



BØRNS SUNDHED

Samarbejde mellem
sundhedsplejersker og
Statens Institut for
Folkesundhed

Amning

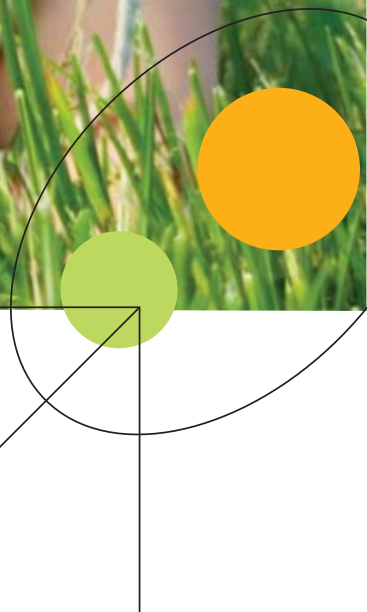
Temarapport
og årsrapport

Børn født i
2014



*Anette Johansen, Camilla Krogh, Sofie Weber Pant
og Bjørn E. Holstein*

Børn født
i 2014



Amning: Temarapport og årsrapport

© Statens Institut for Folkesundhed 2016.
Statens Institut for Folkesundhed
Øster Farimagsgade 5A
1353 København K
www.si-folkesundhed.dk

Udarbejdet for Bestyrelsen for Databasen Børns Sundhed af: Anette Johansen, Camilla Krogh, Sofie Weber Pant og Bjørn E. Holstein

Bestyrelsen:

Anne Mette Skovgaard, adjungeret professor,
dr. med., Københavns Universitet & Syddansk
Universitet

Annette Poulsen, sundhedsplejerske, MSP,
IBCLC, Sundhedsstyrelsen

Bjørn Holstein, professor emeritus,
Statens Institut for Folkesundhed
Bo Mølholm Hansen, overlæge,
Region Hovedstaden

Hannah Glismann, ledende sundhedsplejerske,
MSP, Albertslund Kommune

Helle Rasmussen, ledende sundhedsplejerske,
MSP, Roskilde Kommune

Lene Caspersen, sundhedsplejerske,
Høje Taastrup Kommune

Lene Møller, ledende sundhedsplejerske, MSP,
Rødovre Kommune

Lene Schack-Nielsen, specialkonsulent,
Region Hovedstaden

Pia Rønnenkamp, fagchef Sundhedsplejen,
Brøndby Kommune

Tine Juhl, centerchef for Center for Familie og
Forebyggelse, Glostrup Kommune

Tove Kepp, praktiserende læge

Fotoleverandør: Modelbilleder fra Colourbox

Publikationen refereres således:

Databasen Børns Sundhed, Johansen A, Krogh C, Weber Pant S & Holstein BE. Amning: Temarapport og årsrapport. Børn født i 2014. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU 2016.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

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

Elektronisk ISBN: 978-87-7899-343-4



Forord

En af sundhedsplejens kerneopgaver er at fremme interessen for og viden om amning samt at understøtte amning af nyfødte.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at børn ammes fuldt, til de er omkring seks måneder. Delvis amning anbefales indtil, at barnet er 12 måneder eller ældre. Men ikke alle familier følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger, og det er vigtigt at få indsigt i de forhold, som har indflydelse på amning. Det er grunden til, at Databasen Børns Sundhed har valgt amning som tema for denne rapport.

Rapporten er baseret på sundhedsplejerskers journaldata om 18.687 børn født i 2014. Børnene stammer fra 32 kommuner: Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholms Regionskommune, Brøndby, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Herlev, Hillerød, Hvidovre, Høje-Taastrup, Hørsholm, Ishøj, Køge, Lyngby-Taarbæk, Roskilde, Rudersdal, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk, Vejle og Aarhus. Det er en stor glæde for os, at databasen nu omfatter kommuner i fire regioner: Midtjylland, Syddanmark, Sjælland og Hovedstaden.

Denne temarapport er historisk for Databasen Børns Sundhed, da det er første gang, at rapporten er baseret på data fra begge de store udbydere af elektroniske journaler til de kommunale sundhedsordninger: TM Sund og NOVAX. En stor tak til Region Hovedstanden for deres økonomiske støtte til det it-udviklingsarbejde, som gør det muligt at inddrage data fra begge journaler samt finansiering af NOVAX-brugernes deltagelse i Databasen Børns Sundhed i prøveåret 2015. Det er vores håb, at de nye kommuner

vil tilslutte sig databasen efter prøveåret 2015 og derved bidrage til at skabe mere viden om børns sundhed og dokumentation om sundhedspleje som fagområde.

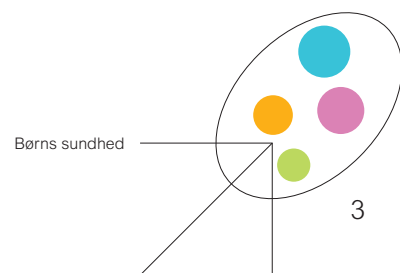
Databasen ledes af en tværfaglig og tværsektorielt sammensat bestyrelse og et forretningsudvalg, der har ansvar for, at formålet for databasen udmøntes. Databasen er beliggende på Statens Institut for Folkesundhed (SIF) ved Syddansk Universitet. SIF er ansvarlig for drift og data, mens kommunerne er ansvarlige for indsamlingen af data. Det er de ledende sundhedsplejersker, der bestemmer temaerne for de årlige rapporter.

Temarapporten er udarbejdet af projektleder Anette Johansen, praktikant Camilla Krogh, student Sofie Weber Pant og professor Bjørn E. Holstein. Data er oparbejdet af seniorforsker Bjarne Laursen. Konsulent og sundhedsplejerske Lisbeth Wilms har bistået med udarbejdelse af diskussionen, kritisk gennemlæsning, rådgivning, layout og opsætning af rapporten.

Vi ønsker at rette en varm tak til alle sundhedsplejerskerne og de ledende sundhedsplejersker i de deltagende kommuner for det positive og engagerede samarbejde, som er helt afgørende for den fortsatte udvikling af databasen.

Lene Møller
Ledende sundhedsplejerske, MSP
Formand for Databasen Børns Sundhed

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

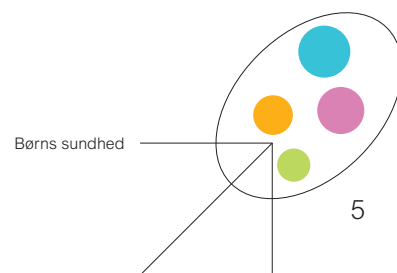




Indholdsfortegnelse



Forord	side 3	11. Delvis amning eller udelukkende modermælksstatning	62
Resumé	6	12. Manglende oplysninger om amning	70
1. Introduktion	9	13. Diskussion	72
2. Amning og helbredsudvikling	10	14. Hvilke tiltag foreslår litteraturen	77
3. Prædiktorer for amning	14	15. Konkrete indsatser i kommunerne	78
3.1 Problemformulering	21	16. Årsrapport for børn født i 2014	80
3.2 Formål	21	17. Opsamling af årsrapporten	118
4. Data og Metode	22	18. Referencer	119
4.1 Sundhedsplejerskernes virke	22	Bilag 1: Variabeloversigt	126
4.2 Databasen Børns Sundhed	22	Bilag 2: Analyser af udviklingen over tid	128
4.3 To journalsystemer og en revideret TM Sund-journal	23	Bilag 3: Logistiske regressionsanalyser	130
4.4 Kobling med registre	23		
4.5 Datagrundlag	23		
4.6 Variabelbeskrivelse	24		
5. Resultater	26		
5.1 Ammefrekvens	26		
Karakteristik af børn, der ammes fuldt i mindst fire måneder			
6. Sociodemografiske faktorer	32		
7. Faktorer relateret til fødslen	38		
8. Mors erfaring med og viden om amning	50		
9. Den første tid efter fødslen	52		
10. Hvem er det, der ikke kommer i gang med at amme?	56		



Resumé

En af sundhedsplejens kerneopgaver er at fremme interessen for og viden om amning samt at understøtte amning af nyfødte. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at børn ammes fuldt, til de er omkring seks måneder. Overgangskost bør ikke introduceres, før barnet er fyldt fire måneder, men heller ikke meget senere end seks måneder. Delvis amning anbefales ind til barnet er 12 måneder eller ældre.

Formålet med denne rapport er 1) at belyse andelen af børn, der bliver ammet, herunder udviklingen siden 2002 og variationen mellem kommuner, 2) at analysere hvilke forhold, der har betydning for, om børn bliver ammet fuldt i fire måneder, og 3) at belyse andelen af delvis amning, herunder om det er særlige befolkningsgrupper, der vælger denne løsning.

Data stammer fra sundhedsplejerskernes journaler om 18.687 børn født i 2014. Journaloplysningerne er suppleret med registeroplysninger. Børnene stammer fra 32 kommuner, fordelt på fire regioner: Midtjylland, Syddanmark, Sjælland og Hovedstaden. De deltagende kommuner er; Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholms Regionskommune, Brøndby, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Herlev, Hillerød, Hvidovre, Høje-Taastrup, Hørsholm, Ishøj, Køge, Lyngby-Taarbæk, Roskilde, Rudersdal, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk, Vejle og Aarhus.

Denne temarapport er historisk for Databasen Børns Sundhed, da det er første gang, at rapporten er baseret på data fra begge de store udbydere af elektroniske journaler til de kommunale sundhedsordninger: TM Sund og NOVAX.

Resultaterne kan samles i seks hovedfund.

Amning ved seks måneder. *Det første hovedfund* er, at kun 17 % af børnene bliver ammet fuldt i seks måneder, som WHO og Sundhedsstyrelsen anbefaler. Der har dog været en lille stigning i andelen af børn, der ammes fuldt i mindst seks måneder i perioden 2002-2014.

Amning ved fire måneder. *Det andet hovedfund* er, at seks ud af ti børn bliver ammet fuldt i mindst fire måneder. Andelen, der ammes fuldt, når de er fire måneder, har ikke ændret sig væsentligt de seneste ti år.

Risikofaktorer ved fire måneder. *Det tredje hovedfund* er, at der er mange risikofaktorer for ikke at blive ammet fuldt i mindst fire måneder.

Sociodemografiske faktorer: Mødre til drenge ammer i gennemsnit lidt mindre end mødre til piger. Det samme gælder mødre, som ikke bor sammen med en partner, mødre som er efterkommere, samt mødre, der kun har fuldført grundskolen. Børn, der udsættes for passiv rygning i hjemmet, har ligeledes større risiko for ikke at blive ammet fuldt, når de er fire måneder.

Faktorer relateret til fødslen: Flerfødte børn har forhøjet risiko for ikke at blive ammet fuldt til fire-måneders alderen. Det samme gælder børn, der er taget ved kejsersnit, børn der er udskrevet senere end et døgn efter fødslen, børn som ikke er lagt til bryst inden for de to første timer efter fødslen, børn der har fået moderermælksertatning (MME) under indlæggelsen, samt børn hvis mødre har ringe viden om amning, og børn hvis mødre ikke ønsker at amme.



Den første tid efter fødslen: Der er en forhøjet risiko for ikke at amme fuldt i mindst fire måneder i de hjem, hvor sundhedsplejersken ved etableringsbesøget eller besøget i to-tre-måneders alderen har bemærkninger til barnets motorik, mors psykiske tilstand og til forældre-barn kontakt og samspil.

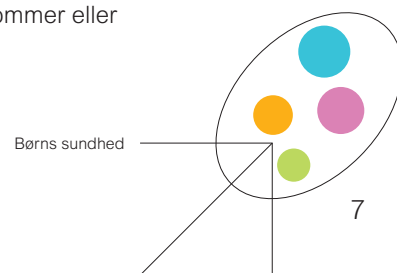
Amning ved en måned. *Det fjerde hovedfund* er, at 21,1 % af børnene ikke bliver ammet fuldt, når de er en måned gamle. Det er altså næsten hvert fjerde barn, hvor mødrene fravælger amning eller ikke kommer rigtig godt i gang med at amme deres barn. Analyserne kan udpege risikofaktorer for dette fænomen. Det er i store træk de samme som risikofaktorerne for ikke at amme fuldt i fire måneder: Børn der ikke bor sammen med begge forældre, børn hvis mødre ikke har erhvervstilknytning, børn hvis mor er lavt uddannet, børn som er flerfødte, børn født ved kejsersnit og børn med lang indlæggelse efter fødslen. Derudover har børn, hvor sundhedsplejersken i journalen har noteret, at mor ikke ønsker at amme, bemærkninger til gråd og uro samt bemærkninger til mors psykiske tilstand øget risiko for ikke at blive ammet, når de er en måned gamle.

Delvis amning og udelukkende modernælkserstatning. *Det femte hovedfund* relaterer sig til de familier, som vælger delvis amning eller udelukkende modernælkserstatning (MME): Ved sundhedsplejerskens besøg i hjemmet, når barnet er to til tre måneder gammel (B-besøget), ammes 69,3 % af børnene fuldt, 8,3 % får tilskud af MME og 22,4 % får udelukkende MME. Undersøgelsen giver således mulighed for at karakterisere børn, som slet ikke ammes sammenlignet med børn, der ammes delvist.

Der er en signifikant større andel af børn, som ammes delvis ved B-besøget blandt børn, der ikke bor med begge forældre, hvis mor ikke er i erhverv, hvis mor er efterkommer eller indvandrer, hvis mors højeste uddannelse er en almen eller erhvervsgymnasial uddannelse, en erhvervsfaglig uddannelse eller grundskolen, er udsat for passiv rygning i hjemmet, er flerfødt, er født ved kejsersnit, har været indlagt fire døgn eller mere i forbindelse med fødslen, ikke blev lagt til brystet inden for to timer efter fødslen, har fået tilskud af modernælkserstatning under indlæggelsen, hvor mor ikke har erfaring med amning, hvor mor ikke ønsker at amme, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand, forældre-barn kontakten eller uro og gråd.

Der er en signifikant større andel af børn, der udelukkende får modernælkserstatning blandt børn, der ikke bor med begge forældre, hvis mor er yngre end 25, hvis mor ikke er i erhverv, hvis mor er efterkommer, hvis mors højeste uddannelse er en erhvervsfaglig uddannelse eller grundskolen, der er udsat for passiv rygning i hjemmet, der er født for tidligt, født med lav fødselsvægt, er flerfødt, er taget ved kejsersnit, har været indlagt fire døgn eller mere i forbindelse med fødslen, som ikke blev lagt til brystet inden for to timer efter fødslen, der har fået modernælkserstatning under indlæggelsen, hvor mor ikke har erfaring med amning og hvor mor ikke ønsker at amme, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand, forældre-barn kontakten eller uro og gråd.

Det sjette hovedfund omhandler de børn, der ikke bliver ammet fuldt ved B-besøget. For disse børn er der større sandsynlighed for at blive ammet delvis, hvis barnets mor er efterkommer eller





indvandrere, hvis barnet udsættes for passiv rygning i hjemmet, hvis barnet er flerfødt samt har fået modermælkserstatning under indlæggelsen. Børn, der ikke bliver ammet fuldt ved B-besøget, har til gengæld mindre sandsynligheden for at blive ammet delvist, hvis de er født for tidligt og har en mor, der ikke ønsker at amme.

Konklusion. I 2014-2015 blev omkring 79 % af alle nyfødte ammet fuldt i mindst én måned. Omkring 60 % af alle nyfødte blev ammet fuldt i mindst fire måneder, og denne andel har været stabil i det seneste ti år. Omkring 17 % af alle nyfødte blev ammet fuldt i mindst seks måneder, en andel som har været svagt stigende i de seneste fem år. Der er en lille gruppe mødre, omkring 8 %, som praktiserer delvis amning, dvs. ammer deres barn og giver tilskud af modermælkserstatning. Det er ikke tilfældigt, hvilke mødre, der ammer fuldt i flere måneder og hvilke, der stopper tidligt med at amme. Kvinder med en kortvarig uddannelse har større risiko for tidligt ammeophør, og en lang række problemer ved fødsel og i familien er risikofaktorer for tidligt ammeophør. Opgørelsen viser, at der er stort behov for at fortsætte den indsats, som sundhedsplejersker og andre gør for at fremme og fastholde amning.

1. Introduktion



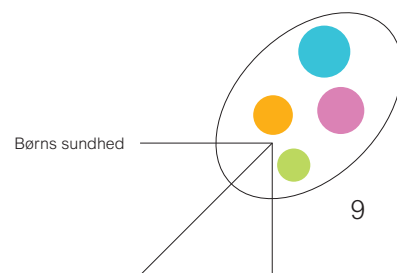
Amning er ikke kun kilde til næring for barnet. Amning har også en række positive fysiologiske, psykologiske, immunologiske og udviklingsmæssige fordele for barnet – også efter endt ammeophør. Derfor er fremme af gode ammevaner et vigtigt tema indenfor sundhedsfremme og folkesundhedsvidenskab. Rådgivning og vejledning om amning bliver dermed en af de centrale opgaver i sundhedsplejen. Denne temarapport viser, hvordan monitorering af børnesundheden bidrager med viden, der kan anvendes på såvel kommunalt som regionalt niveau.

Betydningen af amning: I et forsøg på at fremme ammefrekvensen i hele verden har World Health Organization (WHO) i 1981 udarbejdet et kodeks for markedsføring af modermælksersättning. WHO foreslår regulering af markedsføring af modermælksersättning fra industrien samt træning af sundhedspersonale, som kan give spædbørnsfamilierne den nødvendige information og støtte (WHO 1981). Sundhedsstyrelsen følger anbefalingerne fra WHO (Sundhedsstyrelsen 2013). Den officielle anbefaling fra Sundhedsstyrelsen er, at spædbørn ammes fuldt, til de er omkring seks måneder. Delvis amning anbefales indtil barnet er 12 måneder eller ældre (Sundhedsstyrelsen 2013). Dette stemmer overens med WHO's anbefalinger. Fuld amning defineres af Sundhedsstyrelsen som, at barnet udelukkende ernæres af modermælk efter udskrivelsen fra hospitalet. Moderens mælk kan dog suppleres med vand eller lignende og maksimalt ét måltid med modermælksersättning om ugen. Et fravalg af amning, enten på informeret grundlag eller af praktiske årsager, udgør dog ingen sundhedsrisiko for barnet (Sundhedsstyrelsen 2013).

