88)
20-30	1,89 (1,73-2,06)	1,73 (1,58-1,89)
30-40 (reference)	1	1
>40	1,05 (0,84-1,31)	1,02 (0,81-1,27)
Uoplyst	1,64 (1,41-1,90)	1,47 (1,25-1,71)
Mors uddannelsesniveau ≤10. klasse		
Ja	2,66 (2,30-3,07)	1,99 (1,71-2,32)
Nej (reference)	1	1
Uoplyst	1,19 (1,02-1,22)	1,11 (0,99-1,24)
Far udenfor erhverv		
Ja	1,93 (1,57-2,36)	1,49 (1,21-1,85)
Nej (reference)	1	1
Uoplyst	1,10 (1,01-1,20)	1,02 (0,91-1,13)
Familietype		
Begge forældre (reference)	1	1
Sammenbragt familie ⁸	2,14 (1,36-3,36)	2,00 (1,26-3,18)
Enlig	2,82 (2,25-3,53)	2,22 (1,75-2,81)
Uoplyst	1,14 (0,98-1,34)	1,10 (0,93-1,30)
Etnisk baggrund mor		
Dansk baggrund eller uoplyst (reference)	1	1
Førstegenerationsindvandrer	1,20 (1,04-1,40)	1,00 (0,85-1,17)
Anden-/tredjegerationsindvandrer	2,08 (1,63-2,66)	1,54 (1,19-1,99)

Tabellen viser, at alle variable er af signifikant betydning for risikoen for ikke at amme fuldt ved fire måneder, og der er altså ingen variable, der falder ud af analysen ved gensidig justering. Alle odds ratio-værdier falder i den justerede model, hvilket betyder, at effekten af den enkelte variabel på risikoen for ikke at amme fuldt ved fire måneder reduceres, når man tager højde for effekten af de øvrige variable.

Mødre, hvis uddannelsesniveau er 10. klasse eller lavere har mere end dobbelt så høj odds for ikke at amme fuldt ved fire måneder (OR=2,66) sammenlignet med mødre med længere uddannelse. OR for

⁶ Ved multipel logistisk regression er det muligt at vurdere, hvilke faktorer der har sammenhæng med amme-frekvens ved fire måneders alderen samtidig med, at der kontrolleres for, at nogle variable kan sløre betydningen af andre (confounding).

⁷ OR er en måde at udtrykke risiko på: hvis OR er højere eller lavere end 1,0 betyder det, at risikoen er højere eller lavere. Hvis sikkerhedsintervallet (CI) rummer værdien 1,0, er OR-værdien ikke signifikant forskellig fra referencegruppen.

⁸ Sammenbragt familie vil sige, at barnet bor med enten biologisk mor og hendes nye samlever *eller* far og hans nye samlever.

ikke at amme fuldt ved fire måneder falder til 1,99 i den multivariate analyse. Mors uddannelse hænger sandsynligvis sammen med hendes alder ved barnets fødsel. Hun kan ikke have nået at tage en lang uddannelse, hvis hun er ung mor.

Hvis man kigger på mors alder, ses det, at unge mødre under 20 år har ca. fem gange så høje odds for ikke at amme fuldt ved fire måneder i forhold til 30-40-årige mødre. Der ses betydelig reduktion af odds ratio, når der tages højde for de øvrige variable i modellen, idet odds ratio falder fra 5,05 til 3,16, når der justeres. Der er også højere odds for ikke at amme ved fire måneder for de mødre, der er mellem 20 og 30 år, i forhold til de, der er over 30 år. Det kunne således tyde på, at det er særligt væsentligt for sundhedsplejerskerne at have fokus på de yngre mødre – og særligt på de helt unge under 20 år, hvis man ønsker at øge andelen, der ammer fuldt i mindst fire måneder.

Når man undersøger betydningen af, at far ikke er i erhverv, ses det, at børn med fædre uden for erhverv har næsten dobbelt så høje odds for ikke at blive ammet fuldt ved fire måneder (OR=1,93) som børn med fædre, der er i erhverv. Denne overrisiko falder betydeligt (OR=1,49), når der kontrolleres for effekten af de øvrige sociodemografiske variable.

Børn af mødre med anden etnisk baggrund end dansk har større risiko for ikke at blive ammet fuldt ved fire måneder end børn af etnisk danske mødre/ikke oplyst. Der er ikke stor overrisiko, hvis moderen er førstegenerationsindvandrer (OR=1,20), men hvis moderen er anden- eller tredjegenerationsindvandrer, er oddsene for ikke at blive ammet fuldt dobbelt så høje. I den justerede model forsvinder hele effekten for mødre, der er førstegenerationsindvandrere, hvilket betyder, at det er forskelle i de øvrige sociodemografiske faktorer for førstegenerationsindvandrere, der forklarer hele forskellen. Overrisikoen for anden- og tredjegenerationsindvandrere reduceres betydeligt, når der tages højde for de øvrige variable.

Sammenlignet med familier, hvor barnet bor sammen med begge forældre, er der højere odds for ikke at amme fuldt ved fire måneder for sammenbragte familier (OR=2,14) og for enlige (OR=2,82). Familietype er således en af de vigtigste prædiktorer for ammefrekvens ved fire måneder. Det er en lille gruppe af de 0-1-åriges forældre, der ikke bor sammen, og det kunne tyde på, at der er behov for at have øget fokus på især gruppen af enlige mødre. Overrisikoen for enlige reduceres betydeligt ved justering. Det vil sige, at det ikke kun er det at være enlig, der i sig selv er forbundet med øget risiko for ikke at amme fuldt ved fire måneder, men at de øvrige sociodemografiske faktorer, knyttet til det at være enlig, har betydning.

Rapporten viser, at børn af:

- unge mødre (under 20 år),
- mødre med skolegang under 10. klasse,
- enlige mødre eller mødre med en ny partner,
- mødre, der er anden- eller tredjegerationsindvandrere, samt
- fædre uden aktuel erhvervstilknytning

har større risiko for ikke at blive ammet fuldt ved fire måneder i forhold til børn af mødre, der er ældre, har længere skolegang, der bor sammen med barnets far, der er etnisk danske, eller hvis fædre aktuelt er i erhverv.

Disse resultater peger på en betydelig ulighed i fuld amning ved fire måneder, idet det er børn i ressourcetsvage familier, der ikke bliver ammet i henhold til anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen. Sundhedsplejerskerne bør fortsætte deres arbejde med at opspore disse risikogrupper og tilbyde dem særlige indsatser for at fremme fuld amning ved fire måneder og derved højne sundhedstilstanden.

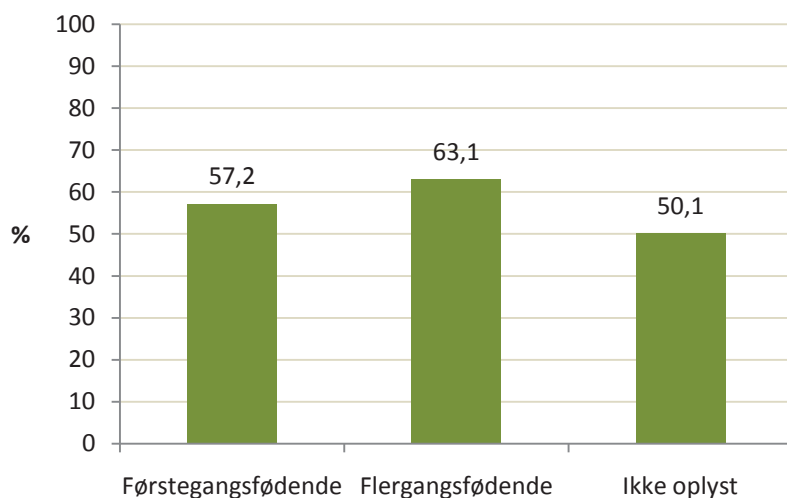
4.4. Variable knyttet til mor

I stamdata har sundhedsplejerskerne registreret oplysninger om forskellige faktorer, der kan have stor betydning for, om mødrene påbegynder amning og for, hvor længe de ammer barnet. Dette gælder eksempelvis, hvorvidt mødrene ønsker at amme, og om de har erfaringer og viden om amning. Det kan være svært at afgøre årsags- og virkningsretning, idet mødrene har svaret på spørgsmålet ved etableringsbesøget – altså efter at de allerede har opstartet amning, eller den eventuelt er mislykkedes. Oplevelsen af en succesfuld eller mislykket ammeetablering kan meget vel have betydning for, hvad kvinderne svarer, når de bliver spurgt om de forskellige faktorer. I figuren nedenfor (4.1) vises fordelingerne af de forskellige faktorer og deres sammenhæng med ammefrekvensen ved fire måneder.

Paritet

52,9 % af mødrene er førstegangsfødende, og blandt disse ses en lavere ammefrekvens ved fire måneder end blandt flergangsfødende. 57,2 % af de førstegangsfødende kvinder ammer fuldt, når barnet er fire måneder, mens det er 63,1 % af de flergangsfødende, der ammer fuldt ved fire måneder. Denne observation er i overensstemmelse med andre studier (Bakke et al. 2001; Ekström et al. 2003b; Fogh et al. 2003a; Kronborg et al. 2007a; Kronborg et al. 2007b; Kronborg og Væth 2004; Kronborg og Væth 2009). Af de, der ikke har registreret oplysning om paritet, ammer 50,1 % fuldt ved fire måneder.

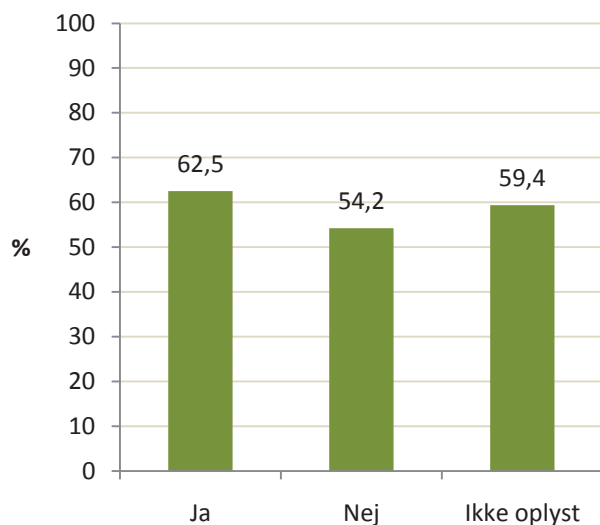
Figur 4.I. Forekomst af fuld amning ved fire måneder opdelt efter mors paritet (p<0,001)



Erfaring og viden

33,4 % af mødrene har svaret, at de ikke har viden eller erfaring med amning. Omkring dette spørgsmål er det vanskeligt at vide præcist, hvad de svarer på. Andelen, der ammer fuldt ved A-besøget, er 72 % (analyse ikke vist), og man kan derfor argumentere for, at mindst lige så mange burde have viden og erfaring med amning. Man kan dog forestille sig, at kvinderne har svaret på, om de har viden og erfaring fra tidligere børn, men det er ikke til at vide. Hvis en tredjedel af de nybagte mødre mangler viden om amning, kunne det være et udtryk for behov for mere vejledning og information om amning fra graviditetsbesøg, fødestedet eller jordmoderkonsultationerne. Andelen, der ammer fuldt ved fire måneder, er større blandt mødre, der har erfaring og viden om amning (62,5 %), end blandt mødre uden erfaring og viden om amning (54,2 %). Blandt dem, hvor information om erfaring og viden om amning er uoplyst, er det 59,4 %, der ammer fuldt ved fire måneder.

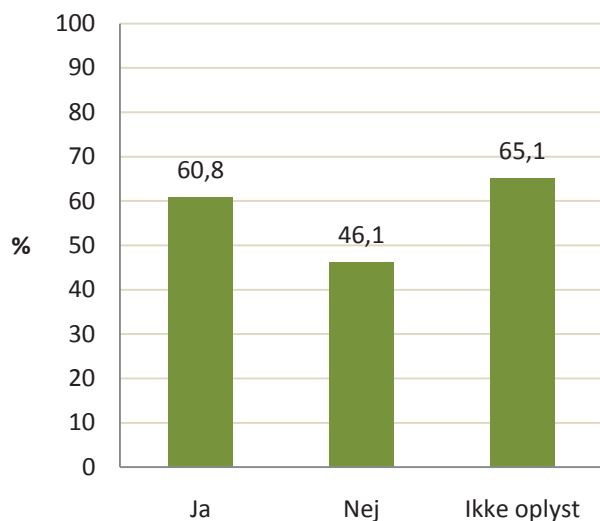
Figur 4.m. Forekomst af fuld amning ved fire måneder opdelt efter mors erfaring med og viden om amning (p<0,001)



Ønsker at amme

Andelen af mødre, der ønsker at amme, er 92,8 %. Man ved fra andre undersøgelser, at mange kvinder har et ønske om at amme, og at omkring 95 % ammer ved udskrivelse fra fødestedet (Foverskov 2000). Analyser af sammenhængen til ammefrekvens viser, at hvis moderen har ønsket at amme, ammer 60,8 % fuldt, når barnet er fire måneder. Hvis moderen ikke har ønsket at amme, er andelen 46,1 %. Det virker bemærkelsesværdigt, at så mange ammer fuldt ved fire måneder, når de ikke har ønsket det ved etableringsbesøget. Det kan være et resultat af sundhedspersonalets information og vejledning til mødrene, der medfører, at der alligevel etableres en amning. For de, hvor der ikke er registreret oplysninger om ønske om at amme, er det 65,1 %, der ammer fuldt ved fire måneder. Sammenhængen mellem ønsket om at amme og ammefrekvensen understøttes af tidligere studier, der viser, at kvinders intentioner om at amme har betydning for ammelængden (Foverskov 2000;Kronborg og Væth 2004).

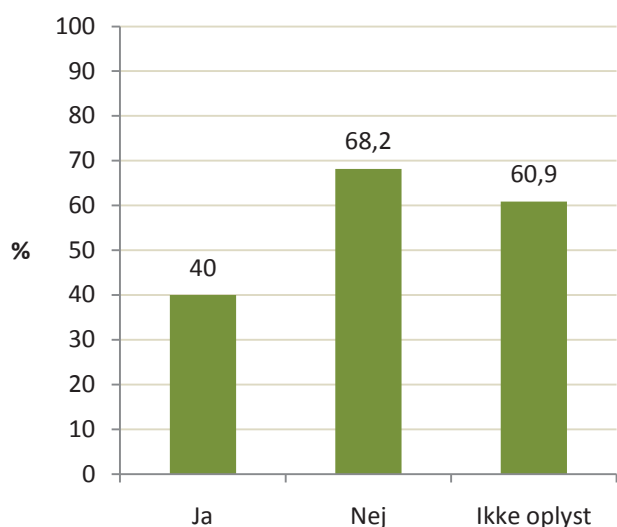
Figur 4.n. Forekomst af fuld amning ved fire måneder opdelt efter, om mor ønsker at amme (p<0,001)



Vanskeligheder ved etablering af amning

Sundhedsplejerskerne har i 32,9 % af journalerne registreret, at der var vanskeligheder ved etablering af amning. Ikke overraskende har denne registrering om vanskeligheder i etablering af amning stor betydning for ammefrekvensen ved fire måneder. Kun 40 % af de, der har oplevet vanskeligheder ved etablering, ammer fuldt, når barnet er fire måneder, mens 68,2 % af de, der ikke har oplevet vanskeligheder, ammer fuldt ved fire måneder. Af de, der ikke er registreret med oplysninger om vanskeligheder ved etablering af amning, ammer 60,9 % fuldt ved fire måneder.

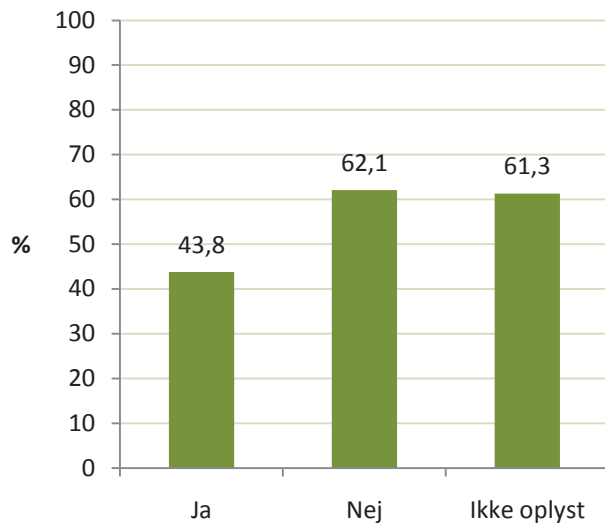
Figur 4.o. Forekomst af fuld amning ved fire måneder opdelt efter vanskeligheder ved etablering af amning ($p < 0,001$)



Bemærkninger til mors psykiske tilstand ved A-besøget

Ved A-besøget har sundhedsplejerskerne registreret bemærkninger til mors psykiske tilstand ved 14,4 % af mødrene. En bemærkning dækker over mindst en af følgende tilstande: ked af det/trist, angst, søvnproblemer, ”problemløs” eller andet. Denne oplysning har betydning for andelen, som ammer ved fire måneder, idet andelen, der ammer fuldt ved fire måneder, er 43,8 % af dem, hvor der var registreret bemærkninger til mors psykiske tilstand, mens andelen er 62,1 % af dem uden bemærkninger. Af dem, der ikke er registreret med oplysninger om mors psykiske tilstand ved A-besøget, ammes 61,3 % fuldt ved fire måneder.

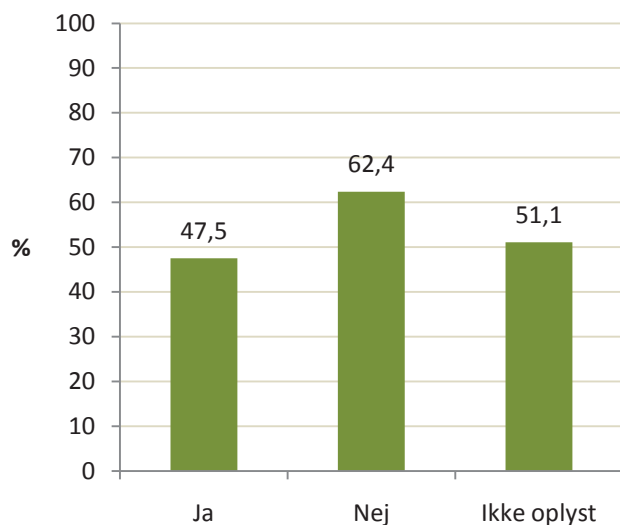
Figur 4.p. Forekomst af fuld amning ved fire måneder opdelt efter, om der var bemærkninger til mors psykiske tilstand ved A-besøget (p<0,001)



Bemærkninger til mors psykiske tilstand ved B-besøget

Ved B-besøget har sundhedsplejerskerne registreret bemærkninger til mors psykiske tilstand ved 17,8 % af mødrene. En bemærkning dækker over samme bemærkninger som ved A-besøget. Mors psykiske tilstand ved B-besøget har betydning for andelen, som ammer ved fire måneder, idet 47,5 % af dem, hvor der er registreret bemærkninger, ammer fuldt ved fire måneder, mens andelen er 62,4 % af dem uden bemærkninger. Af dem, der ikke er registreret med oplysninger om mors psykiske tilstand ved B-besøget, ammes 57,1 % fuldt ved fire måneder. Man ved, at bemærkninger til mors psykiske tilstand ved B-besøget kan indikere efterfødselsreaktion hos moderen, og denne oplysning er derfor væsentlig i sundhedsplejerskens arbejde.

Figur 4.q. Forekomst af fuld amning ved fire måneder opdelt efter, om der var bemærkninger til mors psykiske tilstand ved B-besøget ($p < 0,001$)



Efter at have set på, hvordan faktorer knyttet til moderen hænger sammen med ammefrekvensen ved fire måneder hver for sig, præsenteres den justerede analyse nedenfor. I de følgende analyser undersøges det, hvilke faktorer, der kan prædiktere fuld amning ved fire måneder. I en sådan analyse er det vigtigt, at prædiktoren tidsmæssigt ligger før udfaldet, og derfor undersøges den psykiske tilstand ved A-besøget og ikke B-besøget som mulig prædikator for fuld amning ved fire måneder.

Multipel logistisk regression

Tabel 4.b. Ujusterede og gensidigt justerede OR (CI) for ikke at amme fuldt ved fire måneder

Variable	Ujusterede OR-værdier	Gensidigt justerede OR-værdier
Paritet mor		
Førstegangsfødende	1,28 (1,18-1,39)	1,03 (0,92-1,15)
Flergangsfødende (reference)	1	1
Uoplyst	1,70 (1,40-2,07)	1,62 (1,32-1,99)
Erfaring og viden om amning		
Ja (reference)	1	1
Nej	1,41 (1,29-1,54)	1,11 (0,99-1,25)
Uoplyst	1,14 (0,91-1,43)	1,79 (1,13-2,83)
Ønsker at amme		
Ja (reference)	1	1
Nej	1,81 (1,55-2,10)	1,99 (1,68-2,35)
Uoplyst	0,83 (0,64-1,08)	0,42 (0,23-0,75)
Vanskeligheder ved etablering af amning		
Ja	3,21 (2,93-3,52)	3,10 (2,82-3,41)
Nej (reference)	1	1
Uoplyst	1,38 (1,10-1,72)	1,77 (1,20-2,62)
Bemærkning til mors psykiske tilstand ved a-besøg		
Ja	2,10 (1,85-2,38)	1,67 (1,47-1,90)
Nej (reference)	1	1
Uoplyst	1,04 (0,91-1,18)	0,97 (0,84-1,11)

Ingen variable gled ud af analysen, da der blev kontrolleret for effekten af de andre variable, knyttet til moderen. Der var ingen confounding fra sociodemografiske faktorer (ikke vist i tabellen).

Tabellen viser, at der er større risiko for ikke at amme ved fire måneder blandt førstegangsfødende i forhold til flergangsfødende. Denne overrisiko forsvinder, når der tages højde for de øvrige variable, knyttet til moderen. Dette fund stemmer overens med tidligere studier, der viser, at moderens tidligere ammeerfaringer har større betydning end hendes paritet, således at flergangsfødende kvinder med en tidligere, kort ammeperiode har større sandsynlighed for tidligt ammeophør end førstegangsfødende (Bakke et al. 2001; Fogh et al. 2003a). Variablene *ønsker at amme* og *vanskeligheder ved etablering af amning* kan være farvet af moderens tidligere ammeerfaringer, således at disse i dette studie fjerner effekten af moderens paritet.

Hvis moderen ikke har erfaring og viden om amning, er der større risiko for, at barnet ikke ammes fuldt ved fire måneder, end hvis hun har viden og erfaring. Man ved fra tidligere studier, at kvinder, der har stor viden om amning, ammer længere (Foverskov 2000; Kronborg og Væth 2004). Overrisikoen ved manglende viden og erfaring reduceres i den multivariate model og bliver insignifikant.

Ikke overraskende er der større risiko for ikke at amme ved fire måneder for de mødre, der ikke ønsker at amme (OR=1,81). Denne overrisiko forstærkes, når der kontrolleres for de øvrige variable, og odds ratioen i den multivariate analyse er næsten 2. Det vil være interessant at kortlægge, hvorfor nogle kvinder ikke ønsker at amme, men det drejer sig om en lille gruppe (7,6 %). Man skal respektere kvindernes valg og ikke presse dem til at amme, men det er vigtigt at sikre sig, at denne gruppe har den nødvendige viden om amning, så fravalget sker på et informeret grundlag. Det er også vigtigt at sikre sig, at kvinderne ikke fravælger amning, fordi de føler, de ikke kan få en tilstrækkelig hjælp til at starte amning op eller vedligeholde amningen.

Det, at mødre oplever vanskeligheder ved etablering af amning, har stor betydning for risikoen for ikke at amme fuldt ved fire måneder (OR=3,21) i forhold til ikke have vanskeligheder. Overrisikoen reduceres en smule i den multivariate analyse, men etableringsvanskeligheder er stadig den faktor med størst betydning for ammefrekvensen. Det er ydermere en faktor med stor klinisk relevans, da den er påvirkelig. Fødested og sundhedsplejersker bør have særlig fokus på de kvinder, der har oplevet vanskeligheder i forbindelse med etablering af amning.

Der er dobbelt så høje odds for ikke at amme ved fire måneder blandt de kvinder, hvor sundhedsplejersken havde bemærkninger til deres psykiske tilstand ved A-besøget (OR=2,10) i forhold til, hvis de ikke havde bemærkninger. Overrisikoen reduceres, når der tages højde for de øvrige variable, knyttet til moderen, men er stadig relevant. Det er væsentligt, at sundhedsplejerskerne støtter op om disse kvinder og vurderer, hvor alvorlig deres tilstand er, så kvinden kan få den relevante støtte og hjælp fra sit eget netværk eller i behandlerens systemet.

Ud fra disse analyser ses det, at der er stort potentiale for sundhedsplejerskernes arbejde. Det er af afgørende betydning for ammefrekvensen ved fire måneder, at moderen har viden og erfaring med amning, og ved at give dem denne viden samt støtte op om kvinden i etableringen og fortsættelsen af amning ville man sandsynligvis kunne øge ammefrekvensen ved fire måneder betydeligt og dermed skabe basis for bedre sundhedstilstand for mor og barn.

Rapporten viser, at mødre, der:

- mangler viden og erfaring med amning,
- ikke ønsker at amme,
- har oplevet vanskeligheder ved etablering af amning, og
- hvor der var bemærkninger til mors psykiske tilstand ved A-besøget,

har større risiko for ikke at amme fuldt ved fire måneder i forhold til mødre med viden og erfaring; som ønsker at amme; og som ikke har haft vanskeligheder ved etablering af amning, og hvor der ikke var bemærkninger til mors psykiske tilstand ved A-besøget.

Sundhedsplejerskerne bør fortsætte deres arbejde med at opspore disse kvinder og tilbyde dem ekstra støtte og vejledning i forhold til at etablere og vedligeholde amningen.

Man kan etablere ekstra indsætter allerede i graviditeten for at skabe øget viden om amning for derigennem at sikre, at flere kvinder ammer fuldt ved fire måneder.

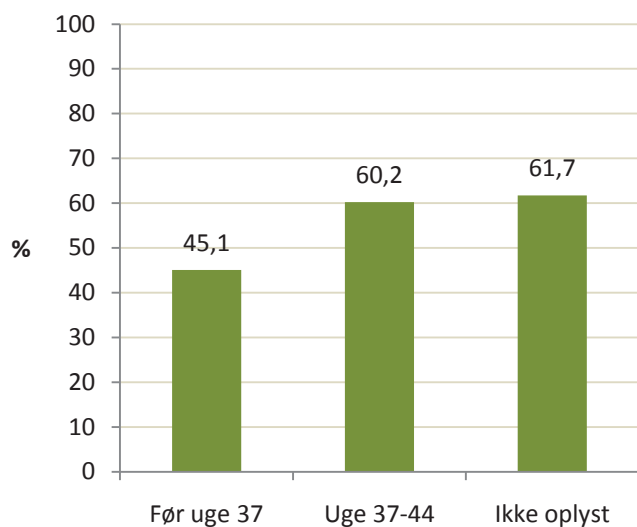
4.5. Variable knyttet til barnet

I stamdata er registreret en række variable, der relaterer sig til graviditet, fødsel og barnets tilstand efter fødslen. Fordelingen af de variable, der præsenteres nedenfor er gennemgået i årsberetningen.