Ydermere skiver Sundhedsstyrelsen, at det bør være barnets udvikling og parathed, der er

afgørende for tidspunktet for introduktion til overgangskost. Overgangskost bør ikke introduceres, før barnet er fyldt fire måneder, men heller ikke meget senere end seks måneder (Sundhedsstyrelsen 2013). Kronborg et al. (2015) viser, at 7 % af spædbørnene var blevet introduceret til fast føde i fire-måneders alderen og 65 % mellem de var fire og seks måneder gamle. Dette fund indikerer, at de fleste danske mødre følger anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen. Den vigtigste prædikator for at udskyde introduktion til supplerende næring er fuld amning i fem uger (Kronborg et al. 2014), dvs. at hvis mødrene er kommet godt i gang med amning, er der større chance for, at de efterlever Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Amning i Danmark: Omkring 1940 ammede næsten alle kvinder deres barn i mindst to måneder, men kun omkring halvdelen ammede i fire måneder. Fra omkring 1940 til 1970 faldt forekomsten af amning, og i 1970 var det kun hver anden kvinde, som ammede sit barn i mindst to måneder, og under 10 % ammede i mindst fire måneder (Bakke et al. 2001, Christensen et al. 2011). Fra omkring 1970 til 2009 steg forekomsten af amning, så det i dag er omkring 90 %, som ammer mindst en måned og over halvdelen i mindst fire måneder. Det seneste større befolkningsstudie af amning i Danmark (Kronborg et al. 2015) viser, at 97 % af mødrene kommer i gang med at amme deres barn, 68 % ammer fuldt efter to måneder, 55 % efter fire måneder og 7 % efter seks måneder. Et andet befolkningsstudie (Christensen et al. 2011) viser, at 61 % af alle nyfødte ammes fuldt i mindst fire måneder og 12 % i mindst seks måneder. Med denne rapport bringer vi de sidste nye oplysninger om amning af de børn, som er født i 2014.



2. Amning og helbredsudvikling

Temaet om amning er ganske godt belyst i den videnskabelige litteratur, og der er en grundig gennemgang af emnet i Sundhedsstyrelsens publikation fra 2013: Amning – en håndbog for sundhedspersonale. En ny metaanalyse (Victora et al. 2016) viser, at amning giver barnet en vis beskyttelse mod infektionssygdomme i barndommen, giver en bedre udvikling af barnets intelligens og sandsynligvis en vis beskyttelse mod overvægt og diabetes (både type 1 og type 2 diabetes) (Al Mamun et al. 2015, Horta et al. 2015b). En anden ny oversigt over den videnskabelige litteratur fastslår, at fuld amning ser ud til at mindske risikoen for, at barnet får mellemørebetændelse, mavebesvær, diarre, alvorlige infektioner i de nedre luftveje, pludselig uventet spædbarnsdødelighed og svær overvægt (Salone et al. 2013). Det er en klassisk viden inden for sundhedsplejefaget, at amning har stor betydning for mor-barn-forholdet. Dette er igen blevet bekræftet i en stor og grundig amerikansk undersøgelse, som viser at mødre, som ammer, udvikler en øget sensitivitet over for deres børn, og at kvaliteten af mor-barn-relationen herved styrkes – især, fordi mødrene forstår deres børn bedre og reagerer bedre på deres signaler (Papp 2014).

For kvinderne giver amning en vis beskyttelse mod brystkræft, ovariekræft og type 2 diabetes (Victora et al. 2016, Salone et al. 2013, Chowdhury et al. 2015), og effekten synes at øges med ammevarigheden. Hvis kvinden ammer mellem tre og seks måneder kan det hjælpe hende til hurtigt at genvinde sin vægt fra før graviditeten (He et al. 2015).

Vækst og overvægt: Generelt vil børn, der bliver ammet fuldt have en mindre tilvækst end børn, der får modermælkserstatning, men denne forskel mindskes i børnenes første leveår (Sundhedsstyrelsen 2013). Flere studier bekræfter, at børn, som ammes fuldt i fire til seks måneder, har en vis beskyttelse mod overvægt og fedme i barndommen (Binns et al. 2016, Salone et al. 2013, Svendsen et al. 2013, Jonsdottir et al. 2014). Trods de kendte positive effekter ved amning har der været en videnskabelig diskussion omkring hvorvidt fuld amning i seks måneder, på grund af barnets manglende vækst, bør reduceres til fire måneder. Dette dilemma er grundigt undersøgt i et Cochrane review fra 2002 (Kramer & Kakuma 2002). På baggrund af en række eksperimentelle og observationelle studier konkluderer forfatterne, at der ikke er belæg for, at børn som ammes fuldt i seks måneder tager for lidt på i vægt og højde.

Motorik: Flere studier har fundet, at en langvarig ammeperiode er prædiktiv for en god motorisk udvikling hos børnene (McCrorry & Murray 2013, Leventakou et al. 2015). Dette er dog ikke en sammenhæng som Databasen Børns Sundhed har kunne finde (Brixval et al. 2011).

Respiratoriske sygdomme og infektionssygdomme: Det nyfødte barns eget immunsystem er ikke færdigudviklet, hvorfor det passivt beskyttes via antistoffet immunoglobulin A (IgA) og andre peptider fra moderens brystmælk. Brystmælk er med til at fremme udviklingen af barnets egen tarmflora og immunsystem, og denne proces går hurtigere, hvis barnet bliver ammet fuldt i fire måneder. Hvis barnet kun får modermælkserstatning, udvikler barnet selv IgA, men koncentrationen forbliver lavere i barnets



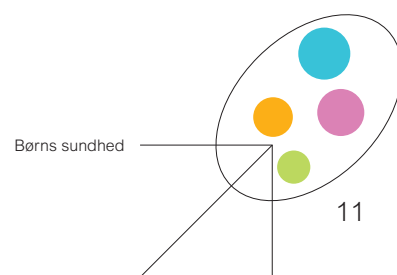
første leveår (Bridgman et al. 2016). Den nyeste forskning om sammenhængen mellem amning og allergi bekræfter, at amning reducerer risikoen for komælksallergi i spædbarnsperioden, men finder i øvrigt ikke nogen beskyttende virkning af amning for allergi senere i barndommen (Bion et al. 2015, Duncan & Sears 2008, Sundhedsstyrelsen 2013, Yang et al. 2009). Seks måneders fuld amning giver en betydelig beskyttelse mod maveinfektioner (Kramer & Kakuma 2002).

Der er uenighed om, hvorvidt fuld amning er en beskyttende faktor for udviklingen af astma og andre respiratoriske eller infektionssygdomme (Sundhedsstyrelsen 2013). Flere reviews (systematisk gennemgang af den foreliggende forskning) konkluderer, at fuld amning kan have en beskyttende effekt for udviklingen af astma i børneårene, men på grund af metodemæssige problemer er konklusionen usikker (Dogaru et al. 2014, Lodge et al. 2015, Salone et al. 2013). Andre nye studier viser, at der ikke er en sammenhæng mellem fuld amning og udvikling af astma hos børn, når der bliver justeret for betydningen af andre faktorer (Victora et al. 2016). I den seneste rapport fra Databasen Børns Sundhed, der omhandlede allergi hos indskolingsbørn, fandt vi heller ingen sammenhæng mellem amning og allergi, heller ikke for børn, hvis mor og far begge har allergi (Databasen Børns Sundhed et al. 2015b).

Leukæmi: Leukæmi er den hyppigst forekommende kræftform blandt børn. Ætiologien er stadig ukendt, men litteraturen viser, at både fuld amning og delvis amning i seks måneder nedsætter risikoen betydeligt sammenlignet med børn, der aldrig er blevet ammet (Amitay & Keinan-Boker 2015, Salone et al. 2013). Det ser

ikke umiddelbart ud som om, amning har nogen beskyttende effekt på udvikling af kræft i voksenalderen, når der ses på alle kræftformer (Sundhedsstyrelsen 2013).

Kognitiv udvikling / intelligens: Inden for de seneste år er der kommet mere fokus på sammenhængen mellem amning og kognitiv udvikling hos barnet. Den videnskabelige litteratur viser modstridende resultater, da der er nogle metodemæssige problemer, der har stor betydning for resultatet. To nye reviews med en grundig gennemgang og vurdering af den videnskabelige litteratur tegner dog et samlet billede af en signifikant, men lille, effekt af amning på barnets kognitive evner. Binns et al. (2016) konkluderer, at børn, der er blevet ammet fuldt i mere end seks måneder, har en intelligenskvotient (IQ), der er 3-5 point højere end børn, der ikke har været ammet. Horta et al. (2015a) finder, at barnets intelligens er 3,44 point højere, hvis det har været ammet, når der er kontrolleret for moderens IQ. Flere nye, store og veltilrettelagte longitudinelle undersøgelser bekræfter denne overordnede konklusion. Derudover er der studier, som måler kognitiv udvikling med børns sproglige kompetencer, og her ser det ud til, at jo længere ammeperiode, desto bedre kognitiv udvikling (Kanazawa 2015, Smith 2015, Leventakou et al. 2015, Bernard et al. 2013, Quigley et al. 2012). Flere af disse studier viser, at denne forskel forsætter i mange år og ikke bliver mindre efter børnene er begyndt at gå i skole (Jedrychowski et al. 2012, Huang et al. 2014).





Modsat har både et engelsk og hollandsk studie fundet, at der ikke er nogen effekt af fuld amning på intelligens, når barnet er ældre end to år, og efter der er blevet justeret for øvrige faktorer, der kan påvirke sammenhængen. Begge studier fandt, at socioøkonomisk status, moderens intelligens og uddannelsesniveau er de faktorer, der har størst betydning for barnets kognitive udvikling (Sajjad et al. 2015, von Stumm & Plomin 2015). Det er sandsynligt, at effekten af amning afhænger af barnets udvikling. For eksempel viser Quigley et al. (2012), at amning især har positive virkninger på den kognitive udvikling blandt for tidligt fødte børn.

Mental sundhed: Der er mindre forskning og mindre videnskabelig konsensus om sammenhængen mellem amning og barnets mentale helbred. Et nyt stort studie fra Australien, som har fulgt over 2000 børn i 14 år konkluderer, at amning i seks måneder beskytter mod eksternaliserings- og internaliseringsproblemer gennem hele barndommen (Oddy et al 2010). På andre områder er forskningen mindre sikker. Der er for eksempel modstridende fund om, hvorvidt der er sammenhæng mellem amning og senere udvikling af ADHD, men et nyt og grundigt studie finder en vis beskyttende effekt af amning (Stadler et al. 2016). Der er ifølge den seneste forskning næppe nogen beskyttende virkning af amning i forhold til udvikling af autisme-spektrum lidelser (Husk & Keim 2015).

Der er muligvis en vis beskyttende effekt af amning i forhold til problematisk spisning blandt små børn (Skugarevsky et al. 2014), og Iron-Segev et al. (2013) finder, at amning måske beskytter mod udvikling af spiseforstyrrelser i den sene barndom blandt drenge men ikke blandt piger. Heller ikke sammenhængen mellem amning og søvn er godt kortlagt. Der er et nyt australsk befolkningsstudie, som viser, at langvarig amning øger risiko for opvågning om natten (Galbally et al. 2013), mens et mindre britisk studie finder, at amning øger chancen for længere nattesøvn hos spædbørn (Cohen Engler et al. 2012). Et studie viser, at amning formodeligt ikke beskytter mod udvikling af socioemotionelle problemer gennem barndommen (Belfort et al. 2016), men et andet studie finder, at amning kan beskytte mod emotionelle symptomer og adfærdsvanskeligheder i barndommen (Lind et al. 2014).

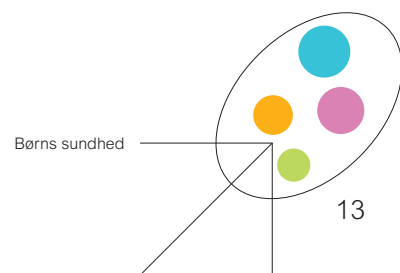
Sammenhængen mellem amning og fødselsdepression hos mor er vanskelig at kortlægge, fordi de to fænomener kan optræde næsten samtidig, således at det er vanskeligt at afdække, om det ene er årsag til det andet, eller om der ligger mere komplicerede årsagsmønstre bag. Der er en statistisk sammenhæng mellem fødselsdepression og tidligt ammeophør, men et nyt review har haft vanskeligt ved at afgøre, om de to fænomener er årsagsmæssigt relaterede (Dias & Figueiredo 2015, Yström 2012). En ny stor norsk befolkningsundersøgelse viser, at amning ikke beskytter mod fødselsdepression (Ahn & Corvin 2015).



Miljøgift i modermælk: Der er en række studier af mulige skadelige virkninger af kemikalier eller miljøgifte, der potentielt kan overføres til barnet gennem modermælken. Det kan bl.a. være dioxin, PCB, ftalater og pesticider. Disse stoffer kan være ophobet i moderens fedtvæv, hvorfor koncentrationen afspejler moderens eksponering gennem hele livet. Koncentrationen af sådanne miljøgifte i moderens fedtvæv er faldende i takt med de seneste årtiers forbud og restriktioner på området (Sundhedsstyrelsen 2013). Sundhedsstyrelsen (2013) skriver, at "det er svært at udelukke, at der kan være beskedne negative effekter ved meget langvarig amning. Amningens positive effekter er givetvis størst ved lav

belastning med miljøgifte. Anbefalinger om amning sker ud fra et helhedssyn, hvor amningens mange positive effekter tages i betragtning. Der er på det foreliggende ikke grund til at begrænse amning".

Sammenfattende er der således megen viden om positive effekter af amning og mange gode argumenter for at fremme amning. Den gennemgåede videnskabelige litteratur har ikke vist argumenter imod amning.



3. Prædiktorer for amning

Der er en del videnskabelige studier om forhold, som viser en sammenhæng med ammelængde. Her gennemgår vi de vigtigste studier fra de sidste seks år, dvs. at teksten er en opdatering af gennemgangen fra den første rapport om amning fra Databasen Børns Sundhed (Christensen et al. 2011) og Sundhedsstyrelsens håndbog fra 2013. Teksten koncentrerer sig om studier fra den vestlige kulturkreds, fordi mange studier fra tredjeverdenslande kan have begrænset validitet i Danmark.

Omstændighederne omkring fødslen: Flere studier viser, at kvinder, der har født ved kejsersnit, ammer mindre eller kortere end andre kvinder (Wallviener et al. 2015, Al-Sahab et al. 2010). Flerfødtte ammes i gennemsnit kortere end enkeltfødtte (Kronborg et al. 2014). Neonatal indlæggelse øger ligeledes risikoen for en kortvarig ammeperiode (Wallviener et al. 2015, Al-Sahab et al. 2010), og førstefødtte ammes i gennemsnit kortere tid end de efterfølgende børn (Kronborg et al. 2014). Flere studier viser, at for tidlig fødsel og lav fødselsvægt er risikofaktorer for en kort ammeperiode. Andre studier har vist, at gestationsalder ikke nødvendigvis har betydning for, om barnet kan blive ammet, men at det i højere grad afhænger af praksis på fødeafdelingen (Goyal et al. 2014, Maastrup et al. 2014a, 2014b, Rayfield et al. 2015). Et stort dansk populationsstudie (Kronborg et al. 2014) retter opmærksomheden mod de faktorer, som beskytter barnet mod tidlig overgang til fast føde, en anden måde at undersøge hvor længe moderen bliver ved med at amme sit barn fuldt. Studiet viser, at følgende faktorer er beskyttende mod tidlig overgang til fast føde: at barnet er en pige, lav gestationsalder, lav fødselsvægt, at mor har født før, er ældre, er højtuddannet og er ikke-ryger.

Et dansk studie af for tidligt fødte børn finder, at det ikke nødvendigvis er gestationsalderen, der har betydning for, hvornår barnet tog initiativ til bryst, men at det i høj grad kommer an på, om der blev lagt vægt på hud-mod-hud med mor gentagne gange, og om barnet ikke brugte sut (Maastrup et al. 2014a). Et andet dansk studie finder, at brug af suttebrik mindsker forekomsten af fuld amning ved udskrivning af for tidlig fødte, samtidig med at initiativ til bryst senere end 48 timer efter fødslen også mindsker forekomsten af fuld amning ved udskrivning (Maastrup et al. 2014b). Ydermere kan den manglende udvikling af funktionelle færdigheder hos for tidlig fødte børn medføre, at de har nedsat sutteevne (Goyal et al. 2014).

Praksis på fødegangen og personalets betydning: Fuld amning afhænger i høj grad af støtte fra sundhedspersonale. Personalets viden og kompetencer har både betydning for det faktiske ammeforløb og for kvindernes oplevelse af ammeforløbet (Blixt et al. 2014, de Jesus et al. 2016, Ekström et al. 2012). Svenske studier har vist, at kvinder ammer fuldt i længere tid, hvis personalet har været på efteruddannelse, hvor de er blevet undervist i rådgivning, kommunikation og hensigtsmæssig indsats (Blixt et al. 2014, Ekström et al. 2012). Det svenske studie af Blixt et al. (2014) forklarer, at sundhedspersonale, der føler sig trygge med rådgivning, er bedre i stand til at komme med individuelle løsninger, som passer perfekt til kvindens behov (Blixt et al. 2014). Efteruddannelse er således med til at øge personalets self-efficacy (troen på egen kunnen) mht. at videreformidle den viden, de har.



Effekten af videreuddannelsen har også betydning for kvindens oplevelse af forløbet. Samme svenske studie forklarer, hvordan kvinderne føler sig bedre forstået og mere trygge, når de ikke mødes med modsatrettede råd. Det øger deres tillid til, at de selv kan løse eventuelle problemer med amningen. Kvinderne, der havde fået hjælp af efteruddannet personale, rapporterede også, at de følte, at de modtog realistisk information, som de kunne bruge til noget (Blixt et al. 2014).

En anden effekt af efteruddannet personale er, at der er færre kvinder, hvis nyfødte børn modtager modermælkserstatning eller anden væske i den første uge efter fødsel sammenlignet med de børn, hvis personale ikke er blevet efteruddannet (Ekström et al. 2012). Hvis barnet får modermælkserstatning på sygehuset uden medicinsk belæg, mindsker det chancen for en langvarig periode med fuld amning (Brahimoh & Davies 2014, Ekström et al. 2012).

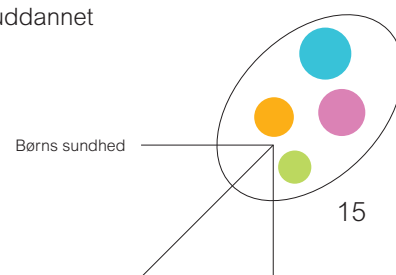
Særlige teknikker: Det er påvist, at hud mod hud kontakt umiddelbart efter fødslen har en positiv effekt på længden af amning, hvorfor det er vigtigt, at det nyfødte barn kommer så hurtigt som muligt op og ligge på mors hud. Et studie fra Hong Kong har vist, at nyfødte børn med hurtig hud mod hud kontakt hurtigere søger bryst (22 min.) end børn, der ikke har haft hud mod hud kontakt (67 min.), og at den første amning oftere bliver en succes, hvis barnet har ligget mod mors hud (Aghdas et al. 2014).

Et svensk studie har undersøgt, hvordan kvinder oplever hands-on teknikken (Cato et al. 2014). Hands-on teknikken bruges af sundhedspersonale, der bruger deres hænder til at få barnet til at sutte ordentligt på moderens bryst. Kvinder,

hvor hands-on teknikken er blevet anvendt, har en højere risiko for at opleve situationen som værende ubehagelig og grænseoverskridende. Forfatterne konkluderer derfor, at hvis der er problemer med amningen, er det vigtigt, at sundhedspersonalet bruger meget tid på dialog og guider moderen igennem løsningen fremfor at skride ind og gøre situationen stresset (Cato et al. 2014). Negative oplevelser udgør en risiko for, at kvinden stopper med at amme fuldt tidligere end Sundhedsstyrelsens anbefalinger (Henshaw et al. 2015).

En anden undersøgt teknik er effekten ved brug af suttebrik. Et dansk studie baseret på en stor normalpopulation af kvinder har vist, at hver femte kvinde i 2008 bruger suttebrik i starten af ammeforløbet, hvilket er en stigning fra 2004, hvor det kun var 15 % af kvinderne (Kronborg et al. 2016). Sandsynligheden for at stoppe med at amme fuldt før barnet er fire måneder er større, hvis kvinden bruger suttebrik, end hvis hun ikke gør. Hvis hun blot bruger suttebrik som en midlertidig løsning, er hendes risiko for at stoppe med at amme fuldt tidligt 63 % højere, end hvis hun slet ikke har brugt suttebrik. Dog er det vigtigt at være opmærksom på grunden til brug af suttebrik, da de fleste kvinder fortæller, at de bruger det som løsning på tidlige ammeproblemer (Kronborg et al. 2016).

Et interventionsstudie fra Sverige viser, at brugen af suttebrik ikke nødvendigvis forkorter ammelængden. Studiet havde fem interventionskommuner og fem kontrolkommuner. I interventionskommunerne blev sundhedspersonalet efteruddannet til blandt andet at have fokus på problemløsning. Kvinderne i interventionskommunerne, der både havde mødt efteruddannet





personale og havde brugt suttebrik, ammede lige så længe som de kvinder, der ikke havde brugt suttebrik. I kontrolkommunerne var der til gengæld en signifikant kortere ammeperiode hos de kvinder, der havde brugt suttebrik (Ekström et al. 2014). Dette betyder, at efteruddannelse af sundhedspersonalet kan opveje den større risiko ved brugen af suttebrik.

Sociodemografiske faktorer: Faktorer såsom alder, uddannelse, indkomst, etnisk baggrund eller indvandrerstatus, socioøkonomisk status og tilknytning til arbejdsmarkedet har alle betydning for kvindens ammeperiode. Flere studier viser, at jo ældre kvinden er, desto større er sandsynligheden for, at hun stadig ammer fuldt, når barnet er fire eller seks måneder gammelt (Al-Sahab et al. 2010, Mathews et al. 2014, Fisher et al. 2013), hvilket Kronborg et al. (2014) også finder i deres danske undersøgelse. Især teenagemødre ammer kort tid, og har også de laveste intentioner om at amme (Leclair et al. 2015, Apostolakis-Kyrus et al. 2013). De faktorer, der har størst betydning for de unge kvinders ammelængde, er social støtte og økonomisk stabilitet (Apostolakis-Kyrus et al. 2013).

Højtuddannede kvinder ammer i gennemsnit længere end lavtuddannede (Al-Sahab et al. 2010, Kronborg & Væth 2004, Kronborg et al. 2014, Mathews et al. 2014), og i tråd hermed kan også høj indkomst være befordrende for et langt ammeforløb (Mathews et al. 2014). Kvinder, som bor sammen med deres partner, ammer i gennemsnit længere end kvinder, der bor alene (Al-Sahab et al. 2010, Mathews et al. 2014).

Derudover er der dokumentation for forskelle i ammelængde i grupper med forskellig etnisk

baggrund, således at den etniske majoritet ofte ammer længst (Mathews et al. 2014). Et dansk studie baseret på Databasen Børns Sundhed viser, at indvandrere og efterkommere ammer kortere end danske mødre, men i kontrollerede analyser bliver disse forskelle minimale, dvs. at det er andre faktorer end indvandrerstatus, som har betydning for de viste forskelle i ammelængde (Busck-Rasmussen et al. 2014).





Mors helbred: Faktorer hos mor, der kan vanskeliggøre amning, er blandt andet brystkirurgi, efterfødselsreaktioner, fertilitetsbehandling, diabetes og psykiske problemer. Et studie af Fisher et al. (2013) fandt, at kvinder, der havde fået hjælp til befrugtning og kejsersnit ved fødsel i højere grad introducerer deres nyfødte til moder-mælkerstatning inden for de første fire måneder efter fødslen (Fisher et al. 2013).

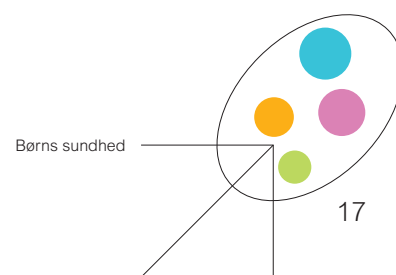
Kvinder, der har haft angst og depression under graviditeten, ammer i gennemsnit mindre og kortere (Dias & Figueiredo 2015, Yström 2012). Det gælder generelt, at depressive symptomer og/eller behandling med antidepressive lægemidler før fødslen, hvor de depressive symptomer fortsætter efter fødslen, resulterer i mindre sandsynlighed for at fastholde amning (Ahlqvist-Björkroth et al. 2016, Lewis et al. 2015). Samme tendens ses, hvis kvinden har en fortid med symptomer på angst (Wallwiener et al. 2015) eller depressive symptomer (Mathews et al. 2014).

Et dansk studie har undersøgt betydningen af diabetes for ammelængde og fundet, at det kun er 18 % af de undersøgte kvinder, der ammer fuldt, når barnet er fem måneder. Denne andel er 32 % blandt den øvrige del af befolkningen (Fenger-Grøn et al. 2015). Hvis kvinden har graviditetsdiabetes, kan amning reducere hendes egen risiko for udvikling af type 2 diabetes, og amning reducerer ligeledes barnets risiko for diabetes senere i livet (Fallon & Dunne 2015). Det er vigtigt, at kvinden hurtigt føler tilknytning til spædbarnet. Børn af mødre med diabetes har oftere brug for medicinsk hjælp og støtte i starten, hvilket kan komplicere dannelsen af en hurtig tilknytning mellem mor og barn. Yderligere er det vigtigt at være opmærksom på, at diabetiske

mødre har større risiko for forsinket mælkeproduktion og dårlige suttemønstre (Fallon & Dunne 2015). Som fagperson er det derfor vigtigt at optimere den mor-barn tid, der er, så moderen hurtigt knytter sig til barnet og har selvtillid nok til at vedligeholde amningen (Fallon & Dunne 2015).

Ikke blot mors helbred, men også personlighedstræk kan måske være fremmede eller hæmmende for amning. Der er ikke meget forskning om dette emne, men en forholdsvis ny undersøgelse viser, at udadvendthed, følelsesmæssig stabilitet og pligtopfyldenhed er forbundet med en lang ammeperiode (Brown 2013).

Social støtte: Overordnet viser litteraturen, at et støttende socialt netværk øger chancen for en lang ammeperiode (Meedyia et al. 2010). Det sociale netværk inkluderer både partner, bedsteforældre og venner. Specielt partnerens støtte er vigtig, da hans indstilling til amning har stor betydning for det faktiske ammeforløb. Hvis partneren er positivt indstillet overfor amning, er der større sandsynlighed for, at kvinden ammer i længere tid, end hvis hun ikke har en støttende partner (Mitchell-Box & Braun 2013). Mændene føler sig ofte oversete og overflødige i ammeprocessen, og mangler håndgribelig information til, hvordan de kan hjælpe til og støtte kvinden bedst muligt (Brown & Davies 2014). Hvis manden har fået information om amning, og har været med til fødselsforberedelse, øges sandsynligheden for, at kvinden ammer fuldt når barnet er 12 uger gammelt (Mitchell-Box & Braun 2013). Partnerens viden har især betydning, når der er problemer med amningen. I sådanne tilfælde har kvinder, hvis mænd har modtaget





40 minutters undervisning om amning, fem gange større chance for fuld amning efter seks måneder (Sundhedsstyrelsen 2013).

Det er derfor vigtigt for sundhedspersonalet at vide, hvem kvinden nærer stor tiltro til, når det kommer til sundhed og barnets ernæring og at inddrage dem i processen. Det kan derudover være en mulighed at identificere, om kvinden har veninder eller andre i omgangskredsen, der ammer, da det kan øge sandsynligheden for et godt ammeforløb (Wagner et al. 2006).

Et studie af Emmott & Mace (2015) har påvist, at der er forskel på følelsesmæssig og praktisk støtte fra kvindens partner og mor. Følelsesmæssig støtte i form af opmuntring og støttende information er med til at øge kvindens selvtillid, mens praktisk støtte blandt andet omfatter aktiv hjælp eller finansiel støtte. Studiet viste, at følelsesmæssig støtte er med til at øge kvindernes ammeperiode, mens praktisk støtte kan være med til at mindske den. En mulig forklaring herpå er, at praktisk støtte fra partneren eller kvindens mor også inkluderer madning af barn (Emmott & Mace 2015). Som sundhedsprofessionel er det derfor vigtigt at skelne mellem praktisk og følelsesmæssig støtte og være opmærksom på, hvilke ressourcer kvinden har til rådighed i ammeforløbet.

Erfaring, intentioner, viden og forventninger:

Kvindens intention om amning har betydning for ammelængden. Hvis kvinden inden fødslen har en forventning om, at hun vil give barnet modermælkerstatning, så er sandsynligheden for, at

hun også kommer til at gøre det 2,5 gang større (Kim et al. 2013). Omvendt, hvis kvinden har gjort sig forventninger om, at hun udelukkende vil amme, er chancen for, at hun gør det større (Kim et al. 2013, Sundhedsstyrelsen 2013).

Flere studier viser også, at hvis kvinden føler, at hun har fået tilstrækkelig viden og redskaber inden fødslen, er der større sandsynlighed for, at hun ammer (Kronborg & Væth 2004, Meedya et al. 2010). Fødselsforberedelsen kan bruges til at opbygge selvtillid og redskaber hos kvinden således, at hun føler sig rustet til at varetage amningen, når det bliver aktuelt. Informationsbrochurer er ikke nok – kvinden har brug for noget håndgribeligt og drøftelse af uklarheder med sundhedspersonale. Det kan bl.a. være redskaber til at overkomme problemer såsom ømme brystvorter eller alternative ammestillinger (Sundhedsstyrelsen 2013).

Kvinder med vellykket erfaring fra tidligere børn ammer i gennemsnit længere end førstegangsfødende (Kronborg & Væth 2004), mens dårlige erfaringer og oplevelse af problemer mindsker sandsynligheden for et langt ammeforløb (Henshaw et al. 2015). Førstegangsmødre og mødre, som ammede kort tid med deres første barn/børn, er derfor risikogrupper, som sundhedsprofessionelle skal have ekstra fokus på (Bai et al. 2015). Førstegangsmødre er mere tilbøjelige til at rapportere problemer med amning, hvorfor det er vigtigt at være i dialog med kvinden og støtte og hjælpe, således at hun ender med en god oplevelse og fortsætter med fuld amning (Bai et al. 2015). En anden indgangsvinkel er at give kvinden realistiske forventninger til forløbet i løbet af graviditeten. Mange kvinder har en forventning om, at amning er problemfrit og kommer



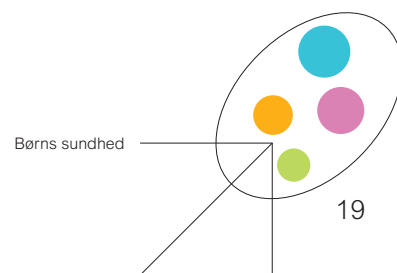
naturligt, hvorfor de kan blive overraskede over det virkelige forløb. Ved at forberede moderen kan eventuelle udfordringer eller problemer, kan de virke mere overskuelige, når de opstår (Burns et al. 2010).

Hvis kvinden har haft gode oplevelser med amning inden for de første to døgn efter fødslen, er chancen for, at hun ammer fuldt efter seks måneder større, end hvis kvinden har haft problemer (Henshaw et al. 2015). Et andet studie har vist, at det er oplevelserne fra den første uge, der har betydning for længden af fuld amning. Hvis kvinden får at vide, at hun ammer korrekt, øger det hendes selvtillid samtidig med, at smertefulde situationer som ømme brystvorter forebygges (Burns et al. 2010). Litteraturen viser altså, at det er vigtigt, at kvinden forlader barselgangen med en følelse af, at hun har kontrol over amningen, kan aflæse babyens signaler og føler sig tryk ved at skulle amme uden opsyn af sundhedspersonale eller anden fagperson (Henshaw et al. 2015). Eller med andre ord: Høj self-efficacy bidrager til en lang ammeperiode (Henshaw et al. 2015, Meedy et al. 2010). Med den reducerede indlæggelseslængde i Danmark, skal disse kompetencer formodentlig tilegnes et andet sted end på barselgangen. Det er dog vigtigt, at familierne ved, at de kan få hjælp og støtte af hospitalet indtil sundhedsplejens første besøg – og derefter af sundhedsplejen.

Overvægt: Flere studier har vist, at overvægtige kvinder ammer kortere tid end normalvægtige (Wallwiener et al. 2015, Donath & Amir 2008). Det samme finder et dansk studie (Kronborg et al. 2014). Et australsk studie har vist, at 64 % af de normalvægtige stadig ammede efter seks måneder, mens det kun var 44 % af de kvinder,

der havde en BMI ≥ 30 (Donath & Amir 2008). Der var tale om en dosis-respons sammenhæng, dvs. jo højere grad af overvægt desto kortere ammeperiode. En mulig forklaring er, at overvægtige kvinder og deres børn i højere grad oplever problemer med amning. Der er mange mulige forklaringer på denne sammenhæng. Det kan blandt andet være fordi, at der er en sammenhæng mellem overvægt og forsinket mælkedannelse (Bever Babendure et al. 2015, Donath & Amir 2008), måske fordi overvægtige kvinder oftere oplever ødemer efter fødslen, og ødemer er associeret med forsinket mælkedannelse. Det kan også hænge sammen med, at flere overvægtige kvinder får kejsersnit eller har en længere fødsel, hvilket også har en betydning for mælkedannelsen (Bever Babendure et al. 2015). Derudover kan det skyldes, at overvægtige kvinders ønske om at tabe vægt ikke er i overensstemmelse med amning, hvorfor de i højere grad går over til modermælksstatning for hurtigere at tabe sig (Brown 2014). Endelig kan det skyldes, at overvægtige kvinder har mindre lyst til at amme i det offentlige rum (Brown 2014, Sundhedsstyrelsen 2013).

Rygning: Flere studier finder, at rygning mindsker ammeperioden signifikant (Cox et al. 2015, Labarere et al. 2012, Wallwiener et al. 2015, Al-Sahab et al. 2010). Hypotesen bag dette er, at rygning negativt påvirker mælkeproduktionen via prolaktinniveauet og nedløbsrefleksen gennem oxytocinniveauet (Sundhedsstyrelsen 2013). En anden mulig forklaring er, at der er mange flere rygere blandt lavtuddannede kvinder, som i gennemsnit ammer væsentligt kortere end højtuddannede kvinder (Al-Sahab et al. 2010, Kronborg & Væth 2004, Mathews et al. 2014).





Moderens kost: Moderens kostsammensætning har som udgangspunkt ingen betydning for mælkeproduktionen (Sundhedsstyrelsen 2013). Ligesom på alle andre tidspunkter er det blot vigtigt, at kvinden spiser varieret, sundt og i det hele taget følger Fødevarestyrelsens kostråd. Hvis moderen ammer fuldt, har hun et energibehov, der er 2400 kJ større end normalt. Kroppen kan dække det behov ved at tage fra de fedtlagre, der er blevet dannet i løbet af graviditeten (Sundhedsstyrelsen 2013). Et studie fra Storbritannien har fundet, at kvinder, der i høj grad tænker over deres madindtag og spiser behersket, har større risiko for at stoppe fuld amning tidligere, end kvinder der ikke i høj grad tænker over, hvad de spiser (Brown 2014).

Fysisk aktivitet: De faglige anbefalinger om amning og fysisk aktivitet fra den vestlige verden er enige om, at moderat til intensiv fysisk aktivitet ikke udgør nogen hindring for amning (Evenson et al. 2014).

Tværtimod kan fysisk aktivitet være med til at øge hendes overskud og humør samtidig med, at hun kan tabe overflødige kilo. Så længe der kun er tale om moderat motion, er der ingen risiko for, at mængden eller kvaliteten af mælken falder (Lovelady et al. 2003).

Mange eksperter anbefaler, at moderen ammer eller malder ud inden fysisk aktivitet, da motion kan forsinke nedløbet hos nogle (Evenson et al. 2014). Samme tendens ses, når der er tale om hård fysisk aktivitet, hvor niveauet vil være faldet til normal inden for en time (Sundhedsstyrelsen 2013).