Gestationsalder

Ud af de børn, der blev født inden for normalområdet (37-44 uger), bliver 60,2 % fuldt ammet, når de er fire måneder, mens det samme gælder 45,1 % af de børn, der er født før uge 37. Denne forskel i ammefrekvens kan skyldes den belastning, der er forbundet med at få et for tidligt født barn og de komplikationer, barnet kan have. Af de, der ikke er registreret med oplysninger om gestationsalder, ammes 61,7 % fuldt ved fire måneder.

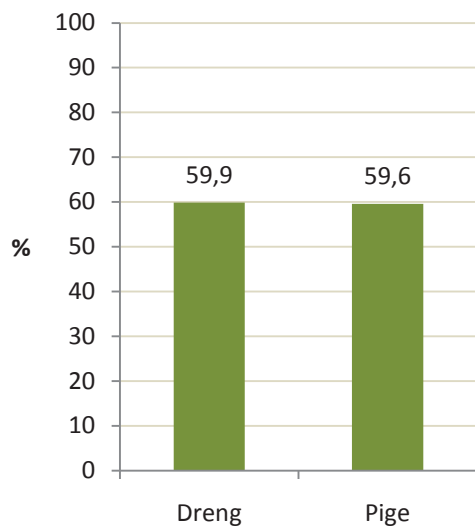
Figur 4.r. Forekomst af fuld amning ved fire måneder opdelt gestationsalder (p<0,001)



Køn

Af figuren nedenfor (4.s) ses det, at der ikke er nogen sammenhæng mellem barnets køn og fuld amning ved fire måneder.

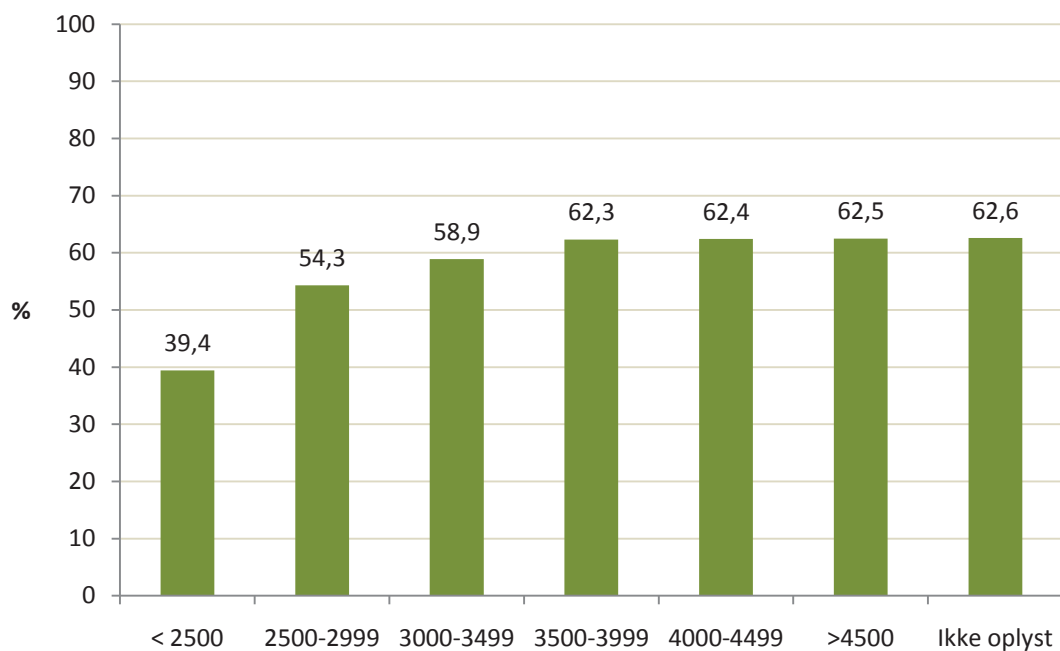
Figur 4.s. Forekomst af fuld amning ved fire måneder opdelt efter køn (p=0,790)



Fødselsvægt

Fødselsvægten har betydning for, om barnet ammes fuldt ved fire måneders alderen, hvilket vises i nedenstående figur (4.t).

Figur 4.t. Forekomst af fuld amning ved fire måneder opdelt efter fødselsvægt (p<0,001)

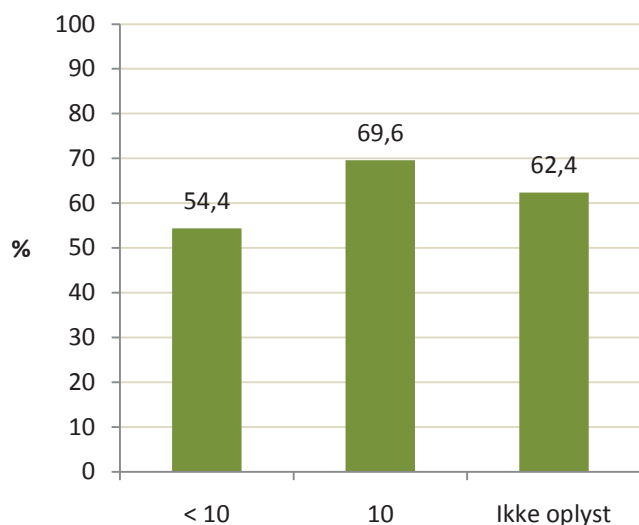


Det ses af figuren, at ammefrekvensen stiger med stigende fødselsvægt indtil 3500 gram og er stabil på ca. 62 % for alle børn med en fødselsvægt herover. Kun 39,4 % af de børn, der er født med en fødselsvægt under 2500 gram, ammes fuldt, når de er fire måneder. Af de, der ikke er registreret med oplysninger om fødselsvægt, ammes 62,6 % fuldt ved fire måneder.

Apgarscore

Analyse af sammenhængen mellem apgarscore og ammefrekvens viser, at 69,6 % af de børn med en apgarscore på 10 point, ammes fuldt ved fire måneder, mens det er 54,4 % af de børn med en apgarscore under 10, der ammes fuldt ved fire måneder. Af de, der ikke er registreret med oplysninger om apgarscore, ammes 62,4 % fuldt ved fire måneder.

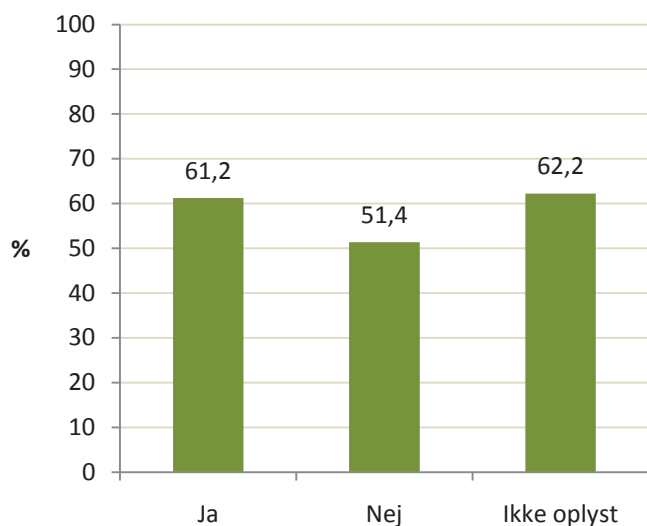
Figur 4.u. Forekomst af fuld amning ved fire måneder opdelt efter apgarscore (p=0,006)



Barnet lagt til brystet inden for to timer efter fødslen

Det er fordrende for et godt ammeforløb med tidlig hud til hud-kontakt, og at barnet tidligt begynder at sutte (Nilsson et al. 2009). Der er 16,5 % af børnene, der ikke er lagt til inden for to timer; dette kan blandt andet skyldes smertelindring med morfika under fødslen eller sugning af barnet (Nilsson et al. 2009). Nedenstående figur (4.v) viser frekvensen af fuld amning ved fire måneder opdelt efter, om barnet er lagt til brystet kort efter fødslen.

Figur 4.v. Forekomst af fuld amning ved fire måneder opdelt efter, om barnet er lagt til brystet inden for 2 timer efter fødslen (p<0,001)



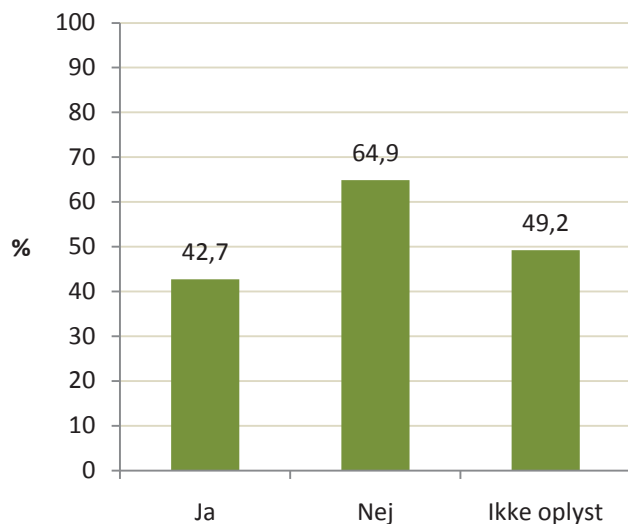
Figuren viser en klar fordel af at være lagt til brystet inden for to timer. Blandt de børn, der er lagt til brystet inden for to timer, ammes 61,2 % fuldt efter fire måneder, mens det er 51,4 % af de, der ikke er lagt til inden for to timer, der ammes fuldt ved fire måneders alderen. Resultatet stemmer overens med

et svensk studie, hvor børn, der var lagt til inden for den første time, havde en længere ammelængde end de børn, der ikke var lagt til inden for en time (Ekström et al. 2003b). Af dem, hvor der ikke er registreret oplysninger om, hvorvidt barnet er lagt til brystet, ammes 62,2 % fuldt ved fire måneder.

Tilskud af modermælkserstatning under indlæggelsen

26,4 % af børnene har fået tilskud af modermælkserstatning (MME) under indlæggelsen. Denne andel står i kontrast til viden om, at raske nyfødte, der er født til tiden, ikke behøver andet end modermælk. Man ved, at tilskud af MME givet uden medicinsk indikation er associeret med kortere ammeperiode (Ekström et al. 2003b), men det er tilsyneladende stadig almindeligt forekommende. Der er dog sket et fald i andelen, der får MME under indlæggelsen i forhold til et tidligere dansk studie fra 1987-88. Her fandt Michaelsen et al, at 73 % ud af 249 raske, nyfødte født til tiden fik tilskud af MME i dagene efter fødslen. Michaelsens studie fandt, at tilskud af MME var associeret med kortere ammeperiode (Michaelsen et al. 1994). Nedenstående figur (4.x) viser, at også i denne undersøgelse findes en sammenhæng mellem tilskud af MME under indlæggelse og ammefrekvens ved fire måneder. 42,7 % af de børn, der har fået tilskud under indlæggelsen, ammes fuldt ved fire måneder, mens det er tilfældet for 64,9 % af de børn, der ikke har fået tilskud under indlæggelsen. Af dem, der ikke er registreret med oplysninger om tilskud af MME under indlæggelsen, ammes 49,2 % fuldt ved fire måneder.

Figur 4.x. Forekomst af fuld amning ved fire måneder opdelt efter, om der er givet MME under indlæggelsen ($p < 0,001$)



Multipel logistisk regression

Tabel 4.c. Ujusterede og gensidigt justerede OR (CI) for ikke at amme fuldt ved fire måneder

Variable	Ujusterede OR-værdier	Gensidigt justerede OR-værdier
Gestationsalder		
Født før uge 37	1,84 (1,50-2,25)	
Født i uge 37-44 (reference)	1	
Uoplyst	0,94 (0,83-1,05)	
Køn		
Dreng (reference)	1	
Pige	1,01 (0,93-1,10)	
Fødselsvægt		
<2500	2,21 (1,75-2,77)	1,50 (1,18-1,90)
2500-2999	1,21 (1,04-1,40)	1,07 (0,92-1,24)
3000-3499 (reference)	1	1
3500-3999	0,87 (0,78-0,97)	0,88 (0,79-0,98)
4000-4499	0,87 (0,75-1,00)	0,86 (0,75-0,99)
≥4500	0,86 (0,66-1,14)	0,78 (0,59-1,03)
Uoplyst	0,86 (0,75-0,98)	0,85 (0,74-0,98)
Apgarscore		
Under 10	1,24 (1,03-1,49)	
10 (reference)	1	
Uoplyst	0,89 (0,79-1,00)	
Barnet lagt til brystet indenfor to timer		
Ja (reference)	1	
Nej	1,49 (1,33-1,67)	
Uoplyst	0,96 (0,76-1,21)	
Tilskud af MME under indlæggelse		
Ja	2,47 (2,24-2,73)	2,34 (2,11-2,60)
Nej (reference)	1	1
Uoplyst	1,91 (1,48-2,45)	1,89 (1,47-2,43)
Indlæggelseslængde		
<6 timer	0,79 (0,69-0,91)	
24 timer	0,89 (0,79-1,01)	
2-3 døgn (reference)	1	
4-6 døgn	1,22 (1,06-1,39)	
>6 døgn	2,00 (1,67-2,39)	
Uoplyst	0,84 (0,74-0,95)	