Sammenfattende viser forskningen, at baggrunden for amning er multifaktoriel, og at både biologiske, helbredsmæssige, sociodemografiske og psykosociale faktorer spiller en rolle. Derudover har fødestedets indsats og personalets uddannelse en betydelig indflydelse, hvilket er et godt fundament for sundhedsplejens indsats.





3.1 Problemformulering

Som det fremgår af ovenstående afsnit, er der meget forskning om amning. I de seneste år har vi set publikationer fra meget store befolkningsstudier og mange nye reviews og metaanalyser. Det betyder, at mange af de fund vi har gennemgået ovenfor, står på en solid videnskabelig grund.

Alligevel er der mangler i den foreliggende viden:

1) Meget af den foreliggende forskning skelner ikke klart mellem amning og fuld amning, og det er vigtigt at få sikkerhed for, at rådgivningen om fuld amning (ikke bare amning i almindelighed) i mindst fire (til seks) måneder bygger på et solidt videnskabeligt fundament. Her kan Databasen Børns Sundhed gøre en forskel, fordi sundhedsplejerskernes journaler giver meget sikre data om varigheden af fuld amning, og fordi næsten alle familier får sundhedspleje, dvs. vi har observationer fra en næsten komplet studiepopulation.

2) Et andet tema, som er underbelyst, er delvis amning. Herunder om det er nogle særlige befolkningsgrupper, som vælger en løsning med kombination af amning og modermælksersättning. Også her kan Databasen Børns Sundhed gøre en forskel på grund af de grundige journaldata, og vi benytter denne rapport til at fremlægge udvalgte oplysninger herom.

3) Et tredje område, som trænger til bedre afklaring, er sammenhængen mellem amning og mental sundhed, både hos barnet og forældrene. Det virker som en ret sikker observation, at depression i graviditeten reducerer sandsynligheden for en lang og vellykket ammeperiode, men derudover er viden om amning og mental sundhed noget mangelfuld: Er der

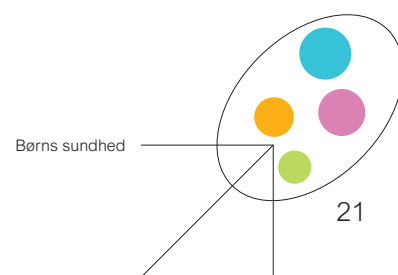
andre psykiske forhold hos moderen end blot depression i graviditeten, som har betydning for amningen? Betyder fars psykiske forhold noget? Hvad er konsekvenserne af amning for barnets mentale sundhed, både på kort og langt sigt. Igen vil vi fremhæve Databasen Børns Sundhed som et glimrende udgangspunkt for at få ny viden: Sundhedsplejerskernes journaler har nogle vigtige oplysninger om markører for psykiske problemer, og det er muligt at følge børnene i mange år og dermed studere langtidsvirkningerne af amning. Temaet mental sundhed er dog kun delvis dækket af denne rapport.

4) Selv om der er megen forskning om prædiktorer for en lang ammeperiode, så er der fortsat mangel på forskning om betydning af psykosociale faktorer. Også her kan Databasen Børns Sundhed gøre en forskel med sine mange gode data om sådanne faktorer.

Endelig er der et behov for at få nye data på bordet, dels for at se om de store udsving der har været i ammefrekvensen fra midt i 1900-tallet til begyndelsen af vort århundrede fortsætter, og dels fordi sundhedsplejerskerne sætter en ære i at udføre deres arbejde med grundlag i den nyeste viden og de nyeste tal.

3.2 Formål

Derfor er formålet med denne rapport 1) at belyse andelen af børn, der bliver ammet, herunder udviklingen siden 2002 og variationen mellem kommuner, 2) at analysere hvilke forhold, der har betydning for, om børn bliver ammet fuldt i fire måneder, og 3) at belyse andelen af delvis amning, herunder om det er særlige befolkningsgrupper, der vælger denne løsning.



4. Data og metode

4.1 Sundhedsplejerskernes virke

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

4.2 Databasen Børns Sundhed

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

Data i Databasen Børns Sundhed er indhentet ved brug af to kvalitetsudviklede sundhedsplejerskejournaler, en udarbejdet til TM Sund journalsystemet og en udviklet til NOVAX journalsystemet. I begge journaler følger sundhedsplejerskerne en ensartet praksis og noterer systematisk sammenlignelige data om barnet, familien og sundhedsplejens ydelser. Brugen af journalerne er beskrevet i en detaljeret manual, der løbende justeres og opdateres.

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



Det er frivilligt, om familier ønsker at benytte sig af sundhedsplejetilbud. Hvis familierne anvender tilbuddene, er der lovpligtig journalføring af sundhedsplejerskerne. Det medfører, at familier i databasekommunerne automatisk indgår i Databasen Børns Sundhed. Når vi benytter data til analyser af børns sundhed, herunder denne rapport om amning, er disse data fuldstændig anonyme. Det datasæt, som vi benytter til analyserne, rummer ikke oplysninger om navne eller CPR-numre, hverken om børnene, forældrene eller sundhedsplejerskerne.

4.3 To journalsystemer og en revideret TM Sund-journal

Det er nu muligt at indrapportere data til Databasen Børns Sundhed via begge de store udbydere af elektroniske journaler til de kommunale sundhedsordninger (NOVAX og TM Sund). Hermed er det blevet muligt for kommuner, der anvender NOVAX journalsystemet at tilmelde sig Databasen Børns Sundhed. Seksten nye NOVAX kommuner og tre nye TM Sund kommuner har taget imod invitationen til et gratis forsøgsår og indgår for første gang i denne rapport. Herudover har TM Sund kommunerne fået opdateret deres journalsystem og reviderede udgaver af spædbørnsjournalens stamdata. Det er en bevilling fra Region Hovedstaden, der bl.a. har muliggjort dette udviklingsarbejde samt finansieret et gratis forsøgsår til nye kommuner i Region Hovedstaden.

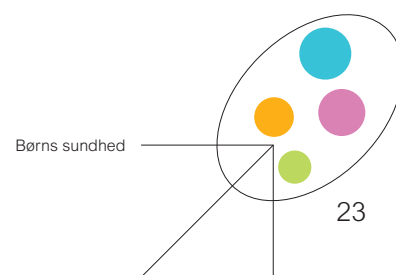
4.4 Kobling med registre

For første gang er databasens journaldata blevet koblet med udvalgte variable fra Landspatientregistret samt med udvalgte andre registre med oplysninger om familierne.

4.5 Datagrundlag

Rapporten bygger på data fra sundhedsplejerskejournaler og registerdata fra barnets første leveår. Følgende 32 kommuner har indsendt data via udtræk fra elektroniske sundhedsplejerskejournaler: Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholm, Brøndby, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Herlev, Hillerød, Hvidovre, Høje-Taastrup, Hørsholm, Ishøj, Køge, Lyngby-Taarbæk, Roskilde, Rudersdal, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk, Vejle og Aarhus. I årsrapporten indgår der i alt data om 18.687 børn, som er født i 2014. Nogle få børn med ugyldigt CPR-nummer og børn uden nogen information i de indsendte journaler er rensset fra.

Årsrapporten rummer data om alle 18.687 nul-etàrige, som har haft kontakt med sundhedsplejen i de deltagende kommuner. Det svarer til 32,9 procent af alle levendefødte børn i Danmark i 2014 (Statistikbanken.dk). Temarapporten om amning er baseret på lidt færre børn: I og med, at fuld amning ved fire måneder er hovedfokus for temarapporten, inddrager vi kun børn med data fra C-besøget (fire-seks måneder) og/eller D-besøg (otte- ti måneder) Derudover indgår børn, hvor der ikke er noteret oplysninger om amning heller ikke. Temarapporten bygger således på data om 14.733 børn. Af tabel 1 fremgår det, hvor mange børn der indgår fra de enkelte kommuner.





Tabel 1. Antal børn i populationen opdelt på kommune

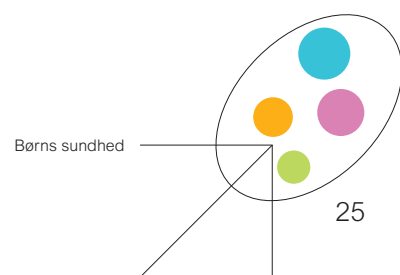
Kommune	Antal børn der indgår i årsrapporten	Antal børn der indgår i temarapporten	Andel børn med manglende oplysning om amning, hvor C- eller D-besøget er gennemført (%)
Albertslund Kommune	293	265	5,4
Allerød Kommune	196	163	13,3
Ballerup Kommune	465	409	6,0
Bornholms Regionskommune	261	192	25
Brøndby Kommune	417	336	13,6
Dragør Kommune	115	104	6,3
Egedal Kommune	396	352	9,5
Fredensborg Kommune	352	279	17,0
Frederiksberg Kommune	1590	908	38,8
Frederikssund Kommune	347	256	24,0
Furesø Kommune	356	297	12,4
Gentofte Kommune	725	587	11,7
Gladsaxe Kommune	746	569	20,0
Glostrup Kommune	271	242	6,6
Gribskov Kommune	283	183	33,0
Halsnæs Kommune	261	201	21,5
Helsingør Kommune	482	364	21,7
Herlev Kommune	321	287	7,7
Hillerød Kommune	461	346	21,4
Hvidovre Kommune	663	542	12,7
Høje-Taastrup Kommune	627	459	20,2
Hørsholm Kommune	162	41	63,4
Ishøj Kommune	302	255	12,7
Køge Kommune	531	389	19,6
Lyngby-Taarbæk Kommune	527	464	10,1
Roskilde Kommune	732	581	15,7
Rudersdal Kommune	422	366	10,5
Rødovre Kommune	470	412	8,7
Tårnby Kommune	402	336	10,2
Vallensbæk Kommune	178	124	28,7
Vejle Kommune	1160	880	13,7
Aarhus Kommune	4172	3543	4,4
Hele populationen	18.687	14.733	15,1

4.6 Variabelbeskrivelse

Dette afsnit beskriver temarapportens hoved-variable fuld amning og delvis amning. Beskrivelse af de øvrige variable ses sidst i rapporten i bilag 1. *Fuld amning* er i TM Sund-journalen registreret ved, at sundhedsplejersken noterer: fuld amning efter Sundhedsstyrelsen anbefalinger i måneder og uger. I NOVAX-journalen registrerer sundhedsplejersken start og slutdato for fuld amning.



Delvis amning registreres i TM Sund-journalen via spørgsmålet "Ammet barnet delvis ved 1 måneder" (ja, nej) samt på baggrund af sundhedsplejerskens registrering af "tilskud af modermælkserstatning" eller "udelukkende modermælkserstatning" ved A- og B-besøget. I NOVAX-journalen registrerer sundhedsplejersken start og slutdato for delvis amning.



5. Resultater

I dette afsnit præsenteres først forekomsten og udviklingen i andelen af børn, der ammes. Herefter præsenteres andelen af børn, der ammes fuldt mindst fire måneder opdelt på sociodemografiske faktorer, faktorer relateret til fødslen og faktorer relateret til den første tid efter fødslen. Efterfølgende undersøges, hvilke børn, der er i øget risiko for ikke at blive ammet. Afslutningsvis belyses det, hvor stor en andel af børn, der bliver ammet delvis samt, hvorvidt det er særlige befolkningsgrupper, der vælger af amme deres børn delvis.

Antallet og sammensætningen af deltagende kommuner i Databasen Børns Sundhed har ikke været det samme alle år i databasens historie. Man kan derfor hævde, at det ikke er helt korrekt at sammenligne hele populationen fra år til år. For eksempel kan deltagelse af en ny stor kommune med veluddannede forældre medføre, at man ser en positiv udvikling i hele populationen på trods af, at udviklingen ikke har ændret sig i de kommuner, der var med året før. Derfor har vi analyseret udviklingen over tid på to måder, en hvor kun de 13 kommuner, der har været med alle de seneste fire år, indgår, og en hvor alle kommunerne indgår. Da resultaterne ikke afviger betydeligt, har vi valgt at afbillede udviklingen for den samlede population og kun skrive tallet for den begrænsede population for børn født 2014. Interesserede læsere kan i bilag 2 se resultatet af disse andre analyser.

5.1 Ammefrekvens

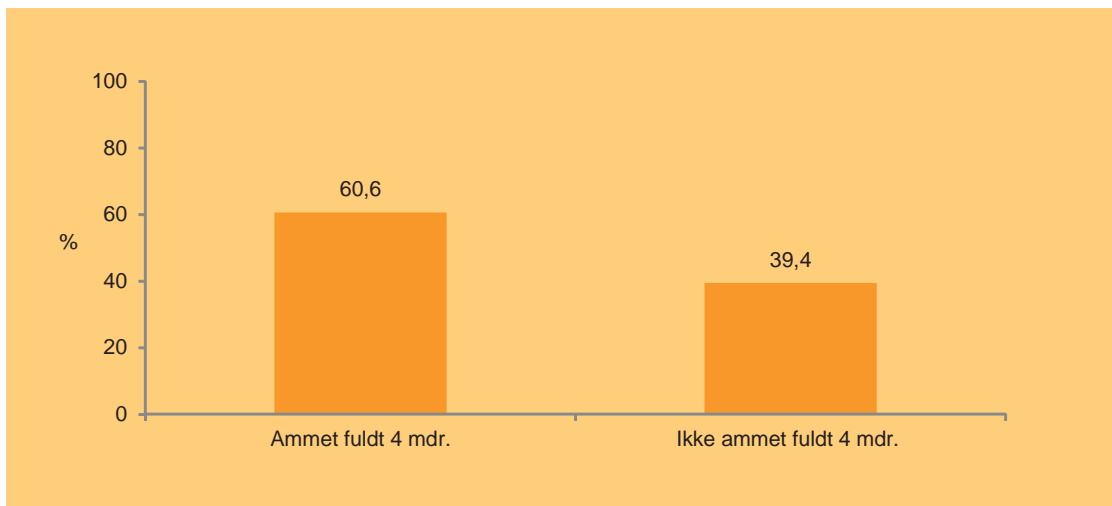
Andelen af børn, der ammes fuldt ved fire måneder

Figur 1 viser frekvensen for fuld amning ved fire måneder for børn født i 2014. Af figuren fremgår det, at 60,6 % af børnene bliver amme fuldt, når de er fire måneder. Næsten fire ud af ti børn bliver således ikke ammet fuldt, når de er fire måneder. Hvis vi for børn født i 2014 kun inddrager børn fra de 13 gamle databasekommuner, er andelen, der bliver ammet fuldt, når de er fire måneder 56,8 %.

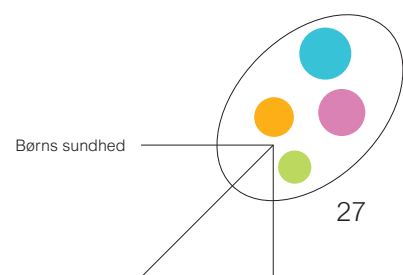
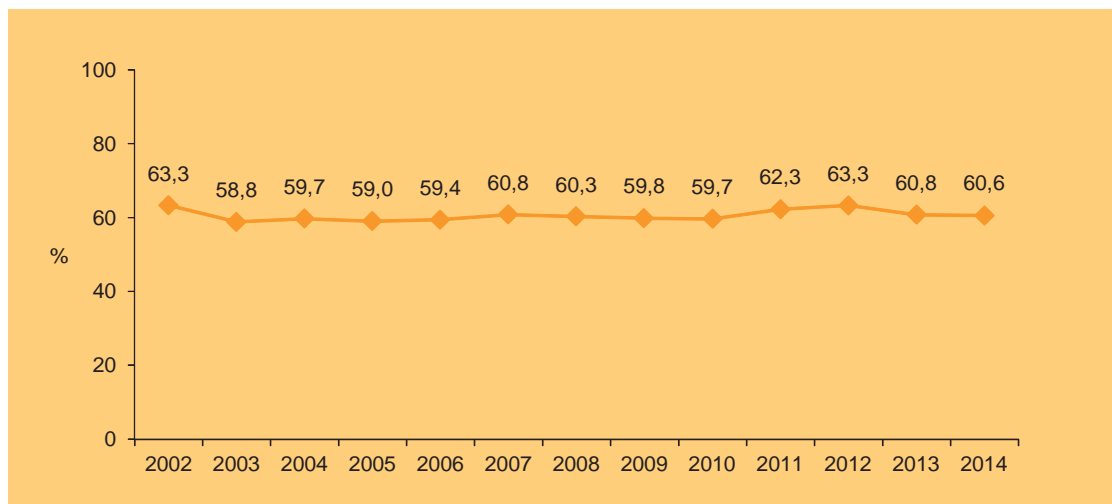
Figur 2 viser udviklingen i andelen af børn, der ammes fuldt, når de er fire måneder i perioden 2002 til 2014. Af figur 2 ses det, at andelen af børn, der er blevet amme fuldt, når de var fire måneder, har svinget mellem 58,8 % og 63,3 % i perioden, når vi inddrager hele populationen hvert år. Andelen, der ammes fuldt, når de er fire måneder, har ikke ændret sig væsentligt siden den tidligere temarapport om amning, der omhandlede børn født i 2008 og 2009.



Figur 1. Andelen, der ammes fuldt ved fire måneder (N=14.733)



Figur 2. Andelen, der ammes fuldt, når de er fire måneder 2002-2014





Andel af børn, der ammes fuldt, når de er seks måneder

Sundhedsstyrelsen og WHO har siden 2002 anbefalet, at børn ammes fuldt, til de er seks måneder.