Det ses af tabellen, at selv om mange af variablene har en betydning for risikoen for ikke at amme fuldt ved fire måneder, hver for sig bliver insignifikante i den multivariate analyse. Fødselsvægt og tilskud af MME er de dominerende variable, og de variable, der er udgået, er tæt knyttet til fødselsvægt. Dette betyder, at om barnet er lagt til brystet inden for to timer, apgarscore, indlæggelseslængde og gestationsalder ikke supplerer med effekt ud over den effekt, der går igennem fødselsvægt og tilskud af

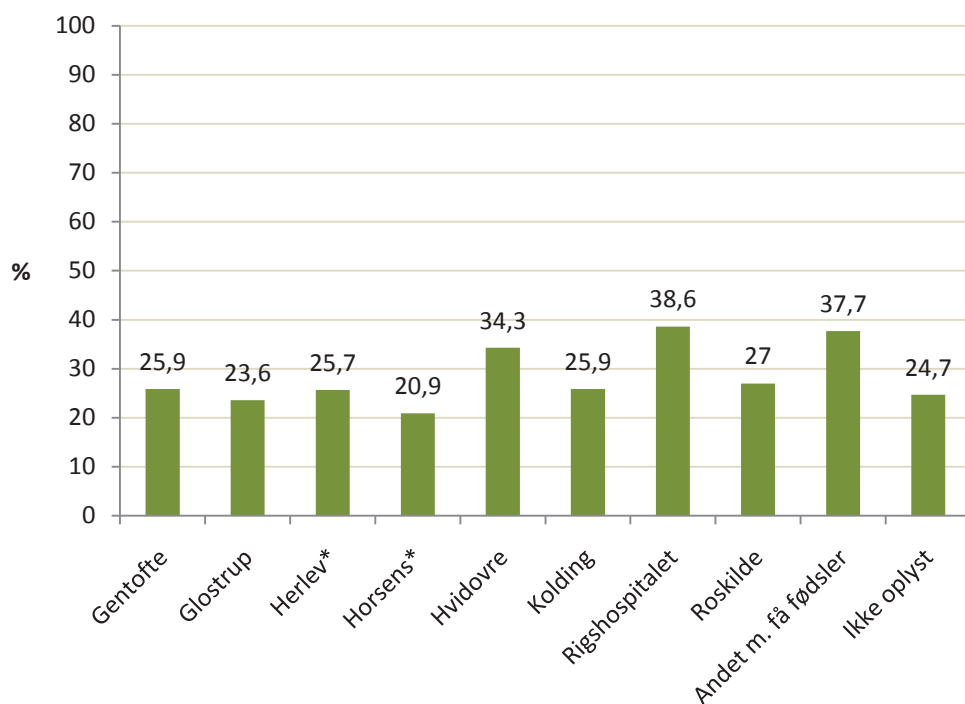
MME under indlæggelsen. Resultaterne i tabel 4.c er ikke forstyrret af confounding fra socio-demografiske faktorer (ikke vist i tabellen).

Det ses desuden, at der ikke er nogen sammenhæng mellem barnets køn, og hvorvidt moderen ammer fuldt, når barnet er fire måneder.

Der er en overrisiko for ikke at blive ammet fuldt ved fire måneder for børn med lav fødselsvægt. Denne overrisiko reduceres betydeligt efter justering for tilskud af MME under indlæggelsen.

Odds for ikke at amme fuldt efter fire måneder er mere end fordoblet (OR=2,47), hvis barnet har fået tilskud af MME under indlæggelsen, og overrisikoen bevares stort set, selv efter kontrol for effekten af fødselsvægt. Denne viden er af stor klinisk relevans, da det er en faktor, der er mulig at påvirke. Man ved fra tidligere studier, at MME givet uden medicinsk indikation påvirker amning negativt. Et svensk studie af Ekström et al viste, at børn, der fik MME med en medicinsk indikation, havde en ammefrekvens svarende til de børn, der ikke fik MME i de første levedage. Til sammenligning havde børn, der fik MME uden medicinsk indikation, lavere ammefrekvens end disse to grupper (Ekström et al. 2003b). Det er derfor bekymrende, at så stor en andel børn stadig får tilskud af MME under indlæggelsen. Det er værd at overveje, om der skal laves en særlig indsats for at ændre denne praksis. Nedenstående figur (4.y) viser, hvor stor en andel af databasens population, der har fået MME under indlæggelsen, fordelt på fødested.

Figur 4.y. Andel, der får tilskud af MME under indlæggelsen, fordelt på fødested (p<0,001)



*Spædbarnsvenlige fødesteder

Det ses, at der er stor variation i praksis omkring tilskud af MME mellem fødestederne. Herlev og Horsens er godkendt som spædbarnsvenlige fødesteder og er i figur 4.y markeret ved en stjerne. De spædbarnsvenlige fødesteder ligger da også blandt de hospitaler med den laveste andel af børn, der får tilskud af MME. Kategorien "Andet med få fødsler" dækker over et antal fødesteder, hvor kun få af databasens børn er født, og rummer fortrinsvis fødsler fra Frederiksberg, Hillerød og Herning sygehuse. Rigshospitalet er det fødested, hvor den højeste andel (38,6 %) får tilskud af MME. Dette kan hænge sammen med, at Rigshospitalet får henvist en del komplicerede graviditeter og fødsler samt kvinder, der er i risiko for at føde for tidligt, og der derfor er medicinsk indikation for at give tilskud. Af de, der ikke er registreret med oplysninger om fødested, får 24,7 % tilskud af MME under indlæggelsen. Det vil være hensigtsmæssigt at registrere, om MME er givet på en medicinsk indikation for at få en klart overblik over, hvor stor en andel, der får MME uden medicinsk indikation.

Rapporten viser, at børn, der:

- er født med en lav fødselsvægt, og
- får tilskud af modermælkserstatning under indlæggelsen efter fødslen,

har større risiko for ikke at blive ammet fuldt ved fire måneder i forhold til børn, der er født med en fødselsvægt over 3000 gram, eller som ikke har fået tilskud af modermælkserstatning under indlæggelsen efter fødslen.

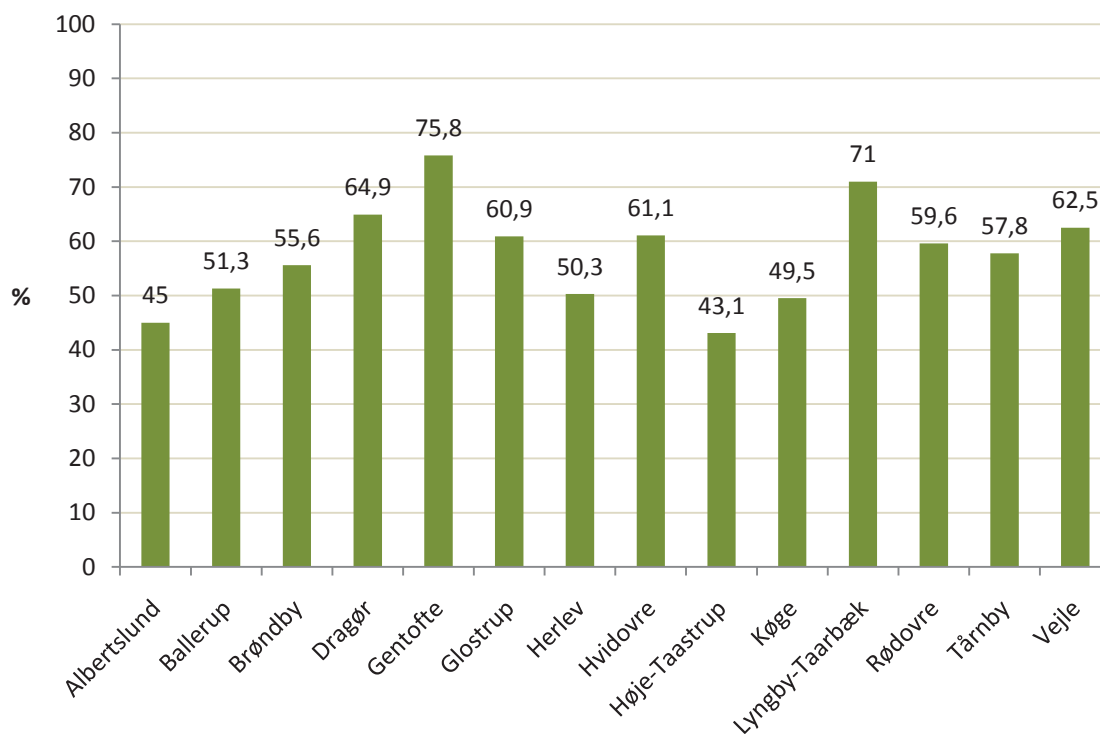
Mens fødselsvægten ikke er så nem at påvirke, er det anderledes for tilskud af modermælkserstatning. Fødestedet bør være opmærksom på ikke at give de nyfødte tilskud af modermælkserstatning med mindre, der er medicinsk indikation herfor.

Man bør tilbyde ekstra vejledning og støtte til forældre til børn, født med lav fødselsvægt, for at højne ammefrekvensen ved fire måneder blandt disse børn.

4.6. Systemvariable

Det er sandsynligt, at også de omgivende faktorer har betydning for ammefrekvensen ved fire måneder. Nedenfor præsenteres andelen, der ammes fuldt ved fire måneder, fordelt på de kommuner, der indgår i database-samarbejdet.

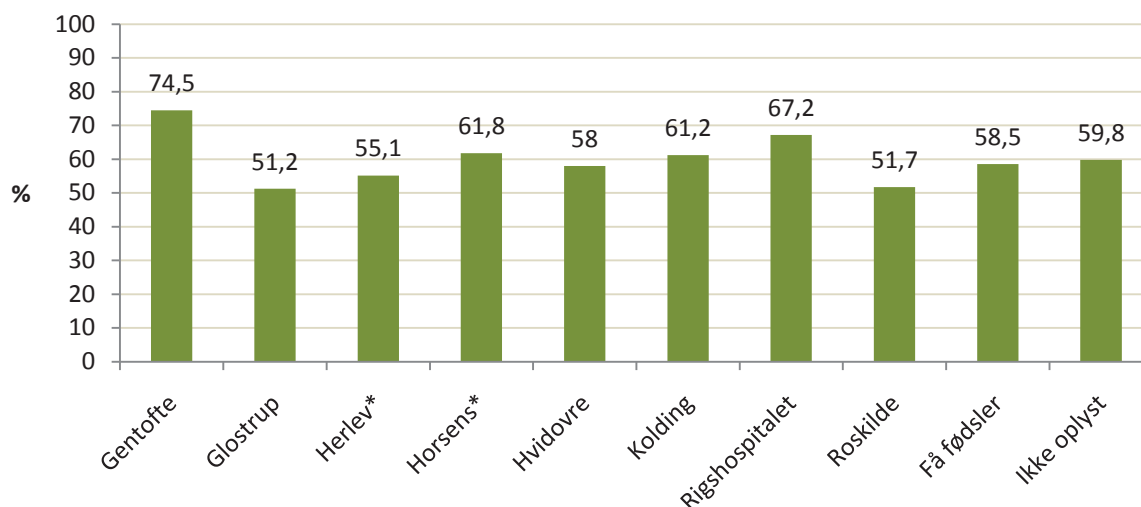
Figur 4.z. Forekomst af fuld amning ved fire måneder opdelt efter kommune (p<0,001)



Det ses, at der er stor variation i ammefrekvensen på tværs af kommunerne, idet andelen, der ammer fuldt, varierer fra 43,1 % i Høje-Taastrup til 75,8 % i Gentofte. Dette kan skyldes sociodemografiske forskelle mellem borgerne i de forskellige kommuner eller forskelle mellem de hospitaler, som kvinderne er henvist til, men variationen kan også skyldes forskelligheder mellem sundhedsplejens prioriteringer af indsatsområder.

Der er store variationer mellem kommunerne i forhold til, hvor mange manglende registreringer de har på ammelængden (jvf. afsnit 3.7). Dette påvirker også resultaterne i ovenstående figur (4.z). For eksempel har Dragør Kommune mange uoplyste, hvilket kan være medvirkende til, at Dragørs ammefrekvens ved fire måneder er relativt høj i denne analyse. Det samme er gældende for Køge og Herlev kommuner.

Figur 4.æ. Forekomst af fuld amning ved fire måneder opdelt efter fødested (p<0,001)



*Spædbarnsvenlige fødesteder

På ovenstående figur ses det, at andelen, der ammes fuldt ved fire måneder, varierer med fødested. Herlev og Horsens sygehuse er spædbarnsvenlige (markeret med *), men udmærker sig ikke i denne analyse med højere ammefrekvens ved fire måneder. Dette kan forklares ved borgernes sociodemografiske sammensætning, idet en multivariat analyse viser, at der efter justering for mors og fars uddannelse, etnisk baggrund og kommune kun er en lille forskel mellem de enkelte fødesteder. I denne supplerende analyse er kun ammefrekvensen for Roskilde Sygehus signifikant forskellig fra de øvrige fødesteder. Af de, der ikke er registreret med oplysninger om fødested, ammes 59,8 % fuldt ved fire måneder.

Der er store variationer mellem fødestederne i forhold til, hvor mange manglende registreringer, der findes på ammelængden (jævnfør afsnit 4.7). Dette påvirker også resultaterne i ovenstående figur. For eksempel har den gruppe, der har født på Roskilde Sygehus, mange uoplyste, hvilket kan have betydning for den angivne ammefrekvens.

Rapporten viser, at der er store forskelle i andelen, der ammer fuldt ved fire måneder på tværs af kommuner og fødesteder.

Dette skyldes både forskelle i sundhedsplejens prioriteringer og ressourcer og den sociodemografiske sammensætning af befolkningen i de forskellige kommuner.

4.7. Sammenfatning om prædiktorer for amning

Ovenstående analyser viser, at mange faktorer er associeret med ammefrekvens ved fire måneder, også når man justerer for de effekter, som faktorerne indbyrdes påvirker hinanden med. Som særlig væsentlige prædiktorer med forebyggelsespotentialer for sundhedsplejerskerne kan nævnes vanskeligheder ved etablering af amning samt mors psykiske tilstand ved A-besøget.

I forhold til fødestedet er det især væsentligt at være opmærksom på, at MME, givet indenfor de første dage efter fødslen, har en markant effekt på risikoen for, at der ikke ammes fuldt ved fire måneder.

Der er også flere sociodemografiske prædiktorer for fuld amning ved fire måneder, men disse ligger tidsmæssigt før graviditeten og kan derfor være vanskelige at påvirke. Disse kan bruges til at identificere særlige risikogrupper, som man bør målrette en ekstra indsats for at støtte op omkring i forbindelse med amning. Især unge mødre, mødre med lavt uddannelsesniveau samt enlige eller sammenbragte familier er grupper, der har øget risiko for ikke at amme fuldt ved fire måneder.

4.8. Analyse af manglende oplysninger

I tabel 4.d – 4.g nedenfor præsenteres frekvenser af ”ikke oplyst” ammelængde fordelt på de variable, der er brugt i ammeanalyserne.

Tabel 4.d. Procentandel og OR (CI) for at mangle oplysning om ammelængde for de sociodemografiske variable

	Frekvenser ikke oplyst (%)	OR for ikke oplyst
Mors alder		
<20	43,6	1,76 (1,32-2,34)
20-30	34,0	1,17 (1,08-1,26)
30-40	30,6	1
>40	32,9	1,11 (0,93-1,34)
Mors uddannelsesniveau		
≤10. klasse	27,6	0,80 (0,70-0,91)
>10. klasse	32,3	1
Uden for erhverv (far)		
Ja	32,1	1,44 (1,20-1,73)
Nej	24,6	1
Familietype		
Bor med mor og far	25,1	1
Sammenbragt	32,2	1,41 (0,95-2,10)
Enlig	33,7	1,51 (1,26-1,82)
Etnisk baggrund (mor)		
Førstegenerationsindvandrer	31,0	0,93 (0,82-1,07)
Anden-/tredjegerationsindvandrer	30,2	0,90 (0,72-1,12)
Ikke udfyldt (dansk)	32,5	1

I tabel 4.d ses det, at 43,6 % af mødrene under 20 år mangler oplysninger på varigheden af amning, når barnet er fire måneder, mens 30,6 % af mødrene i alderen 20-30 år mangler denne oplysning. Der ses altså en tendens til, at de unge mødre i lavere grad får registreret deres ammelængde. Det samme ses i OR, hvor mødre under 20 år har 1,7 gange så stor risiko for ikke at have oplysninger om amning sammenlignet med mødre i aldersgruppen 20-30 år.

Tabel 4.e. Procentandel og OR (CI) for at mangle oplysning om ammelængde for variable knyttet til mor

	Frekvenser ikke oplyst (%)	OR for ikke oplyst
Paritet		
Førstegangsfødende	22,4	1,81 (1,68-1,96)
Flergangsfødende	34,3	1
Erfaring og viden om amning		
Nej	26,3	1,03 (0,95-1,12)
Ja	25,8	1
Ønsker mor at amme		
Nej	20,2	0,70 (0,59-0,83)
Ja	26,5	1
Vanskeligheder ved etablering af amning		
Ja	32,5	1,62 (1,49-1,76)
Nej	22,9	1
Bemærkning til mors psykiske tilstand ved A-besøget		
Ja	30,3	1,22 (1,09-1,36)
Nej	26,3	1

Tabel 4.f. Procentandel og OR (CI) for at mangle oplysning om ammelængde for variable knyttet til barnet

	Frekvenser ikke oplyst (%)	OR for ikke oplyst
Gestationsalder		
Uge 37-43	25,9	1
Før uge 37	38,2	1,70 (1,44-2,00)
Køn		
Dreng		1
Pige		0,98 (0,91-1,05)
Fødselsvægt		
<2500	42,1	1,86 (1,55-2,22)
2500-2999	32,8	1,24 (1,09-1,42)
3000-3499	28,2	1
3500-3999	26,2	0,90 (0,82-1,00)
4000-4499	23,6	0,79 (0,69-0,90)
≥4500	23,6	0,79 (0,60-1,03)
Apgarscore		
Under 10	30,2	1,20 (1,02-1,42)
10	26,5	1
Barnet lagt til brystet inden for to timer		
Nej	29,6	1,24 (1,12-1,38)
Ja	25,3	1
Tilskud af MME under indlæggelse		
Ja	38,0	2,40 (2,20-2,61)
Nej	20,4	1
Indlæggelseslængde		
<6 timer	22,0	0,80 (0,70-0,92)
24 timer	23,8	0,89 (0,79-1,00)
2-3 døgn	26,1	1
4-6 døgn	31,8	1,32 (1,17-1,49)
>6 døgn	36,7	1,64 (1,42-1,91)

Når man ser ned over tabellerne 4.d til 4.f, kan man se, at de grupper, der har en overrisiko for ikke at amme fuldt i fire måneder, i høj grad er de samme grupper, der mangler oplysninger om ammelængden: alder under 20 år, sammenbragt familie, enlig, vanskeligheder ved etablering af amning, barnet ikke er lagt til brystet inden for to timer, tilskud af MME under indlæggelse, bemærkninger til mors psykiske tilstand ved A-besøget, født før 37. uge, fødselsvægt under 2500 gram, lav apgarscore, indlæggelseslængde over seks døgn.

Ydermere kan det bemærkes, at de to grupper, der har størst sandsynlighed for at mangle oplysning om ammelængde (MME under indlæggelsen og mødre under 20 år) er de samme grupper, der i de justerede analyser har størst overrisiko for ikke at amme fuldt ved fire måneder. Dette betyder, at den rapporterede ammefrekvens er overestimeret i forhold til den sande population, altså at ammefrekvensen ville have været lavere, hvis alle var registreret.

Enkelte variable går imod tendensen til, at de personer, der har højere risiko for ikke at amme fuldt ved fire måneder, er de samme, som mangler oplysninger om ammelængde. Eksempelvis ses det, at kvinder

med et uddannelsesniveaue over 10. klasse har en overrisiko for ikke at have registreret ammelængden, og samme gruppe har en større sandsynlig for at amme fuldt i fire måneder end kvinder med lavere uddannelse. En lignende modgående tendens ses for variablene etnisk baggrund, om mor ønsker at amme og paritet, hvor der i højere grad mangler oplysning om ammelængde for de kvinder, der er registreret som første- og anden-/tredjegerationsindvandrere, for kvinder, der ikke ønsker at amme og for flergangsfødende.

Den modgående tendens i de fire variable kan udligne en lille del af den overestimering, der kan forventes fra de øvrige variable, men udligningen vil være lille, da de fire variable kun har mindre overrisikoer for at have en ikke-udfyldt ammelængde, og samtidig har variablene en mindre overrisiko for ikke at amme fuldt, når barnet er fire måneder.

En forklaring på, at variabelen ammelængde har en høj andel "ikke oplyste", kan være, at udfyldelsen af denne variabel ikke er knyttet til et enkelt af sundhedsplejerskernes besøg, men skal udfyldes i stamdata på et givet tidspunkt, efter at moderen er stoppet med fuld amning. Der er derfor risiko for, at sundhedsplejersken glemmer at gå tilbage i stamdata og tilføje oplysningen.

Tabel 4.g. Procentandel og OR (CI) for at mangle oplysning om ammelængde for systemvariable

	Frekvenser ikke oplyst (%)	OR for ikke oplyst
Registreringskommune		
Albertslund	28,6	1,63 (1,32-2,02)
Ballerup	25,1	1,36 (1,13-1,65)
Brøndby	20,4	1,04 (0,85-1,28)
Dragør	58,7	5,79 (4,04-8,30)
Gentofte	19,7	1
Glostrup	25,6	1,40 (1,12-1,75)
Herlev	51,6	4,35 (3,57-5,29)
Hvidovre	30,5	1,79 (1,41-2,27)
Høje-Taastrup	47,0	3,61 (3,07-4,25)
Køge	58,0	5,62 (4,80-6,59)
Lyngby-Taarbæk	34,3	2,12 (1,79-2,52)
Rødovre	21,2	1,10 (0,90-1,34)
Tårnby	29,2	1,68 (1,38-2,05)
Vejle	26,2	1,44 (1,25-1,67)
Fødested		
Glostrup	24,7	1,35 (1,15-1,58)
Gentofte	19,6	1
Herlev	24,9	1,37 (1,14-1,63)
Horsens	15,5	0,76 (0,58-0,99)
Hvidovre	26,4	1,48 (1,22-1,78)
Kolding	19,4	0,99 (0,83-1,18)
Rigshospitalet	29,2	1,70 (1,34-2,16)
Roskilde	51,3	4,33 (3,62-5,18)
Andre hospitaler med få fødsler	26,1	1,15 (1,09-1,95)

Af tabel 4.g ses store kommunale forskelle i andelen, der ikke har oplysninger om ammelængde med variation mellem 19,7 % (Gentofte Kommune) og 58,7 % (Dragør Kommune).

Sammenfatning: Analyserne om amning er baseret på de børn, hvorom der findes oplysning om amning. Da der er mange børn uden oplysning om amning ved firemåneders alderen, betyder det, at der rapporteres en systematisk overestimering af ammefrekvens. Overestimeringen er i størrelsesordenen 10 %, men varierer fra gruppe til gruppe. Analyserne giver også et fejlskøn over sammenhængen mellem prædiktorer og amning, stadig fordi der er mange børn uden oplysning om amning, men dette fejlskøn er i næsten alle tilfælde en undervurdering af ulighederne i amning. Risikoen for ikke at rapportere amning er som hovedregel højest for børn i ressourcetsvage familier eller familier, der rapporterer forskellige typer af problemer, men risikoen for ikke at amme fuldt ved firemåneders alderen er ligeledes højere for børn i ressourcetsvage familier eller familier, der rapporterer forskellige typer af problemer.

Rapporten viser, at det særligt er blandt de ressourcetsvage familier, der mangler oplysning om ammelængden. Dette betyder, at uligheden i amning i realiteten er større end rapporteret.

5. Diskussion

5.1. Diskussion af resultater

I resultaterne blev det fundet, at 59,8 % af populationen ammes fuldt, når de er fire måneder. Denne andel er i overensstemmelse med eller lidt højere end tidligere danske studier af ammefrekvensen. Sammenligningen mellem Børns Sundhed og tidligere undersøgelser er ganske vanskelig, dels fordi der er forskelle i studiepopulation og kriterier for fuld amning, dels fordi der er forskel i antallet af uoplyste. At ammefrekvensen i Børns Sundhed ligger lidt højere end andre studier kan skyldes flere faktorer: det kan tænkes, at sundhedsplejerskerne i de kommuner, der indgår i databasen Børns Sundhed, gør en større indsats i forhold til vejledning i etablering og vedligeholdelse af amning. Forskellen kan også skyldes, at befolkningen i de kommuner, der deltager i Børns Sundhed, rummer mange højtuddannede, og det kan skyldes, at der er en reel stigning i andelen af kvinder, der ammer.

Resultaterne viste desuden et meget brat fald i ammefrekvensen, når barnet er mellem 17 og 28 uger. Her falder andelen af fuldt ammede fra ca. 60 % ved 17 uger til ca. 2 % ved 28 uger. Dette kunne give anledning til drøftelser i sundhedsplejen om, hvorvidt man skal gøre en særlig indsats omkring firemåneders alderen for at drøfte med mødre, om de ønsker at holde op med at amme fuldt, og hvis ikke, hvordan man da kan støtte dem i at fastholde fuld amning efter dette tidspunkt.

12,1 % af populationen ammes fuldt ved seks måneder, hvilket er ca. halvdelen af den andel, der rapporteres i børne-SUSY-rapporten fra 2005. Som nævnt i afsnit 4.1 kan forklaringen på denne forskel meget vel ligge i forskellige dataindsamlingsmetoder. En anden forklaring på den lave andel, der ammes fuldt ved seks måneder, kan være, at Sundhedsstyrelsens anbefaling opfattes som arbitrær, da man

anbefaler, at barnet introduceres til en overgangskost, når barnet er *omkring* seks måneder (tidligst, når barnet er fire måneder). Samtidig debatteres det stadig i fagkredse, om anbefalingen om fuld amning indtil seks måneder er relevant i en vestlig kontekst (Dewey 2006; Fewtrell et al. 2011; Kramer og Kakuma 2004).

Analyserne af prædiktorer for fuld amning ved fire måneder viste, at mange faktorer er associeret med ammefrekvens ved fire måneder, også når man justerer for de effekter, som faktorerne indbyrdes påvirker hinanden med. Særlig væsentlige prædiktorer for fuld amning ved fire måneder er: ingen vanskeligheder ved etablering af amning, ingen bemærkninger til mors psykiske tilstand ved A-besøget, ingen tilskud af modermælkserstatning under indlæggelsen, høj fødealder, høj uddannelse, samt at far og mor bor sammen. Disse resultater er i overensstemmelse med tidligere studier (Biering-Sorensen et al. 1983; Ekström et al. 2003b; Foverskov 2000; Kronborg et al. 2007a; Kronborg og Væth 2004; Kronborg 2006; Michaelsen et al. 1994).