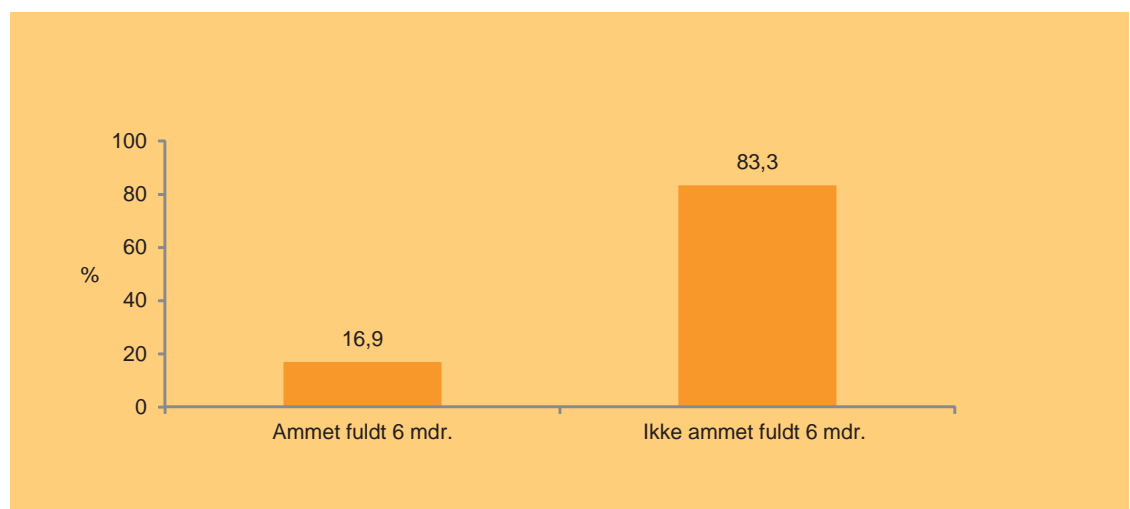
Figur 3 viser andelen af børn, der ammes fuldt, når de er seks måneder. Figuren viser, at kun 16,9 % af børnene bliver ammet fuldt i den anbefalede periode på seks måneder. Andelen, der bliver ammet fuldt i mindst seks måneder, er i de 13 gamle databasekommuner 17,5 %.

Figur 4 viser udviklingen i andelen af børn, der ammes fuldt, når de er seks måneder. Af figuren ses, at andelen, der er blevet ammet fuldt ved seks måneder, har svinget mellem 11,6 % og 16,9 % i perioden 2002 til 2014. Andelen af børn, der bliver ammet fuldt ved seks måneder, er steget siden 2010.

Andel af børn, der ammes fuldt mindre end en måned

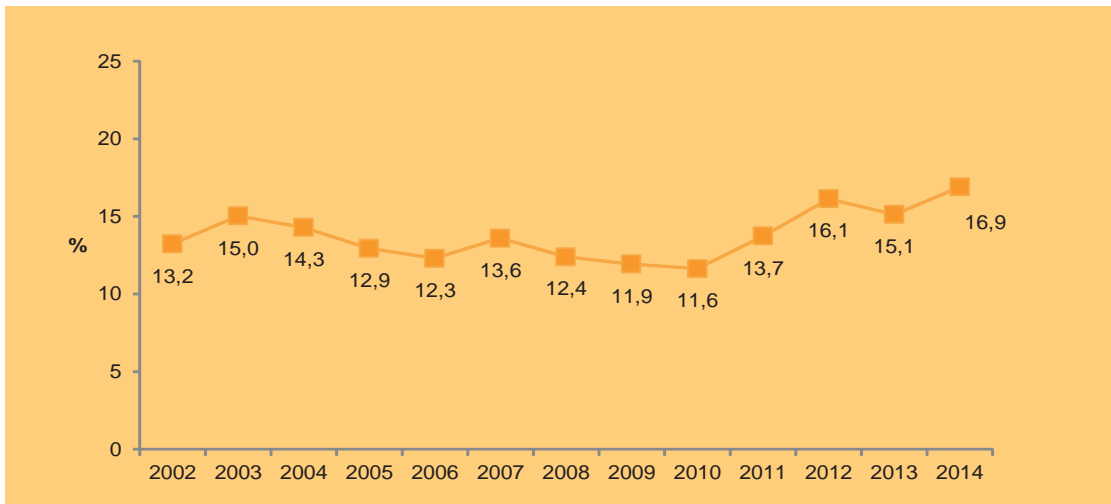
Figur 5 viser andelen af børn, som er blevet ammet fuldt mindre end en måned. Af figuren ses, at 21,1 % af børnene ikke bliver ammet fuldt, når de er en måned gamle. Andelen, der er ammet fuldt mindst en måned, er 23,4 % i de 13 gamle databasekommuner.

Figur 3. Andelen, der ammes fuldt, når de er seks måneder (N=14.733)

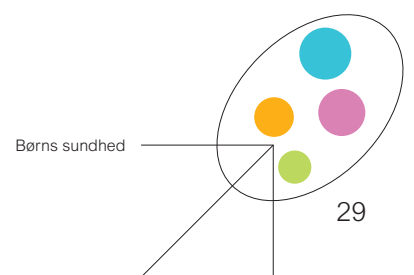
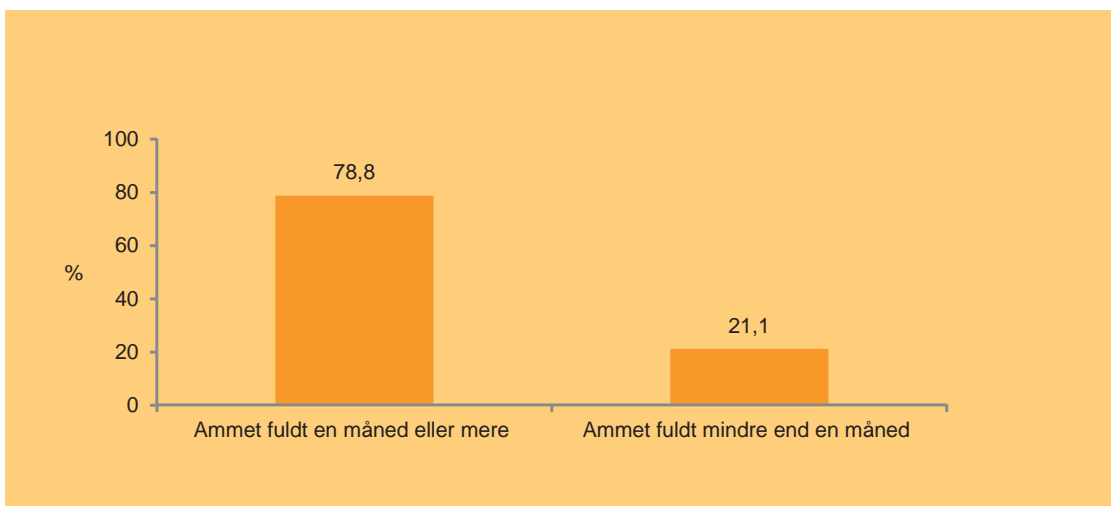




Figur 4. Andelen, der ammes fuldt, når de er seks måneder 2002-2014



Figur 5. Andelen, der ammes fuldt mindre end en måned (N=14.733)



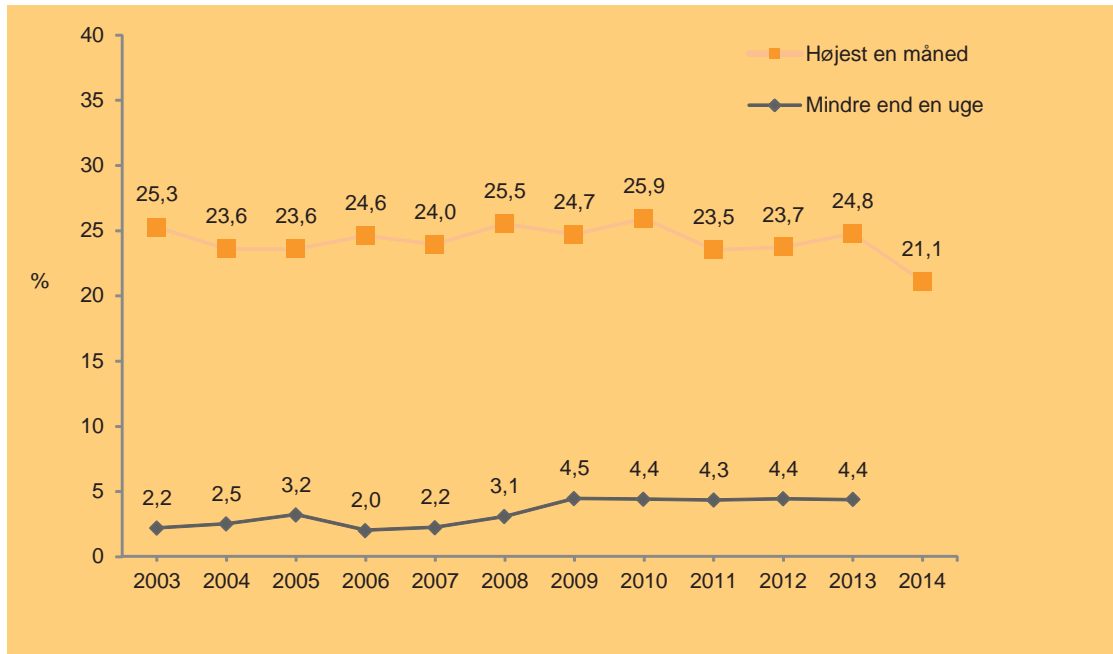


Figur 6 viser udviklingen i andelen af børn, der er blevet ammet fuldt i mindre end en uge og højest en måned i perioden 2003-2014. Figuren viser, at andelen af børn, der højest er blevet ammet i en måned, er faldet. Af figuren ses også, at andelen af børn, der er blevet ammet fuldt mindre end en uge, har ligget stabil under 4,5 % fra 2009 til 2013. Tallet for 2014 er ikke medtaget, da ændringer i journalen har bevirket, at det kun er antallet af måneder - og ikke måneder og uger, der er registreret.

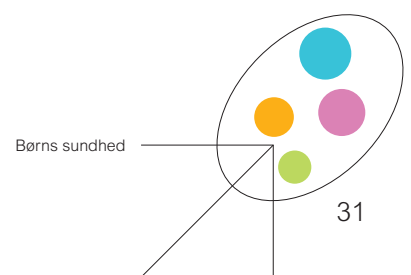
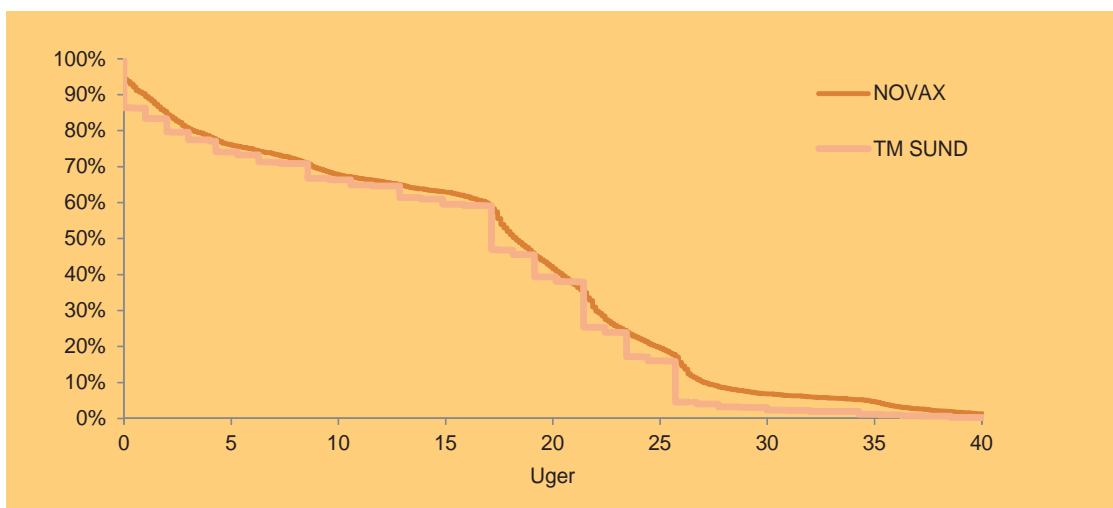
Figur 7 viser en Kaplan-Meier-kurve over længden af fuld amning blandt NOVAX og TM Sund populationen i 2014. Af kurven ses det, at 83 % af populationen ammer fuldt, når barnet er to uger gammel. Det største fald i andelen, der ammer sker, når barnet er mellem 17 og 26 uger - her falder andelen, der ammer fuldt fra 59 % til 26 %. Det er endvidere tydeligt, at kurverne for de to populationer følges pænt ad til trods for, at oplysningerne om fuld amning er indsamlet lidt forskelligt.




Figur 6. Andelen, der ammes fuldt mindre end en uge og mindre end en måned 2003-2014



Figur 7. Kaplan-Meier-kurve over længden af fuld amning





Karakteristik af børn, der ammes fuldt i mindst fire måneder

6. Sociodemografiske faktorer

Dette afsnit præsenterer søjlediagrammer, som viser andelen, der bliver ammet fuldt mindst fire måneder for forskellige subgrupper af børn. Der vises kun figurer, hvor der er statistisk sikker forskel mellem subgrupperne af børn. Vi har valgt den traditionelle 5 % signifikansgrænse. I rapporten her har vi valgt kun at vise figurer for sammenhængen mellem amning og barnets mors herkomst, uddannelse, erhvervstilknytning og paritet. Betydningen af de tilsvarende sociodemografiske faktorer for barnets far er ligeledes undersøgt, men vil kun blive beskrevet i tekstform.

Køn

Figur 8 viser andelen, der ammes fuldt, når de er fire måneder efter køn. En lidt lavere andel af drenge end piger bliver ammet fuldt, når de er fire måneder. Drenges let øgede risiko for ikke at blive ammet, når de er fire måneder, ses også når der tages højde for om barnet bor med begge forældre, mors herkomst, mors uddannelse, mors alder ved fødslen, mors erhvervstilknytning, passiv rygning, flerfødsel, kejsersnit og indlæggelseslængde (bilag 3).

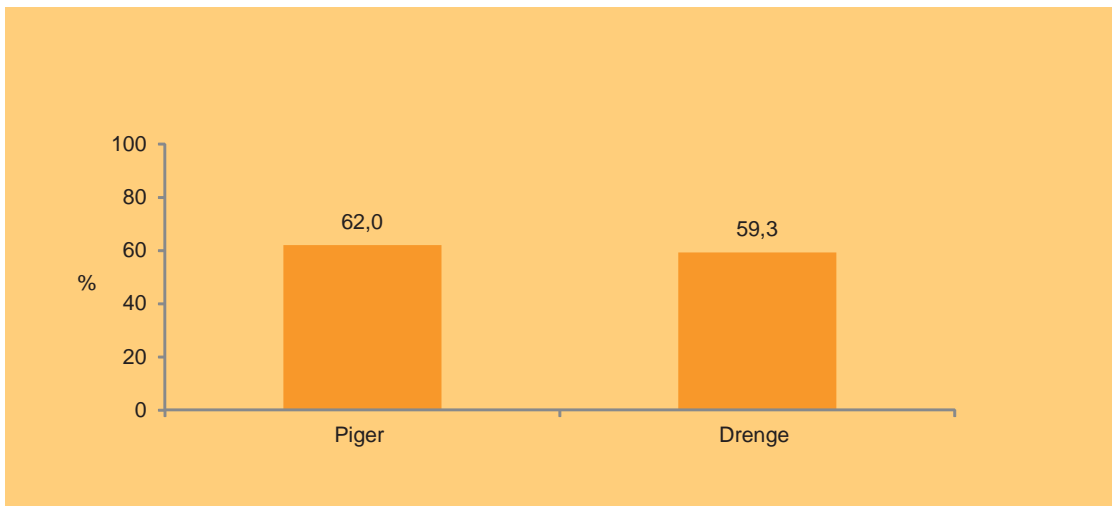
Familietype

Langt de fleste børn bor sammen med begge deres forældre det første år af deres liv; nemlig 91,1 %.

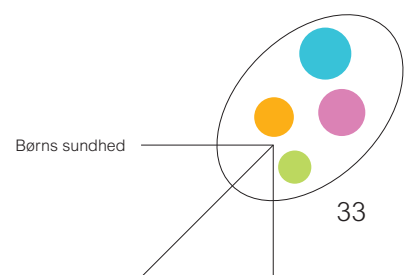
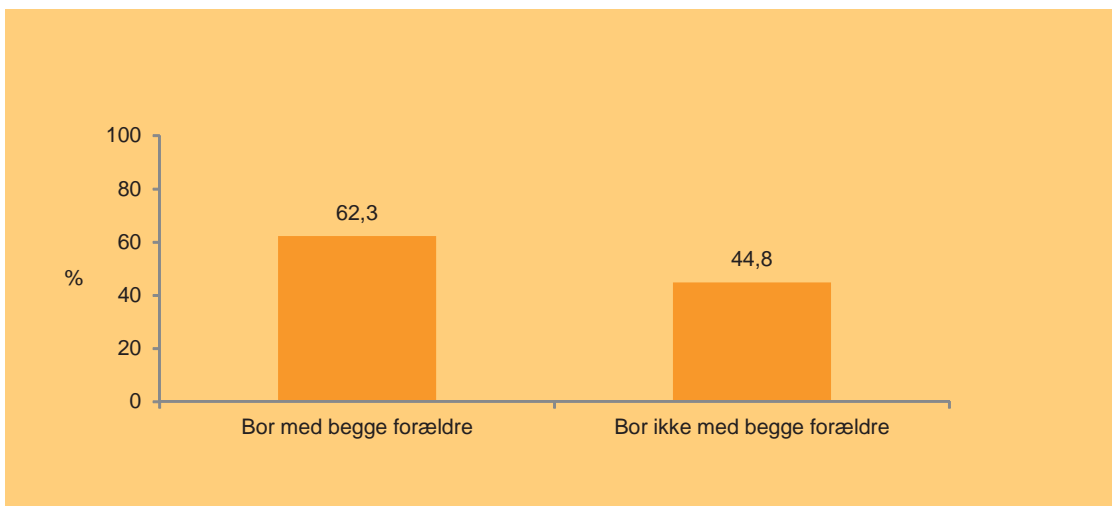
Figur 9 viser andelen, der ammes fuldt, når de er fire måneder opdelt efter, om barnet bor med begge forældre eller ej. Andelen af børn, der bliver ammet fuldt, når de er fire måneder, er 62,3 % for børn, der bor med begge forældre og 44,8 % for børn, der ikke bor med begge deres forældre. Børn, der ikke bor sammen med begge forældre, har således en øget risiko for ikke at blive ammet, når de er fire måneder. Denne øgede risiko ses også, når der tages højde for barnets køn, mors herkomst, mors uddannelse, mors alder ved fødslen, mors erhvervstilknytning, passiv rygning, flerfødsel, kejsersnit og indlæggelseslængde (bilag 3).