Selv om resultaterne i en vis forstand er som forventede, så rejser de alligevel spørgsmålet om, hvorvidt mødrene har behov for yderligere hjælp. Når man konstaterer, at kun 28 % af mødre under 20 år ammer fuldt ved fire måneders alderen, er det så godt nok? Det er en af sundhedsplejens opgaver at give en særlig støtte til mødre, der er usikre eller ressourcetsvage, og det er formentlig en del af den løbende debat i kommunerne om tildeling og prioritering af ressourcerne. Det tiltrækker en særlig opmærksomhed, at tilskud med MME under indlæggelsen er associeret med lav sandsynlighed for amning ved fire måneders alderen. Det kan både være godt og skidt: Godt, hvis det er udtryk for, at fødestedet har spottet de børn, hvor der er en risiko for underernæring, skidt, hvis det er udtryk for, at fødestedet ikke har tid til at lære mødrene at amme.

Denne undersøgelse afslører også betydelige forskelle i ammefrekvens fra den ene kommune til den anden og fra det ene fødested til det andet. Disse forskelle afspejler dels store socioøkonomiske forskelle fra den ene kommune til den anden, og dels at sundhedsplejerskeordningerne har forskellige ressourcer til rådighed. Der er en del studier, som dokumenterer, at en betydelig indsats fra personalet for at støtte og opmuntre til amning har stor betydning for kvindernes ammelængde (Britton et al. 2007; Ekström et al. 2005b; Ekström et al. 2006; Kronborg et al. 2008) og dermed for, om de ammer så længe som anbefalet. Også uddannelse af personalet til at støtte mødre i etablering og vedligeholdelse af amning har en positiv effekt (Kronborg et al. 2008). Arbejdspresset på fødestederne og i sundhedsplejen er meget højt og formentlig langt højere end for ti og tyve år siden. Det kan være vanskeligt at prioritere en indsats for at støtte amning, hvis andre alvorlige problemer trænger sig på for barn og familie, men det anbefales, at fødesteder og sundhedsplejersker fastholder deres interesse for at støtte amning og sikrer, at emnet fortsat er højt prioriteret i den faglige debat og udvikling.

5.2. Diskussion af metode

Repræsentativitet

Databasen rummer data fra et bredt sammensat udsnit af nyfødte i Danmark. Data er ikke landsdækkende og dermed ikke repræsentative for landet som helhed, men de deltagende kommuner repræsenterer en betydelig spredning i socioøkonomiske forhold. Dette gør databasen meget anvendelig til en lang række videnskabelige og administrative analyser.

Bias

Det er en styrke, at databasen omfatter næsten alle børn født i de deltagende kommuner. Antallet af børn, der ikke modtager sundhedspleje, er forsvindende lille. Til gengæld er omfanget af manglende oplysninger et alvorligt problem. I analyserne af amning i kapitel 4 er det konstateret, at risikoen for at mangle oplysninger i databasen er højest for de børn og familier, hvor der også er højest risiko for, at man holder op med at amme fuldt før fire måneders alderen. Det bevirker, at analyserne af risiko for at holde op med at amme er præget af en bias. I årsberetningen er det konstateret, at de mange manglende oplysninger i databasen gør det svært at give en tilstrækkeligt god kvantificering af de personlige og sociale vilkår, der har betydning for barnets sundhed og udvikling.

5.3. Implikationer

Implikationer for praksis

Med fare for at gentage, hvad alle i branchen ved, så skal det fremhæves, at der er behov for løbende debat om prioritering og indsats i sundhedsplejen. Bedømt ud fra tallene i databasen Børns Sundhed, så er behovet for sundhedspleje ikke blevet mindre i de seneste år, tværtimod. Vi fornemmer, at der i mange kommuner er så meget pres på sundhedsplejen, at den har vanskeligt ved at fastholde klassiske dyder, såsom mange hjemmebesøg i første leveår og en særlig indsats for mødre og børn med særlige behov. Man kan tolke de store forskelle i ammefrekvens mellem de enkelte kommuner sådan, at nogle af kommunerne ikke har de fornødne ressourcer til at støtte mødre til amning.

Med hensyn til amning, så er det åbenlyst, at der er brug for en særlig indsats for at etablere amning, for at holde igen med MME i barnets spæde liv og for en særlig hjælp til de helt unge mødre, til enlige mødre og til andre trængte grupper.

Anbefalinger til praksis for sundhedsplejen og kommuner

Resultaterne af denne årsrapport viser, at godt 60 % ammer fuldt, når barnet er fire måneder, og at der findes en betydelig ulighed i hvem, der ammer.

Der er således fortsat behov for en stor indsats fra sundhedsplejen for at fastholde og gerne øge andelen, der ammer fuldt, når barnet er fire måneder, samt at opspore risikogrupper og give dem de fornødne redskaber til at etablere og vedholde en god amning, således at den sociale ulighed i sundhed mindskes.

Anbefalinger til praksis for fødesteder

Resultaterne af denne årsrapport viser, at de 26,4 % af børnene, der har fået modermælks-erstatning under indlæggelsen efter fødslen, er i øget risiko for en kortere ammeperiode, end Sundhedsstyrelsen anbefaler.

Det anbefales derfor, at fødestederne indfører en ensartet praksis, hvor der kun gives tilskud af modermælks-erstatning til børn, hvor der er medicinsk indikation for tilskud.

Implikationer for forskning

Det vil have stor betydning, både for den praktiske anvendelse af data og den forskningsmæssige anvendelse af data, at omfanget af manglende data bliver kraftigt reduceret. Styregruppen for Børns Sundhed har allerede taget flere initiativer på dette område: for det første en grundig manual, der kan hjælpe sundhedsplejerskerne med en systematisk udfyldelse af journalerne. For det andet har styregruppen givet en grundig redegørelse for problemet med manglende data i årsrapporten for 2007, en indsats, som vi forventer, har effekt i de kommende år. For det tredje en kulegravning af de situationer, der medfører mangler i datasættet. Vi har set, at manglende oplysninger i mange tilfælde blot er udtryk for, at der ikke er noget at bemærke, ingen problemer, men der er desværre også mange eksempler på, at manglende oplysninger er vigtige og skaber betydelige kvalitetsproblemer. For det fjerde har Styregruppen besluttet at revidere og forenkle journalen. Vi har stor tiltro til, at den igangsatte revision af journalen og en tilhørende revision af manualen vil kunne mindske de nævnte problemer med manglende data.

Et af målene med databasen Børns Sundhed er at skabe basis for videnskabelige projekter. Der er på nuværende tidspunkt et enkelt nystartet forskningsprojekt, som baseres på Børns Sundhed, og flere nye forskningsprojekter er undervejs. Vi håber at kunne bidrage til, at data på denne måde benyttes til at gøre os klogere på børns sundhed og sundhedsplejens funktion. Årsberetningen fra 2007 var det første eksempel på en årsberetning, der også rummede data om indskolingen. I år og de kommende år har vi yderligere gode muligheder for at vise, hvorledes man ved at koble data fra første leveår med data fra indskolingen får helt nye muligheder for at få indsigt i børns sundhed.

6. Referencer

- Bakke, L., Fogh, A., Hallgreen, A.H., Salter, A., Therkildsen, I., & Poulsen, J.W. 2001. *Ammeundersøgelse år 2000* [S.l.], Fagligt Forum for Amtssundhedsplejersker m.fl.
- Biering-Sorensen, F., Hilden, J., & Biering-Sorensen, K. 1983. Breast-feeding and infant health in Copenhagen 1941-1972. *Dan.Med.Bull.*, 30, (1) 36-41 available from: PM:6831939
- Britton, C., McCormick, F.M., Renfrew, M.J., Wade, A., & King, S.E. 2007. Support for breastfeeding mothers. *Cochrane.Database.Syst.Rev.* (1) CD001141 available from: PM:17253455
- Brøndsted, V. & Guldager, E. 1994. *Barselpleje på kort tid - omsorg nok?: - en sammenlignende undersøgelse af 398 københavnske nyblevne mødre* Kbh., Socialdirektoratet, Afdelingen for børn og unge, Sundhedsplejen.
- Der, G., Batty, G.D., & Deary, I.J. 2006. Effect of breast feeding on intelligence in children: prospective study, sibling pairs analysis, and meta-analysis. *BMJ*, 333, (7575) 945 available from: PM:17020911
- Dewey, K.G. 2006. What is the optimal age for introduction of complementary foods? *Nestle.Nutr.Workshop Ser.Pediatr.Program.*, 58, 161-170 available from: PM:16902333
- Dressler, W.W., Oths, K.S., & Gravlee, C.C. 2005. Race and ethnicity in public health research: Models to explain health disparities. *Annual Review of Anthropology*, 34, 231-252 available from: ISI:000233520400014
- Duijts, L., Ramadhani, M.K., & Moll, H.A. 2009. Breastfeeding protects against infectious diseases during infancy in industrialized countries. A systematic review. *Matern.Child Nutr.*, 5, (3) 199-210 available from: PM:19531047
- Ekström, A., Matthiesen, A.S., Widström, A.M., & Nissen, E. 2005a. Breastfeeding attitudes among counselling health professionals. *Scand.J.Public Health*, 33, (5) 353-359 available from: PM:16265802
- Ekström, A., Widström, A.M., & Nissen, E. 2003a. Breastfeeding support from partners and grandmothers: perceptions of Swedish women. *Birth*, 30, (4) 261-266 available from: PM:14992157
- Ekström, A., Widström, A.M., & Nissen, E. 2003b. Duration of breastfeeding in Swedish primiparous and multiparous women. *J.Hum.Lact.*, 19, (2) 172-178 available from: PM:12744534
- Ekström, A., Widström, A.M., & Nissen, E. 2005b. Process-oriented training in breastfeeding alters attitudes to breastfeeding in health professionals. *Scand.J.Public Health*, 33, (6) 424-431 available from: PM:16332607
- Ekström, A., Widström, A.M., & Nissen, E. 2006. Does continuity of care by well-trained breastfeeding counselors improve a mother's perception of support? *Birth*, 33, (2) 123-130 available from: PM:16732777
- Fewtrell, M., Wilson, D.C., Booth, I., & Lucas, A. 2011. Six months of exclusive breast feeding: how good is the evidence? *BMJ*, 342, c5955 available from: PM:21233152

- Flacking, R., Nyqvist, K.H., & Ewald, U. 2007. Effects of socioeconomic status on breastfeeding duration in mothers of preterm and term infants. *Eur.J.Public Health*, 17, (6) 579-584 available from: PM:17392294
- Fogh, A., Hallgreen, A.H., Salter, A., Therkildsen, I., & Poulsen, J.W. 2003a. *Ammeundersøgelse år 2000 - 2002* Fagligt Forum for Amtssundhedsplejersker m.fl.
- Fogh, A., Hallgreen, A.H., Salter, A., Therkildsen, I., & Poulsen, J.W. 2003b. *Ammeundersøgelse år 2000 - 2002. Amtsopgørelser* Fagligt Forum for Amtssundhedsplejersker m.fl.
- Forebyggelsesrådet 1982. *Amning - viden, problemer og løsninger* Kbh., Forebyggelsesrådet.
- Foverskov, H.K. 2000. *Er amning for alle?* Master of Public Health, Aarhus Universitet.
- Guldager, E. & Thorup, H. 1977. *Barselsdage: en undersøgelse af sygeplejen på to barselsafdelinger* København, Dansk Sygeplejersforening.
- Häggkvist, A.P., Brantsaeter, A.L., Grijibovski, A.M., Helsing, E., Meltzer, H.M., & Haugen, M. 2010. Prevalence of breast-feeding in the Norwegian Mother and Child Cohort Study and health service-related correlates of cessation of full breast-feeding. *Public Health Nutr.*, 13, (12) 2076-2086 available from: PM:20576199
- Hansen, A.M. & Udsen, M. 1994. *Sundhedsplejen og småbørnsfamilierne: en brugerundersøgelse fra Sundhedsstyrelsen*, 1. udgave ed. [Kbh.], Munksgaard.
- Horsens Kommune 2007, *Ammeundersøgelse 2006 Horsens Kommune*, Horsens Kommune.
- Horsens Kommune 2008, *Ammeundersøgelse 2008 Horsens Kommune*, Horsens Kommune.
- Horta, B. L., Bahl, R., Martines, J. C., & Victora, C. G. 2007, *Evidence on the long-term effects of breastfeeding. Systematic review and meta-analyses*, World Health Organization.
- Indenrigsministeriet, Sundhedsstyrelsen, & World Health Organization 1984. *Om markedsføring af modermælkserstatninger i Danmark m. v.: oplysning til offentligheden, sundhedsmyndighederne og sundhedspersonalet om amning og brug af modermælkserstatninger: markedsføring af modermælkserstatninger og vælling i Danmark: markedsføring på eksportmarkederne: WHO's International Code of marketing of breast-milk substitutes* [Kbh.], Indenrigsministeriet.
- Ip, S., Chung, M., Raman, G., Trikalinos, T.A., & Lau, J. 2009. A summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's evidence report on breastfeeding in developed countries. *Breastfeed.Med.*, 4 Suppl 1, S17-S30 available from: PM:19827919
- Jeppesen, K.J. & Nielsen, A. 1998. *Etniske minoritetsbørn i Danmark - det første leveår: rapport nr. 2 fra forløbsundersøgelsen af børn født i 1995* Kbh., Socialforskningsinstituttet.
- Johansen, A., Jespersen, L.N., Davidsen, M., Michelsen, S.I., Morgen, C.S., Helweg-Larsen, K., Andersen, A.N., Mortensen, L., Juhl, M., & Due, P. 2009. *Danske børns sundhed og sygelighed* Kbh., Statens Institut for Folkesundhed.
- Kramer, M.S. & Kakuma, R. 2004. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. *Adv.Exp.Med.Biol.*, 554, 63-77 available from: PM:15384567

- Kronborg, H. & Væth, M. 2004. The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding. *Scand.J.Public Health*, 32, (3) 210-216 available from: PM:15204182
- Kronborg, H. & Væth, M. 2009. How are effective breastfeeding technique and pacifier use related to breastfeeding problems and breastfeeding duration? *Birth*, 36, (1) 34-42 available from: [PM:19278381](#)
- Kronborg, H., Væth, M., Olsen, J., & Harder, I. 2008. Health visitors and breastfeeding support: influence of knowledge and self-efficacy. *Eur.J.Public Health*, 18, (3) 283-288 available from: PM:18160390
- Kronborg, H., Væth, M., Olsen, J., Iversen, L., & Harder, I. 2007a. Early breastfeeding cessation: validation of a prognostic breastfeeding score. *Acta Paediatr.*, 96, (5) 688-692 available from: PM:17376182
- Kronborg, H., Væth, M., Olsen, J., Iversen, L., & Harder, I. 2007b. Effect of early postnatal breastfeeding support: a cluster-randomized community based trial. *Acta Paediatr.*, 96, (7) 1064-1070 available from: PM:17524018
- Kronborg, H. 2006. *Tidligt ammeophør - kan det forebygges?: et forskningsprojekt i sundhedsplejens praksisfelt: Ph.d.-afhandling* [Århus], Afdeling for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet.
- Laantera, S., Pietila, A.M., Ekstrom, A., & Polkki, T. 2011. Confidence in Breastfeeding Among Pregnant Women. *West J.Nurs.Res.* available from: PM:21282460
- Lande, B., Andersen, L.F., Baerug, A., Trygg, K.U., Lund-Larsen, K., Veierod, M.B., & Bjerneboe, G.E. 2003. Infant feeding practices and associated factors in the first six months of life: the Norwegian infant nutrition survey. *Acta Paediatr.*, 92, (2) 152-161 available from: PM:12710639
- Løkke, A. 1998. *Døden i barndommen: spædbørnsdødelighed og moderniseringsprocesser i Danmark 1800 til 1920*, 1. udgave ed. [Kbh.], Gyldendal.
- Michaelsen, K.F., Larsen, P.S., Thomsen, B.L., & Samuelson, G. 1994. The Copenhagen cohort study on infant nutrition and growth: duration of breast feeding and influencing factors. *Acta Paediatr.*, 83, (6) 565-571 available from: PM:7919750
- Mortensen, E.L., Michaelsen, K.F., Sanders, S.A., & Reinisch, J.M. 2002. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. *JAMA*, 287, (18) 2365-2371 available from: PM:11988057
- Nilsson, I., Schack-Nielsen, L., & Jerris, T.V. 2009. *Amning: en håndbog for sundhedspersonale*, 2. udgave ed. Kbh., Sundhedsstyrelsen.
- Sand, K. 2001, *Ammeundersøgelse i Greve Kommune 2000-2001*, Greve Kommune.
- Schack-Nielsen, L. & Michaelsen, K.F. 2007a. [The effects of breastfeeding I: effects on the immune system and the central nervous system]. *Ugeskr.Laeger*, 169, (11) 985-989 available from: PM:17371628
- Schack-Nielsen, L. & Michaelsen, K.F. 2007b. [The effects of breastfeeding II: effects on lifestyle illnesses, mother's health and negative effects]. *Ugeskr.Laeger*, 169, (11) 989-993 available from: PM:17371629
- Sikorski, J., Renfrew, M.J., Pindoria, S., & Wade, A. 2002. Support for breastfeeding mothers. *Cochrane.Database.Syst.Rev.* (1) CD001141 available from: PM:11869593

Sikorski, J., Renfrew, M.J., Pindoria, S., & Wade, A. 2003. Support for breastfeeding mothers: a systematic review. *Paediatr.Perinat.Epidemiol.*, 17, (4) 407-417 available from: PM:14629324

Sundhedsstyrelsen 2008. *Fødselsregisteret 1. halvår 2008 (foreløbig opgørelse)* København, Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen 2011. *Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge*, Version. 1.0; Versiondato: 01.12.2010 ed. Kbh..

Thorup, H. & Guldager, E. 1977. [Research within an important but neglected field]. *Sygeplejersken.*, 77, (16) 16-19 available from: PM:585993

Vestermark, V., Hogdall, C.K., Plenov, G., & Birch, M. 1991. [Duration of breast feeding]. *Ugeskr.Laeger*, 153, (43) 3010-3012 available from: PM:1801387

Wagner, C.L., Wagner, M.T., Ebeling, M., Chatman, K.G., Cohen, M., & Hulsey, T.C. 2006. The role of personality and other factors in a mother's decision to initiate breastfeeding. *J.Hum.Lact.*, 22, (1) 16-26 available from: PM:16467284

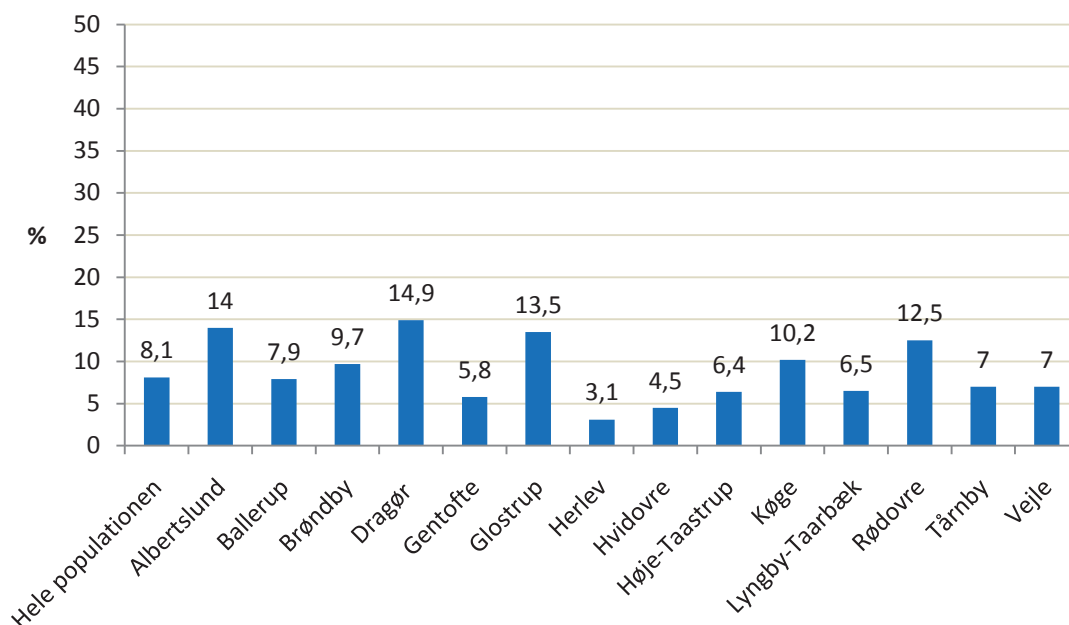
Waldenström, U. & Aarts, C. 2004. Duration of breastfeeding and breastfeeding problems in relation to length of postpartum stay: a longitudinal cohort study of a national Swedish sample. *Acta Paediatr.*, 93, (5) 669-676 available from: PM:15174793

Ystrom, E., Niegel, S., Klepp, K.I., & Vollrath, M.E. 2008. The impact of maternal negative affectivity and general self-efficacy on breastfeeding: the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *J.Pediatr.*, 152, (1) 68-72 available from: PM:18154903

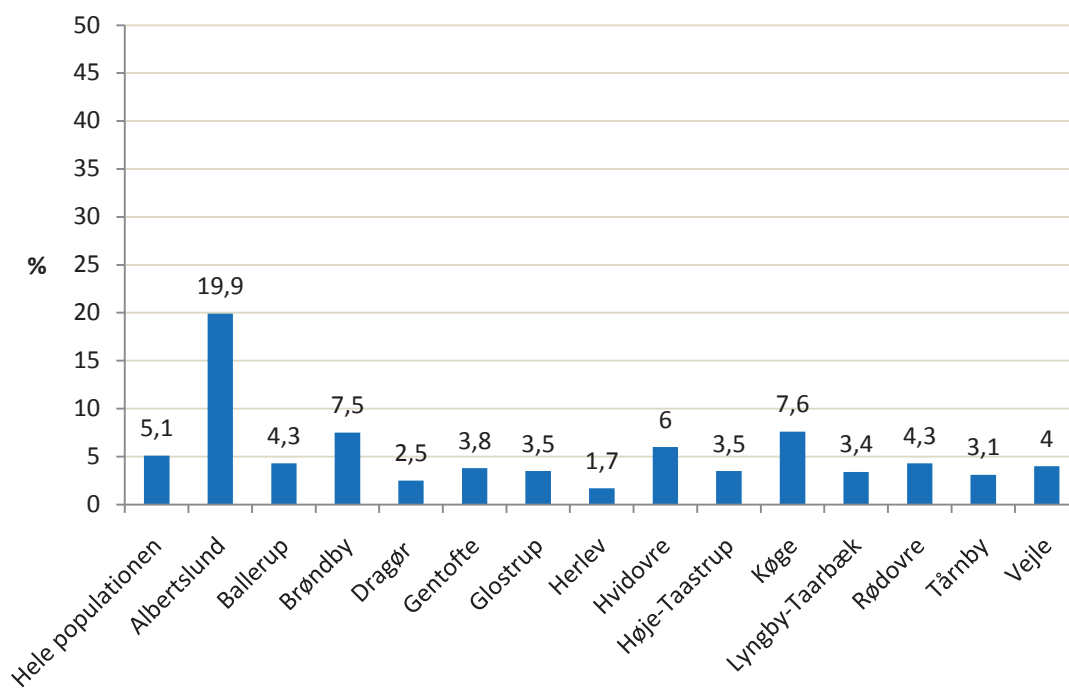
7. BILAG

Nedenstående figurer viser forekomst af bemærkninger til de respektive indikatorer ved D-besøget opdelt på de deltagende kommuner i databasen.

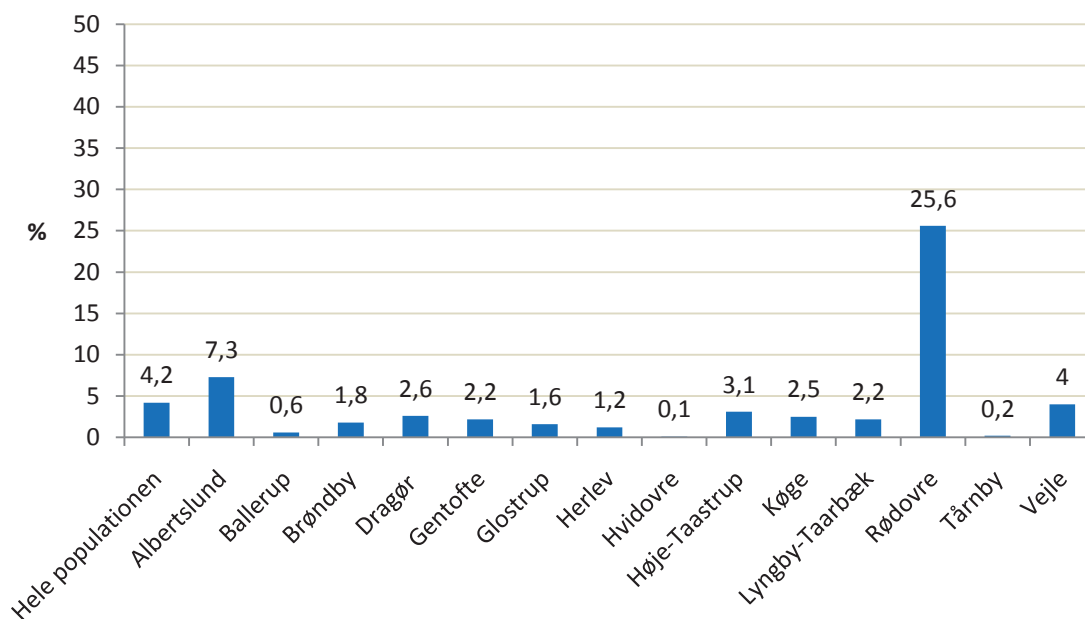
Figur 7.1. Forekomst af bemærkninger om barnets signaler og reaktioner ved D-besøget



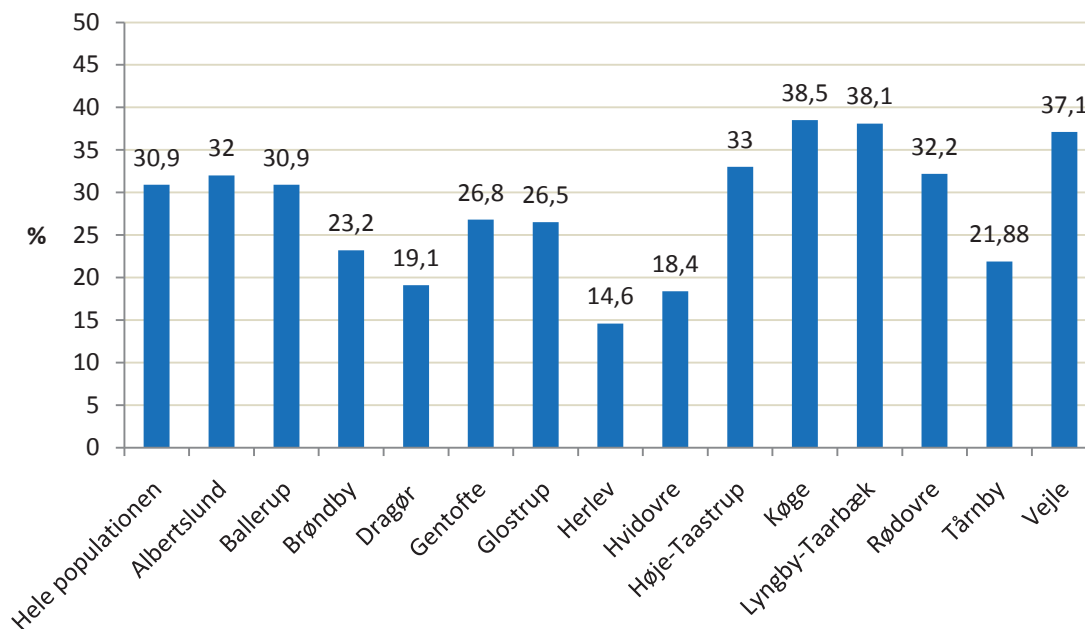
Figur 7.2. Forekomst af bemærkninger til forældre/barn-kontakt ved D-besøget