Figur 8. Andelen, der ammes fuldt, når de er fire måneder efter køn (N=14.733)



Figur 9. Andelen, der ammes fuldt, når de er fire måneder opdelt efter, om de bor med begge forældre (N=13.980)





Mors etniske herkomst

Personer med dansk herkomst er defineret, som personer hvor mindst en af forældrene er dansk statsborger eller født i Danmark. Efterkommere er personer, der er født i Danmark af forældre, der hverken er danske statsborgere eller født i Danmark. Indvandrere er født i udlandet af forældre, der hverken er danske statsborgere eller er født i Danmark. De fleste børn, i alt 77,3 %, har mødre af dansk herkomst, 18,3 % har mødre, der er indvandrere, og 4,3 % har mødre, der er efterkommere.

Figur 10 viser andelen af børn, der ammes fuldt, når de er fire måneder efter mors etniske herkomst. Af figuren fremgår det, at 61,8 % af børnene, hvis mor er af dansk herkomst, bliver ammet fuldt, når de er fire måneder. Tilsvarende andel for børn, hvis mor er indvandrer, er 59,3 %, og for børn hvis mor er efterkommer, 46,2 %.

Samme tendens ses for fars herkomst; andelen der amme fuldt mindst fire måneder er 61,7 % for børn, hvis far er af dansk herkomst, 58,1 % for børn, hvis far er indvandrer, og 46,8 % for børn, hvis far er efterkommer.

Den øgede risiko blandt børn af mødre, der er efterkommere er også statistisk sikker, når der tages højde for barnets køn, om barnet bor med begge forældre, mors uddannelse, mors alder ved fødslen, mors erhvervstilknytning, passiv rygning, flerfødsel, kejsersnit og indlæggelseslængde (bilag 3).

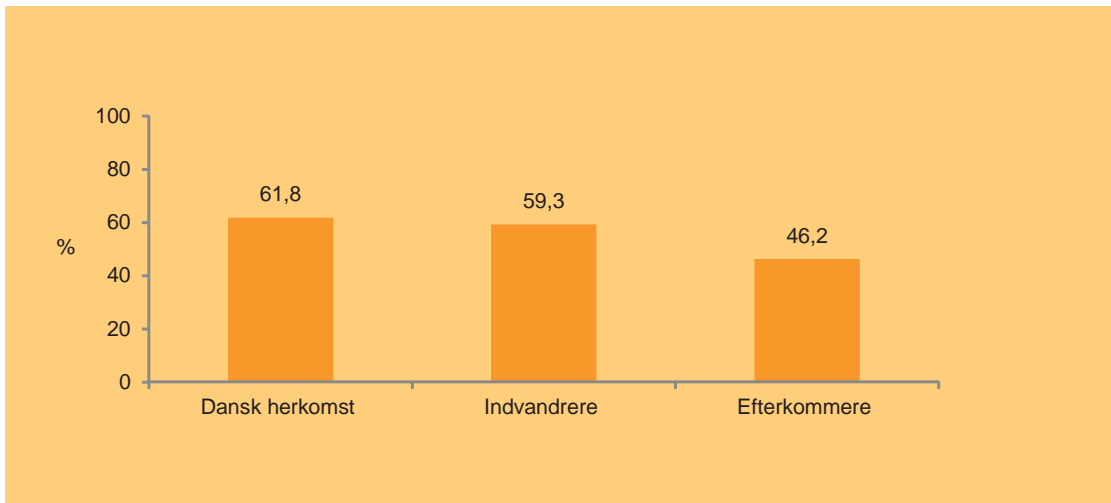
Mors alder

Figur 11 viser andelen, der ammes fuldt, når de er fire måneder efter mors alder ved fødslen. Andelen, der ammes fuldt ved fire måneder, er 36,9 % for børn af mødre under 20 år og 64,6 % for børn af mødre, der er 30-40 år gamle. Andelen der ammes fuldt, når de er fire måneder, er lavere blandt mødre over 40 år, end for mødre der er 30-40 år. For børn med fædre over 40 år er andelen, der bliver ammet stort set den samme, som for børn af fædre der er 30-40 år gamle.

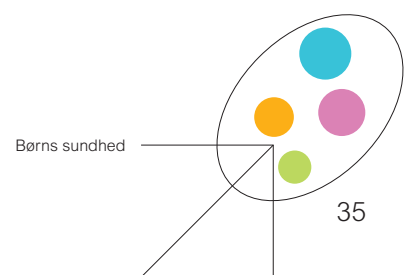
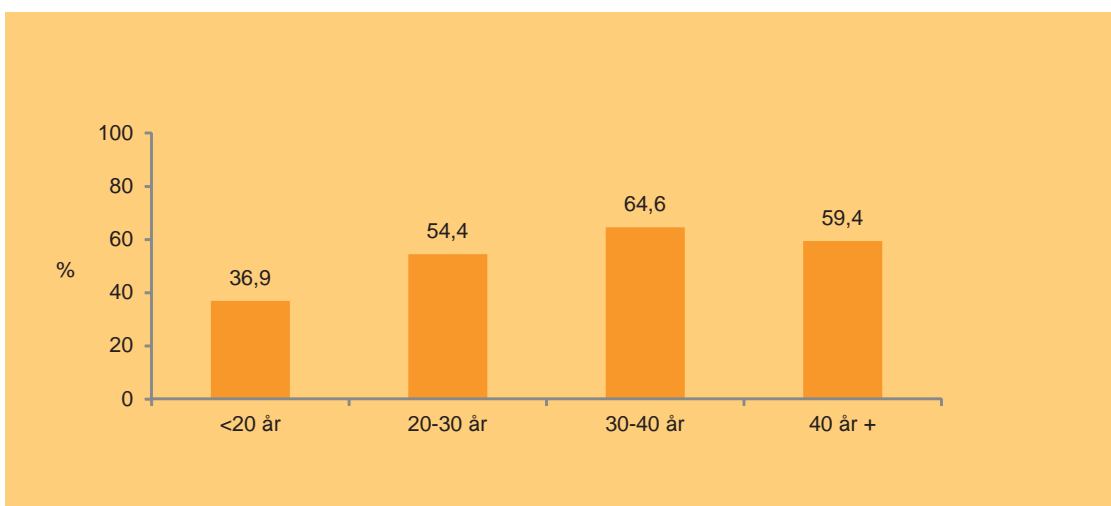
Den øgede risiko for ikke at blive ammet blandt børn af unge og ældre mødre er ikke statistisk sikker, når der tages højde for barnets køn, om barnet bor med begge forældre, mors herkomst, mors uddannelse, mors erhvervstilknytning, passiv rygning, flerfødsel, kejsersnit og indlæggelseslængde (bilag 3).



Figur 10. Andelen, der ammes fuldt, når de er fire måneder efter mors herkomst (N=14.121)



Figur 11. Andelen, der ammes fuldt, når de er fire måneder efter mors alder (N=13.778)





Mors uddannelsesniveau

I vores population har 13,4 % af mødrene højest en grundskole uddannelse, 22,0 % har højest en erhvervsfaglig uddannelse, 8,7 % har højest en almen- eller erhvervs gymnasial uddannelse, 28,4 % har højest en kort eller mellemlang uddannelse og 27,4 % har en lang videregående uddannelse. Oplysninger om mors og fars højest gennemførte uddannelse er hentet via register. Figur 12 viser andelen af børn, der ammes fuldt, når de er fire måneder efter mors højest fuldførte uddannelse. Figuren viser en tydelig gradient i andelen, der bliver ammet fuldt, når de er fire måneder. Andelen af børn, der ammes fuldt ved fire måneder, er 74,5 % for børn, hvis mor har en lang videregående uddannelse, og 38,5 % for børn hvis mor højest har en grundskole uddannelse. Samme tendens ses for fars uddannelse.

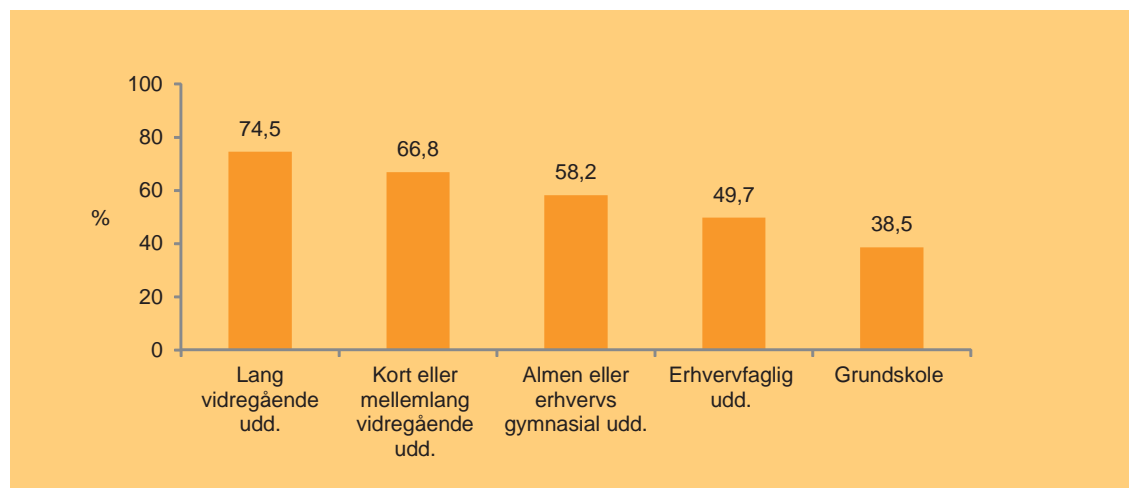
Denne øgede risiko for ikke at blive ammet jo lavere en uddannelse ens mor har, forbliver meget stærk også når der tages højde for barnets køn, om barnet bor med begge forældre,

mors herkomst, mors alder ved fødslen, mors erhvervstilknytning, passiv rygning, flerfødsel, kejsersnit og indlæggelseslængde i forbindelse med fødslen (bilag 3).

Mors tilknytning til arbejdsmarkedet

I populationen var 78,5 % af mødrene i erhverv året før deres barn blev født, mens 21,5 % ikke havde tilknytning til arbejdsmarkedet. Figur 13 viser andelen af børn, der bliver ammet fuldt, når de er fire måneder efter mors tilknytning til arbejdsmarkedet. Figuren viser, at seks ud af ti børn, hvis mor har tilknytning til arbejdsmarkedet, bliver ammet fuldt, når de er fire måneder gamle. Den tilsvarende andel for børn, hvis mor ikke har tilknytning til arbejdsmarkedet, er fem ud af ti. Præcis samme billede ses for fars erhvervstilknytning. Denne øgede risiko for ikke at blive ammet blandt børn, hvis mor ikke har tilknytning til arbejdsmarkedet forsvinder dog, når der tages højde for barnets køn, om barnet bor med begge forældre, mors herkomst, mors uddannelse, passiv rygning og mors alder ved fødslen (bilag 3).

Figur 12. Andelen, der ammes fuldt, når de er fire måneder efter mors højest fuldførte uddannelse (N=13.027)





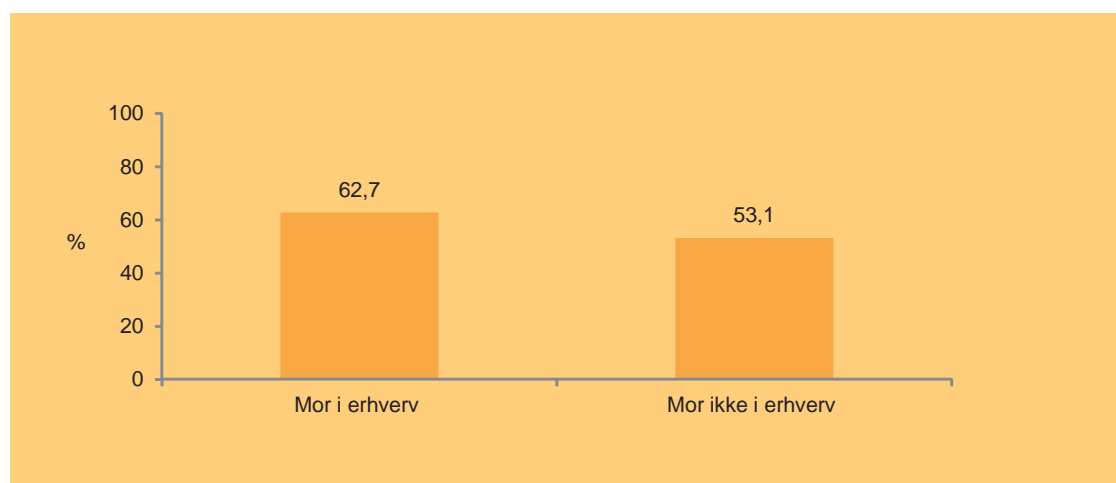
Udsættelse for passiv rygning i hjemmet

Figur 14 viser andelen af børn, der ammes fuldt, når de er fire måneder efter, om barnet udsættes for passiv rygning i hjemmet. Af figuren ses, at 61,9 % af de børn, der ikke udsættes for passiv rygning i hjemmet, ammes fuldt, når de er fire måneder. Den tilsvarende andel for børn, der

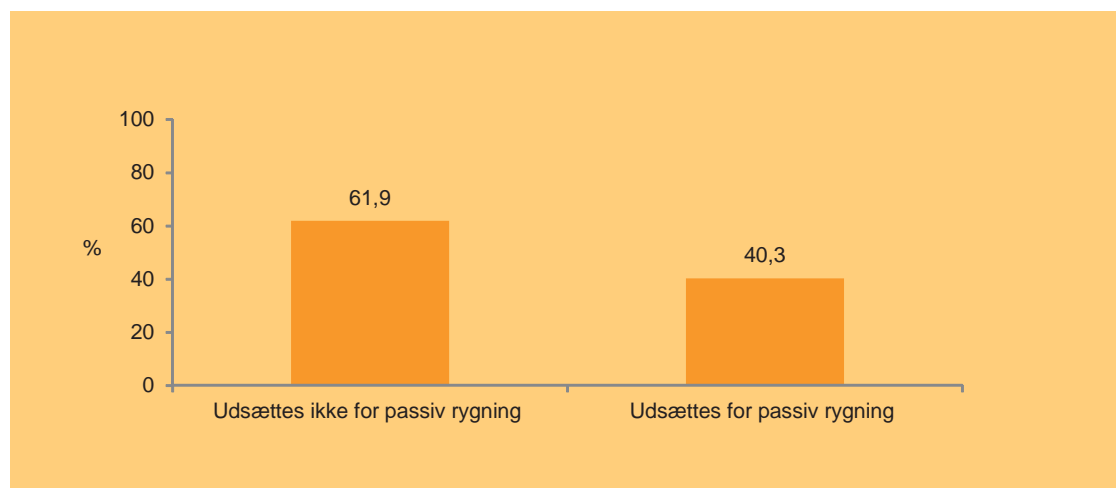
udsættes for passiv rygning, er 40,3 %.

Denne forskel forbliver signifikant, også når der tages højde for barnets køn, om barnet bor med begge forældre, mors herkomst, mors alder ved fødslen, mors erhvervstilknytning, flerfødsel, kejsersnit og indlæggelseslængde (bilag 3).

Figur 13. Andelen, der ammes fuldt, når de er fire måneder efter mors tilknytning til arbejdsmarkedet (N=14.733)



Figur 14. Andelen, der ammes fuldt, når de er fire måneder efter, om barnet udsættes for passiv rygning i hjemmet (N=12.526)



7. Faktorer relateret til fødslen

Flerfødsel

Langt de fleste børn er enkeltfødte (96,9 %). Figur 15 viser andelen, der ammes fuldt, når de er fire måneder efter, om de er enkeltfødt eller flerfødt. Som forventet er andelen, der ammes fuldt, når de er fire måneder lavere blandt de flerfødte (36,2 %) end blandt de enkelt fødte (61,3 %). Denne øgede risiko for ikke at blive ammet, når man er flerfødt, forbliver meget stærk, også når der tages højde for barnets køn, om barnet bor med begge forældre, mors herkomst, mors alder ved fødslen, mors uddannelse, passiv rygning, kejsersnit og indlæggelseslængde (bilag 3).

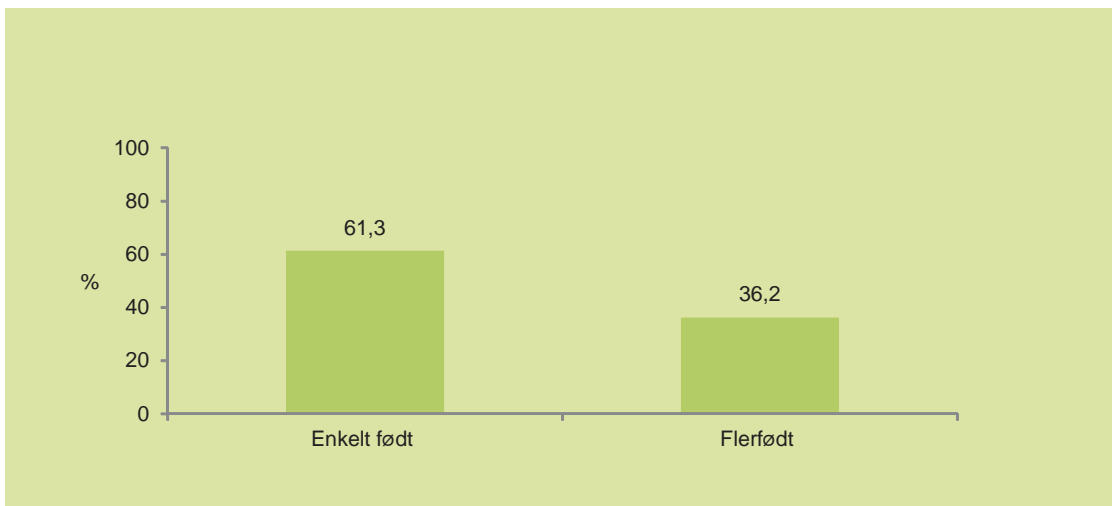
Gestationsalder

Langt de fleste børn er født i uge 37 eller senere, nemlig 93,4 %. Figur 16 viser andelen af børn, der ammes fuldt, når de er fire måneder efter gestationsalder. Andelen af børn, der ammes fuldt, når de er fire måneder, er 60,4 % for børn, der er født i uge 37 eller senere, 50,6 % for børn født før uge 37. Mindre end 1 % af børnene er født før uge 32, 46,5 % af disse børn bliver ammet i mindst fire måneder (ikke i figur). For tidligt fødte børns øgede risiko for ikke at blive ammet er dog ikke længere statistisk sikker, når der tages højde for fødselsvægt, flerfødsel, mors paritet, kejsersnit og indlæggelseslængde (bilag 3).

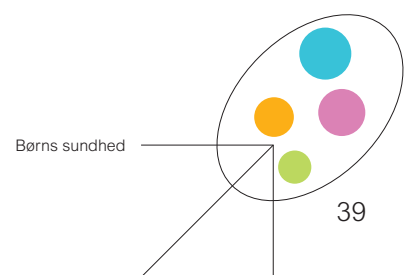
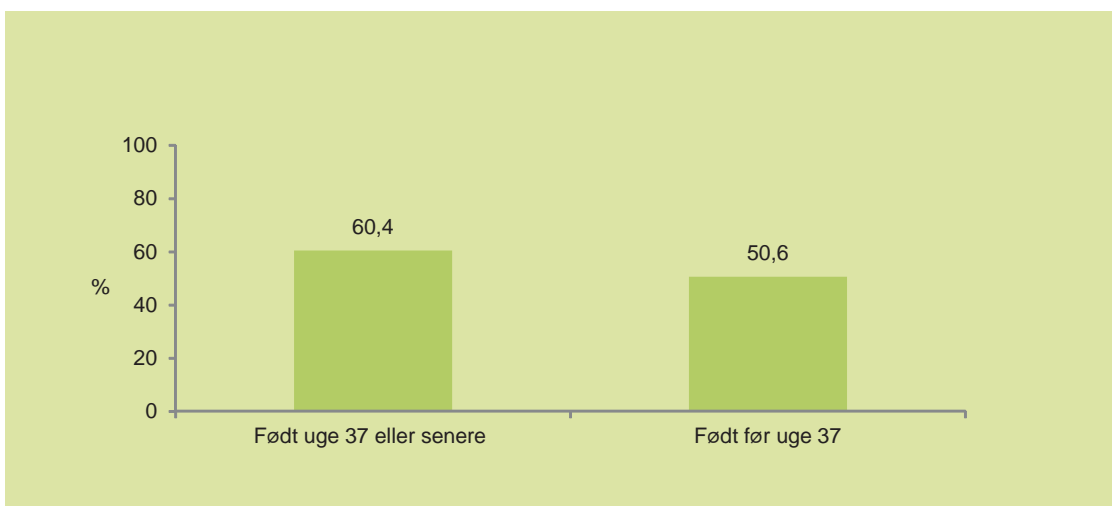




Figur 15. Andelen, der ammes fuldt, når de er fire måneder opdelt på enkelt- eller flerfødt (N=14.191)



Figur 16. Andelen, der ammes fuldt, når de er fire måneder opdelt efter gestationsalder (N=12.704)





Fødselsvægt

I populationen er andelen af børn med en lav fødselsvægt (under 2500 gram) 4,7 %, andelen med en fødselsvægt mellem 2500 og 3999 gram er 79,9 % og andelen med en høj fødselsvægt (over 4000 gram) er 15,5%.

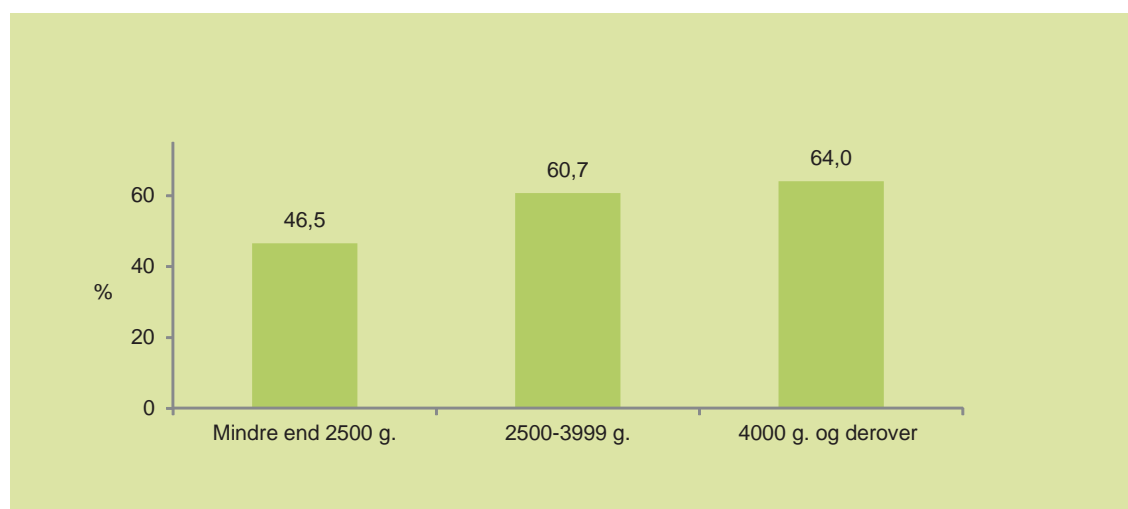
Figur 17 viser andelen af børn, der ammes fuldt, når de er fire måneder efter fødselsvægt. Andelen af børn, der ammes fuldt, når de er fire måneder, er lavere for børn, der vejede mindre end 2500 gram ved fødslen (53,7 %) end for børn, der vejede mellem 2500 og 3999 gram (60,7 %) og over 4000 gram (64,0 %). Den øgede risiko for ikke at blive ammet for børn med en fødselsvægt under 2500 gram er dog ikke længere statistisk sikker, når der tages højde for gestationsalder, flerfødsel, mors paritet, kejsersnit og indlæggelseslængde i forbindelse med fødslen (bilag 3).

Kejsersnit

I populationen er 14,4 % af børnene født ved kejsersnit.

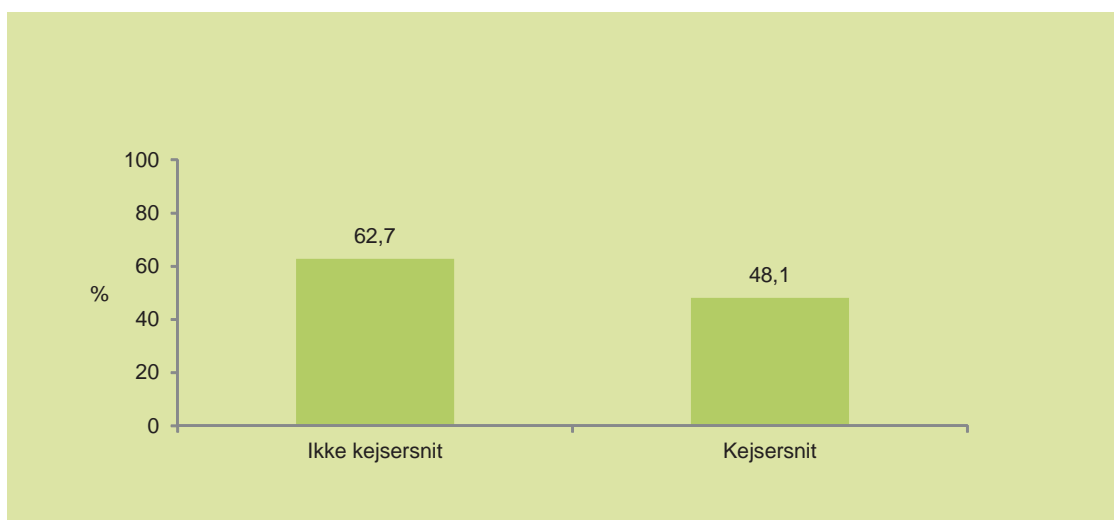
Figur 18 viser andelen, der ammer fuldt, når de er fire måneder, opdelt efter om barnet er født ved kejsersnit. Figuren viser, at 62,7 % ammes fuldt, når barnet er fire måneder, hvis barnet ikke er født ved kejsersnit. Denne andel er 48,1 % blandt børn, der er født ved kejsersnit. Andelen af børn, der ammes fuldt, når de er fire måneder, er dermed lavere for børn, der er født ved kejsersnit, end for børn der ikke er. Denne øgede risiko for ikke at blive ammet, for børn der er født ved kejsersnit, ses også, når der tages højde for barnets køn, om barnet bor med begge forældre, mors herkomst, mors uddannelse, mors alder ved fødslen, passiv rygning, flerfold og indlæggelseslængde (bilag 3).

Figur 17. Andelen, der ammes fuldt, når de er fire måneder opdelt efter fødselsvægt (N=14.733)

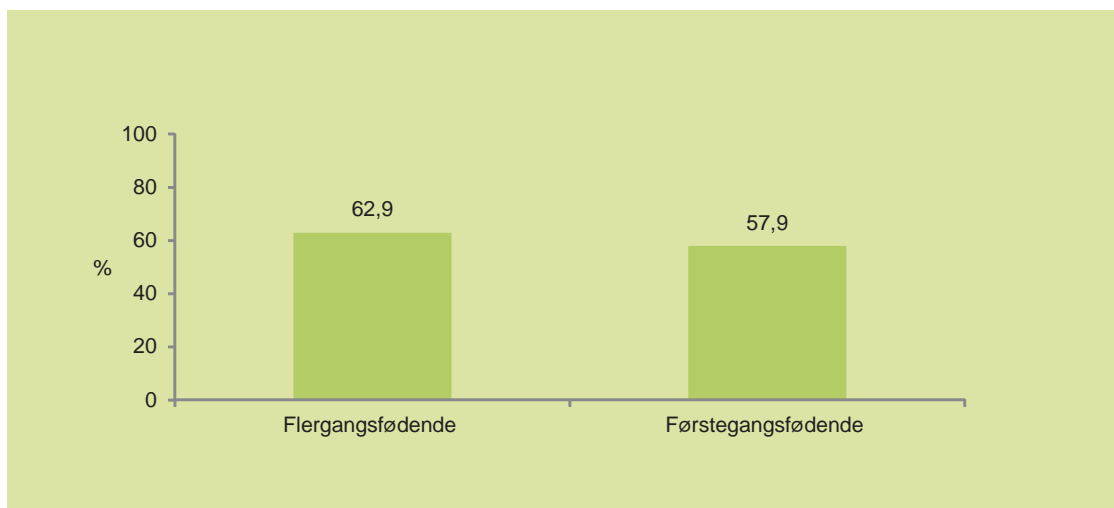




Figur 18. Andelen, der ammes fuldt, når de er fire måneder, opdelt efter om barnet er født ved kejsersnit (N=14.133)



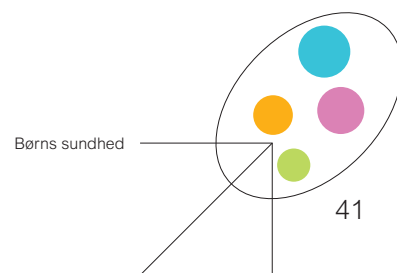
Figur 19. Andelen, der ammes fuldt, når de er fire måneder efter mors paritet (N=14.200)



Mors paritet

I populationen er 44,8 % af mødrene førstegangsfødende. Figur 19 viser andelen, der ammes fuldt, når de er fire måneder, efter hvorvidt mor er førstegangsfødende eller flergangsfødende. Andelen af børn, der ammes fuldt, når de er fire måneder, er 62,9 % for børn, hvis mor er

flergangsfødende og 57,9 %, for børn, hvis mor er førstegangsfødende. Når vi tager højde for gestationsalder, fødselsvægt, flerfold, kejsersnit og indlæggelseslængde er risikoen for ikke at blive ammet den samme for børn af første- og flergangsfødende (bilag 3).





Indlæggelse efter fødslen

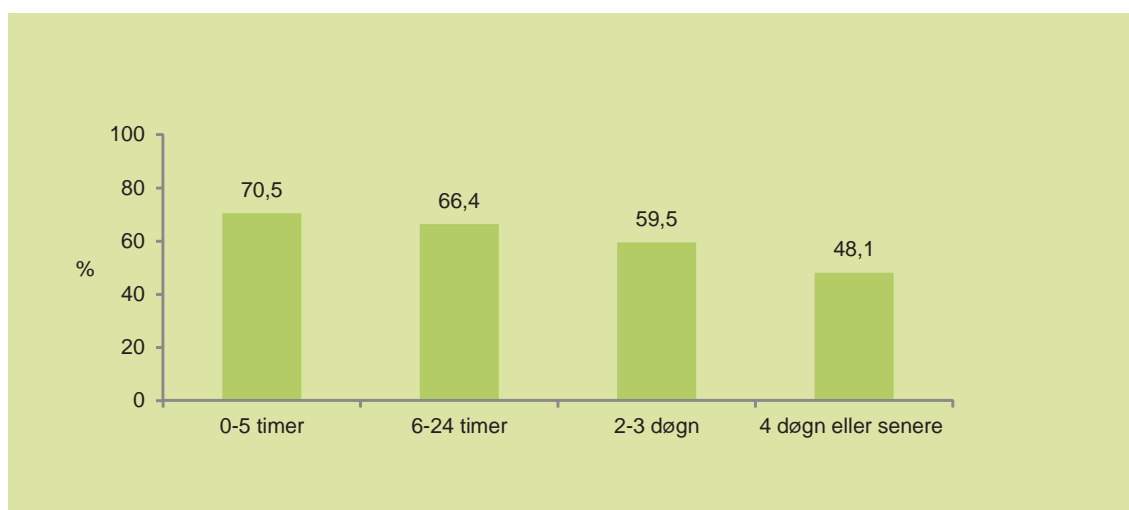
I dag bliver de fleste kvinder og børn udskrevet fra hospitalet hurtigt efter fødslen; 26,9 % udskrives efter højst seks timer, yderligere 5,1 % udskrives efter højst 24 timer og 48,8 % udskrives efter to-tre døgn og 19,4 % udskrives fire døgn eller senere efter fødslen. Figur 20 viser andelen, der ammes fuldt, når de er fire måneder efter indlæggelseslængde. Af figuren ses, at der er en faldende ammefrekvens med stigende indlæggelseslængde. 70,5 % af børnene, der bliver udskrevet højst seks timer efter fødslen, ammes fuldt, når de er fire måneder. Andelen af fuldt ammede børn er væsentlig lavere for børn, der udskrives efter fire døgn eller senere, nemlig 48,1 %. Denne sammenhæng mellem indlæggelseslængde og fuld amning afspejler formodentligt, at de tidligt udskrevne familier får hurtig og kvalificeret vejledning fra sundhedsplejen, samtidigt med at det er de sunde børn, der udskrives tidligt. Den øgede risiko for ikke at blive ammet, jo længere barnet har været indlagt ved fødslen, ses også, når der tages højde for barnets køn,

om barnet bor med begge forældre, mors herkomst, mors uddannelse, mors alder ved fødslen, passiv rygning, flerfold og kejsersnit (bilag 3).

Barnet lagt til brystet inden for de første to timer efter fødslen

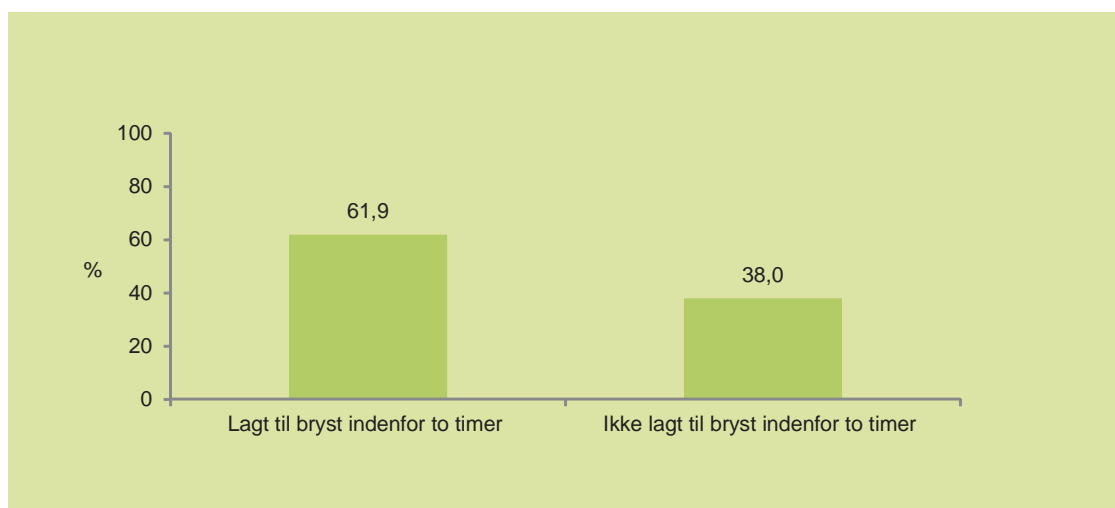
De fleste børn (82,5 %) lægges til brystet inden for de første to timer efter fødslen. Figur 21 viser, at andelen af børn, der ammes fuldt, når de er fire måneder, er lavere for børn, der ikke er lagt til brystet (38,0 %) end for børn, der er lagt til brystet inden for to timer (60,6 %). En væsentlig årsag til at nogle børn ikke lægges tidligt til brystet er, at der er forhold hos barnet, der gør, at behandling heraf må prioriteres først. Denne øgede risiko for ikke at blive ammet, når barnet ikke er lagt til brystet inden for to timer, udlignes når vi tager højde for barnets køn, om barnet bor med begge forældre, mors herkomst, mors uddannelse, mors alder ved fødslen, passiv rygning, flerfoldsfødsel, kejsersnit, indlæggelseslængde, tilskud af MME ved fødslen, mors erfaring med og ønske om at amme (bilag 3).