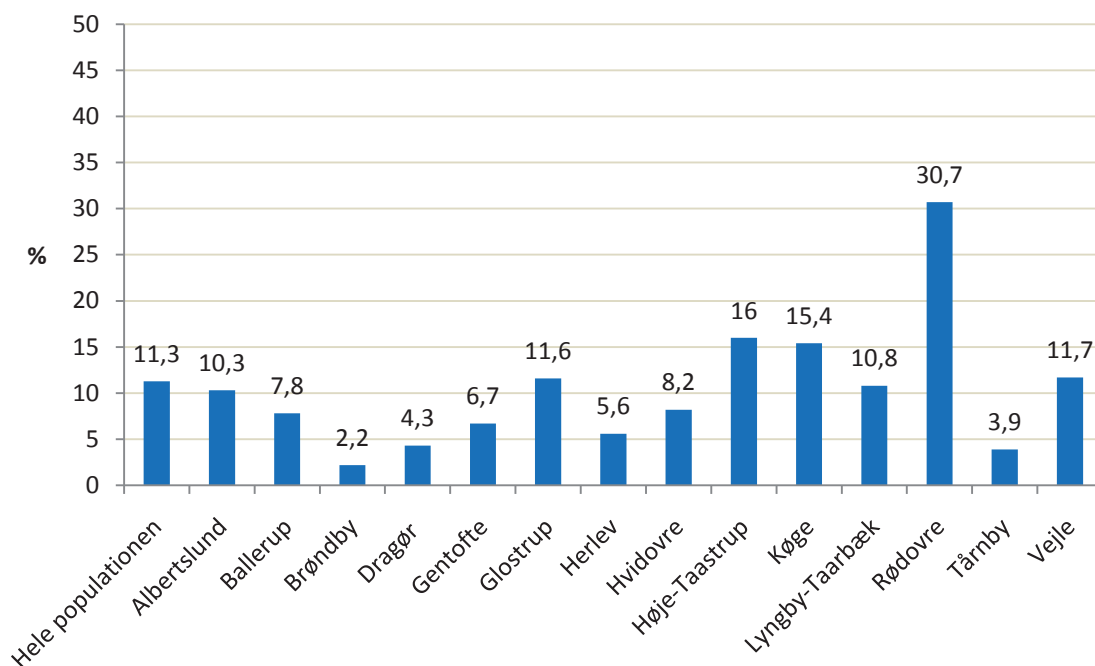
Figur 7.3. Forekomst af bemærkninger til barnets kommunikation ved D-besøget



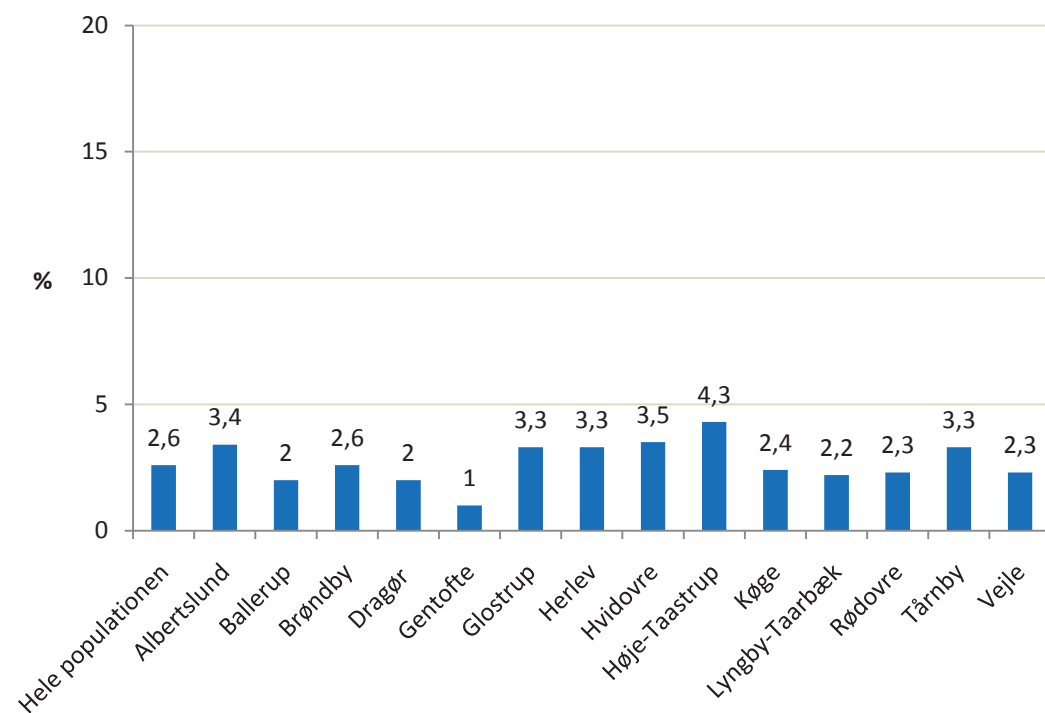
Figur 7.4. Forekomst af bemærkninger til barnets motorik ved D-besøget



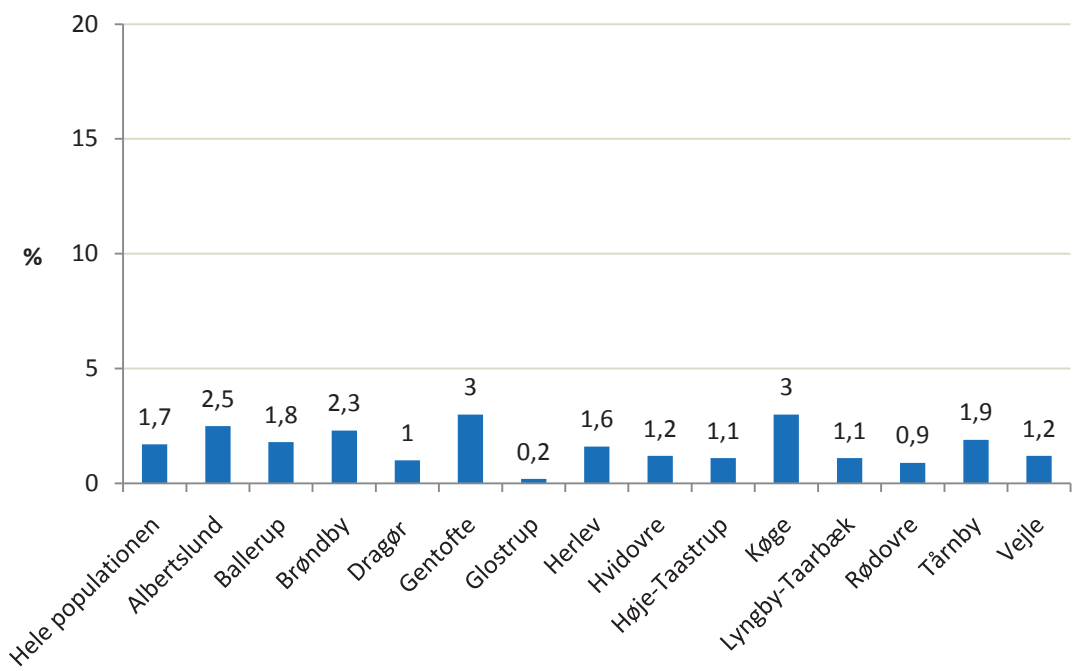
Figur 7.5. Forekomst af bemærkninger til barnets øje-hånd koordinering ved D-besøget



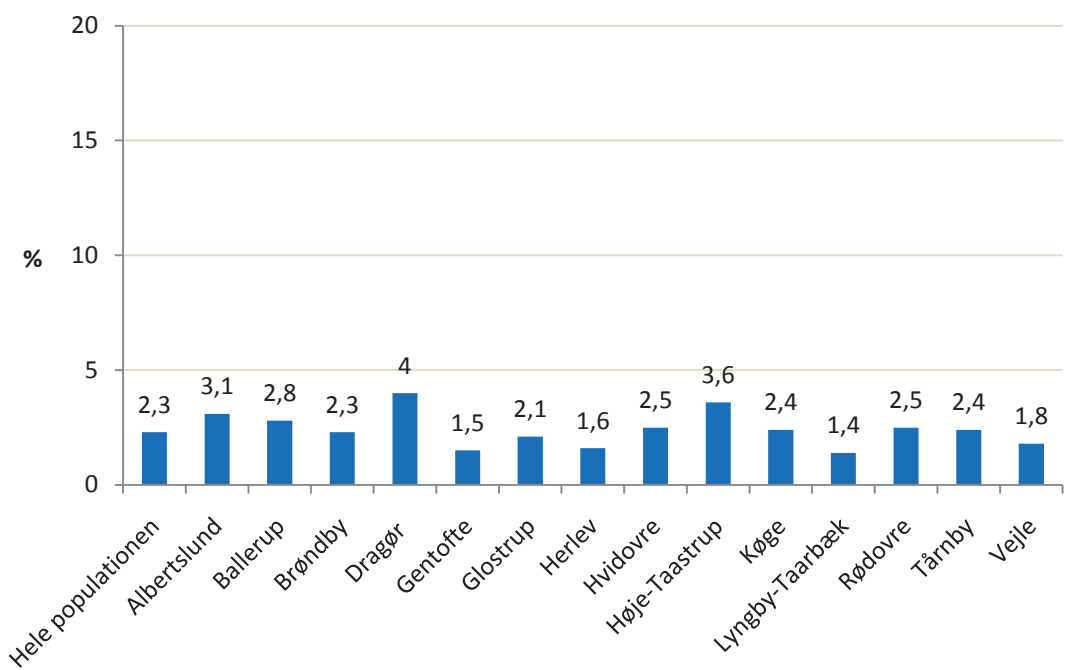
Figur 7.6 Andel med længde under 3 % percentilen ved D-besøget



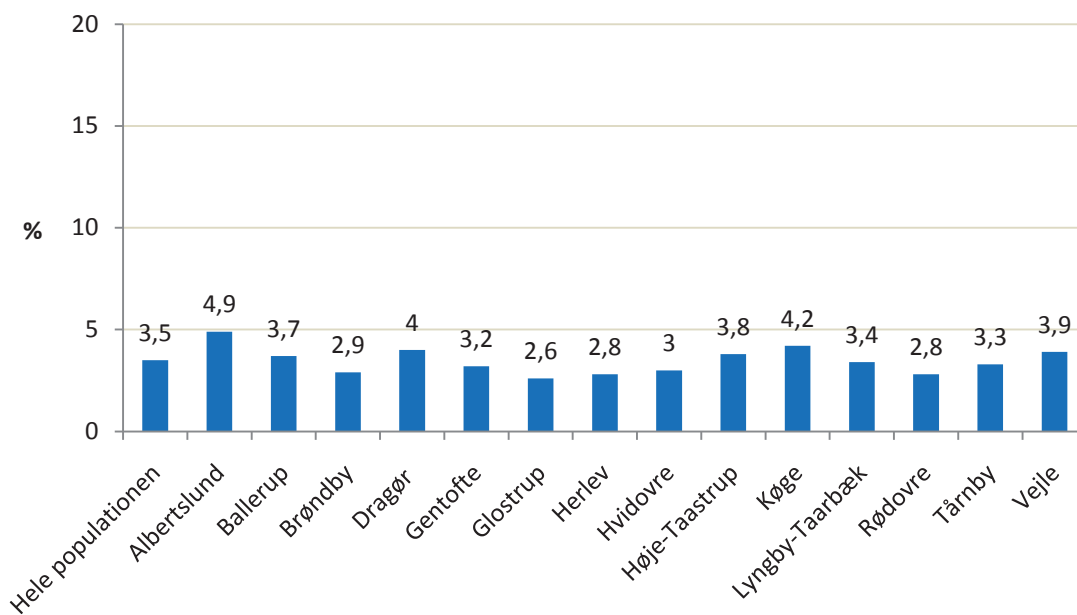
Figur 7.7 Andel med længde over 97 % percentilen ved D-besøget



Figur 7.8. Andel med vægt under 3 % percentilen ved D-besøget



Figur 7.9. Andel med vægt over 97 % percentilen ved D-besøget



For flere af indikatorerne afviger enkelte kommuner markant fra de øvrige. En nærmere inspektion af data har afsløret, at det især er i de kommuner, der bruger papirjournaler, at der findes meget høje andele af børn med bemærkninger til enkelte indikatorer. Mellem 2008 og 2009 er indført et nyt system for indskanning af data fra papirjournaler, og det ser ud til, at den nye måde, hvorpå papirjournaler håndteres, har rettet op på fejlen.