Figur 20. Andelen, der ammes fuldt, når de er fire måneder efter indlæggelseslængde (N=13.654)



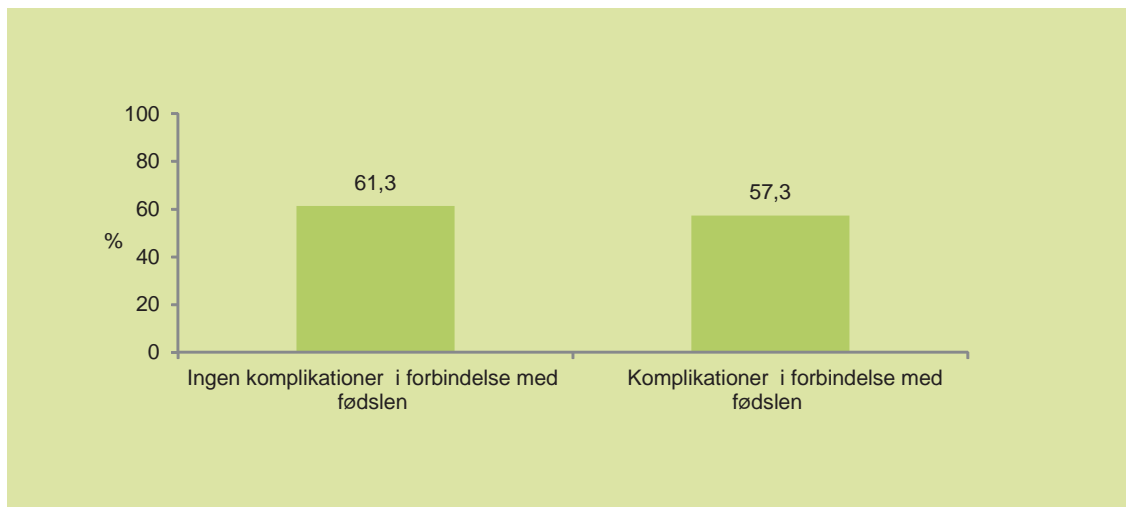


Figur 21. Andelen, der ammes fuldt, når de er fire måneder efter, om de er lagt til brystet inden for to timer efter fødslen (N=9.207)





Figur 22. Andelen, der ammes fuldt, når de er fire måneder efter, om der er registreret komplikationer i forbindelse med fødslen (N=14.733)



Komplikationer i forbindelse med fødslen

For 18 % af børnene er der noteret mindst én form for komplikationer i forbindelse med fødslen i Landspatientregisteret. Figur 22 viser andelen af børn, der ammes fuldt, når de er fire måneder efter, om der er registreret komplikationer i forbindelse med fødslen. Af figuren ses, at andelen af børn, der ammes fuldt, når de er fire måneder, er lidt lavere for børn, hvor der er registreret komplikationer i forbindelse med fødslen (57,3 %) end for børn, hvor der ikke er registreret bemærkning (61,3 %). Når vi tager højde for gestationsalder, fødselsvægt, mors paritet, flerfold, kejsersnit og indlæggelseslængde, er risikoen for ikke at bliver ammet den samme for børn, hvor der er noteret komplikationer og for børn, hvor der ikke er noteret komplikationer.





Figur 23. Andelen, der ammes fuldt, når de er fire måneder efter fødested (N=14.176)



Fødested

Ovenstående figur 23 viser andelen af børn, der ammes fuldt ved fire måneder efter fødested. Analysen er udarbejdet på baggrund af registeroplysninger, hvor data om fødsler fra Region Sjælland ikke er udspecificeret på de enkelte hospitaler. Af figur 23 ses, at andelen, der bliver ammet fuldt efter fødested, svinger mellem 54,1 % og 65,2 %. I populationen er flest børn født på Skejby Sygehus (21,1 %) og Herlev Hospital (20,1 %). For nærmere oplysninger om, hvor mange børn, der er født på det enkelte hospital se tabel 10 i årsrapporten. Det er vigtigt at være opmærksom på, at nogle hospitaler får henvist flere komplicerede graviditeter og fødsler samt kvinder, der er i risiko for at føde for tidligt. Herudover er befolkningssammensætningen i hospitalernes opland heller ikke ens.



Tilskud af modermælkerstatning under indlæggelsen

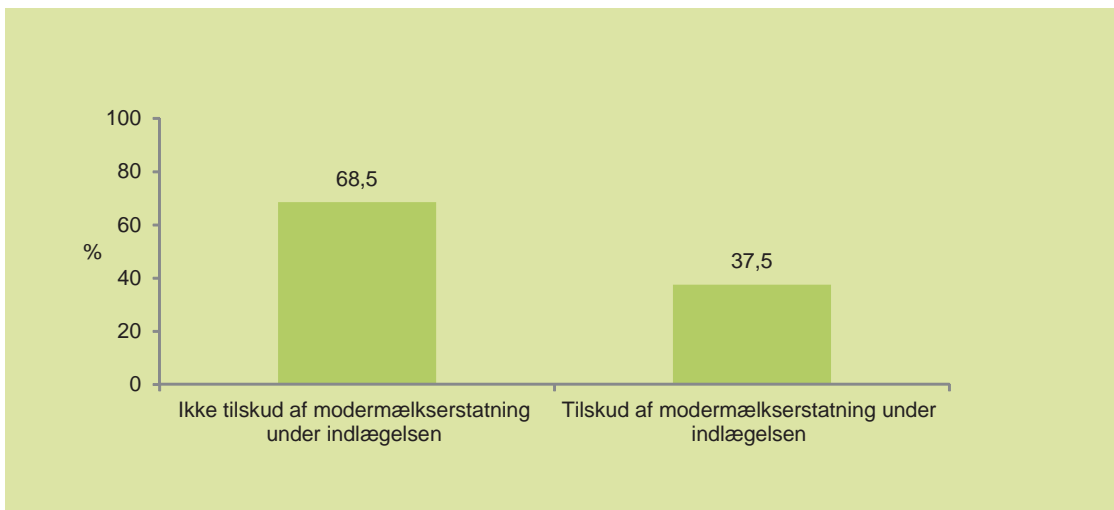
Tre ud af ti børn (29,1 %) har fået tilskud af modermælkerstatning (MME) under indlæggelsen. Figur 24 viser andelen, af børn, der ammes fuldt, når de er fire måneder efter, om de har fået tilskud af MME under indlæggelsen. Af figuren ses, at 68,5 % af de børn, der ikke har fået tilskud af MME under indlæggelsen, ammes fuldt ved fire måneder, mens 37,5 % af de børn, der har fået tilskud af MME under indlæggelsen, ammes fuldt, når de er fire måneder. Denne sammenhæng mellem tilskud af MME ved fødslen og amning ved fire måneder forbliver statistisk

sikker, også når vi kontrollerer for barnets køn, om barnet bor med begge forældre, mors etniske herkomst, mors uddannelse, mors alder ved fødslen, passiv rygning, flerfold, kejsersnit, indlæggelseslængde, mors erfaring med at amme samt mors ønske om at amme (bilag 3).

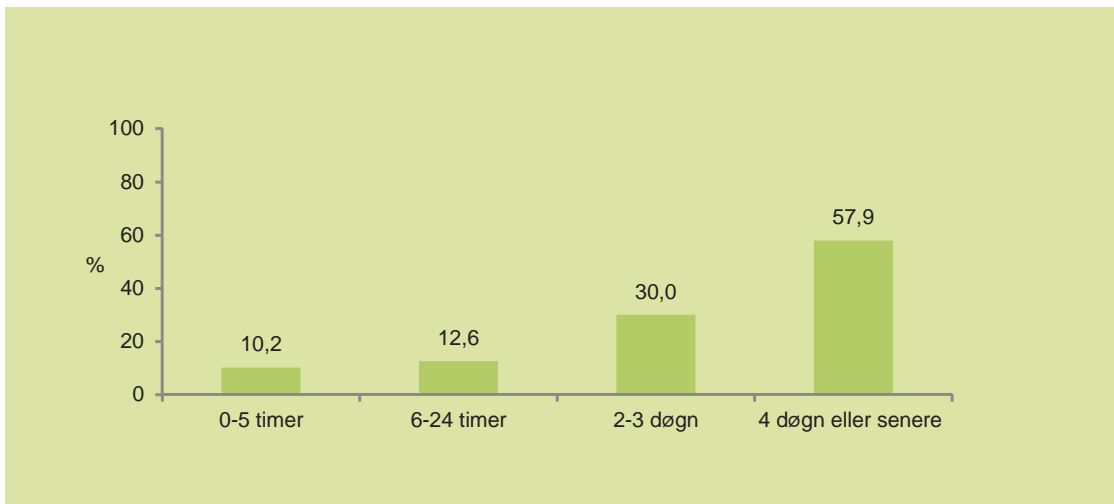
Figur 25 viser, at andelen af børn, der har fået modermælkerstatning under indlæggelsen, er 10,2 % for børn, der kun har været indlagt seks timer, 12,6 % for børn, der har været indlagt 24 timer, 30,0 % for børn der har været indlagt to-tre døgn, og 57,9 % for børn, der har været indlagt fire døgn eller mere.



Figur 24. Andelen, der ammes fuldt, når de er fire måneder efter, om de har fået tilskud af modermælks-
erstatning under indlæggelsen (N=9.230)

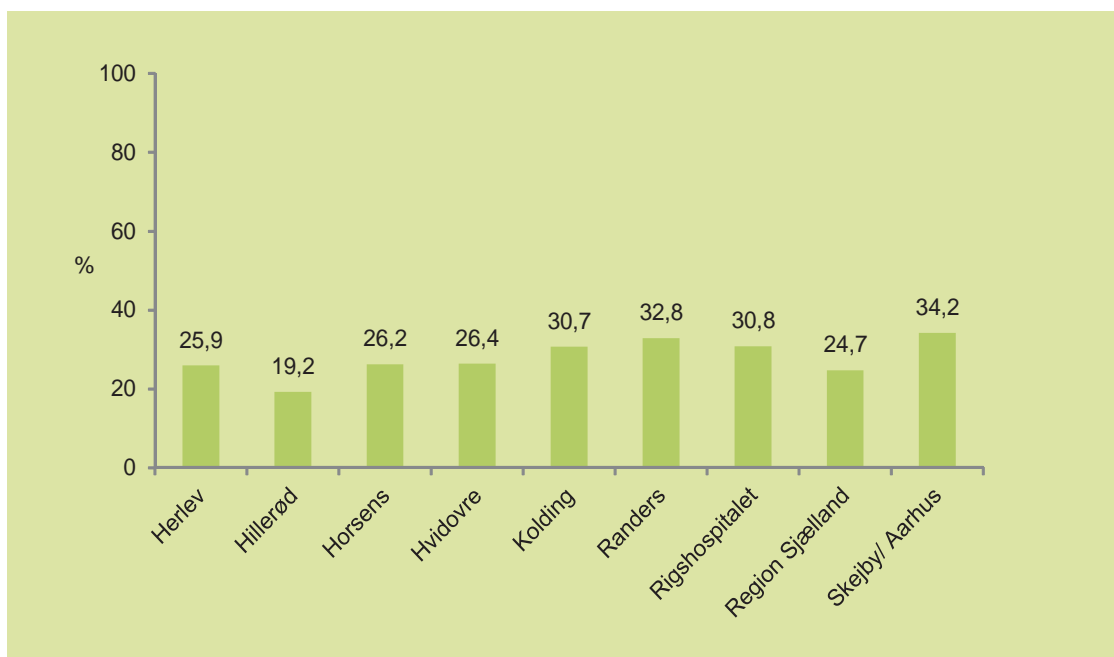


Figur 25. Andelen, der har fået tilskud af modermælks-erstatning under indlæggelsen
efter indlæggelsestid (N=9.459)





Figur 26. Andelen, der får modermælkserstatning under indlæggelsen efter fødested (N=9.413)



Figur 26 viser andelen, der har fået modermælkserstatning under indlæggelsen efter fødested. Af figuren ses, at andelen, der har fået modermælkserstatning på det enkelte fødested, svinger mellem 19,2 % og 34,2 %. Det er i denne forbindelse vigtigt at være opmærksom på, at nogle hospitaler får henvist flere komplicerede graviditeter og fødsler samt kvinder der er i risiko for at føde for tidligt. For nærmere oplysninger om, hvor mange børn, der er født på det enkelte hospital se tabel 10 i årsrapporten.

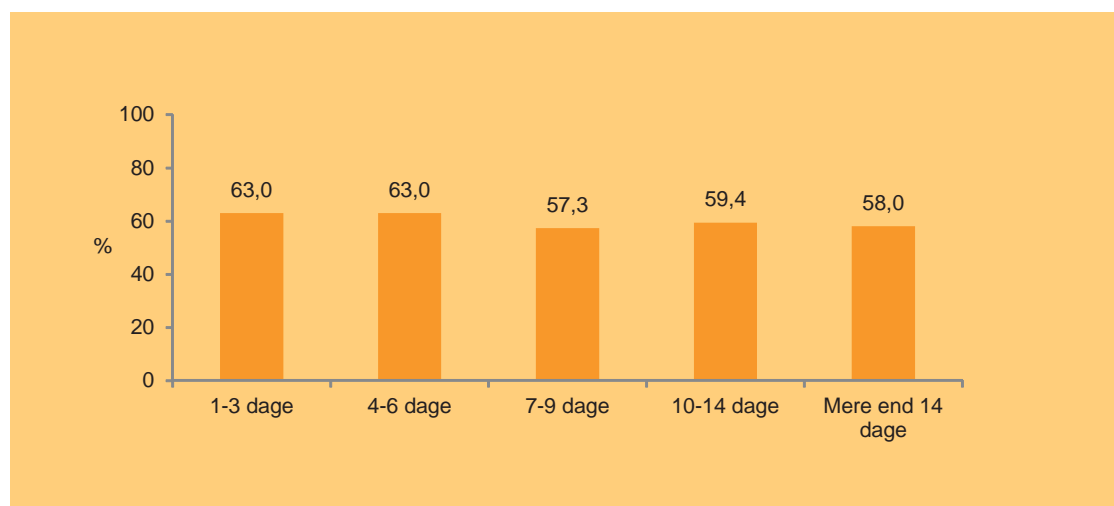


Barnets alder ved første kontakt med sundhedsplejen

Størstedelen af børnene i populationen har haft besøg af sundhedsplejersken, inden de var to uger gamle (85,4 %) og 49,4 % har haft besøg, inden de var en uge gamle. Figur 27 viser andelen, der ammes fuldt, når de er fire måneder efter deres alder ved første besøg. Figuren tegner ikke noget entydigt mønster mellem barnets alder ved første besøg og amme frekvens ved fire-måneders alderen, men andelen, der ammes i gruppen af børn, der har fået besøg en-seks dage efter fødslen, er 63,0 % og 58,0 % i gruppen af børn, der har fået besøg mere end 14 dage efter fødslen. Det er her vigtigt, at være opmærksom på at gruppen, der ikke har fået besøg de første 14 dage, bl.a. inkluderer børn, der er indlagt i den første del af deres liv.



Figur 27. Andelen, der ammes fuldt, når de er fire måneder efter alder ved første besøg (N=13.961)



8. Mors erfaring med og viden om amning

Mors erfaring med og viden om amning

Lidt mere end en tredjedel af mødrene har oplyst, at de ikke har erfaring og viden om amning (37,4 %). Af figur 28 fremgår det, at andelen, der ammes fuldt, når de er fire måneder, er 63,3 % for børn, hvis mor har erfaring eller viden om amning og 53,4 % for børn, hvis mor ikke har erfaring og viden om amning. Denne sammenhæng mellem mors viden og erfaring med amning og amning ved fire måneder forbliver statistisk sikker også, når vi kontrollerer for barnets køn, om barnet bor med begge forældre, mors herkomst, mors uddannelse, mors alder ved fødslen, passiv rygning, flerfold, kejsersnit, indlæggelseslængde, tilskud af MME under indlæggelsen samt mors ønske om at amme (bilag 3).

Ønsker mor at amme?

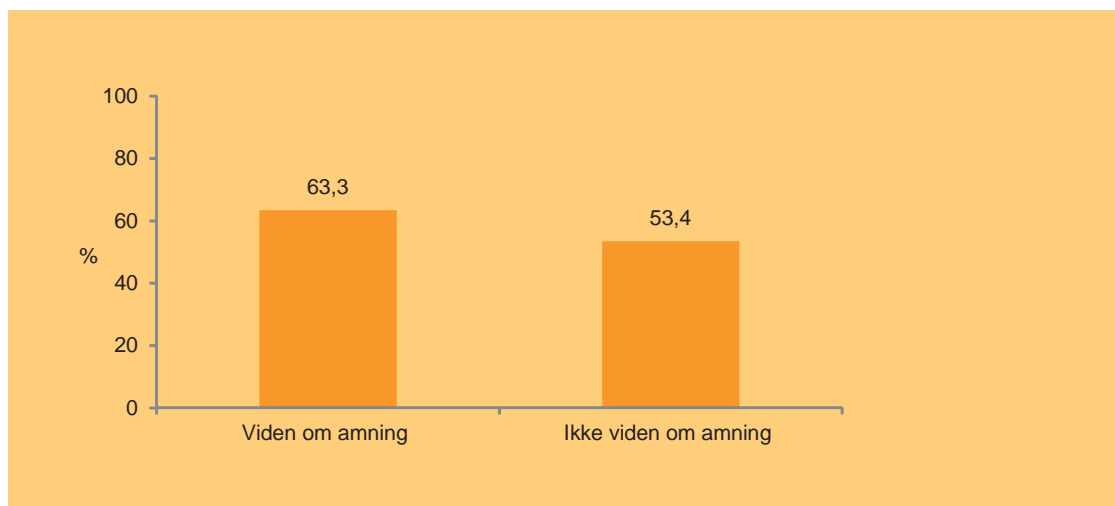
Langt størstedelen af de deltagende mødre ønsker at amme nemlig 95,9 %. Figur 29 viser, at 3,6 % af de børn, hvis mødre ikke ønsker at amme, bliver ammet fuldt, når de er fire måneder. Tilsvarende andel for børn, hvis mor ønsker at amme, er 62,0 %.

Denne sammenhæng mellem mors ønske om at amme og amning ved fire måneder forbliver ikke overraskende også statistisk sikker, når vi kontrollerer for barnets køn, om barnet bor med begge forældre, mors herkomst, mors uddannelse, mors alder ved fødslen, passiv rygning, flerfold, kejsersnit, indlæggelseslængde, tilskud af MME under indlæggelsen samt mors viden og erfaring med amning (bilag 3).

Vanskeligheder med etablering af amningen

Sundhedsplejersken har i 34,3 % af journalerne registreret, at der var vanskeligheder med etablering af amningen. Ikke overraskende er andelen af børn, der bliver ammet fuldt, når de er fire måneder, betydelig mindre i gruppen af børn, hvor der er registreret vanskeligheder med etablering af amningen, end i gruppen af børn, hvor der ikke er registreret vanskeligheder, henholdsvis 35,9 % og 72,0 % (se figur 30).

Figur 28. Andelen, der ammes fuldt, når de er fire måneder efter mors viden om amning (N=8.846)

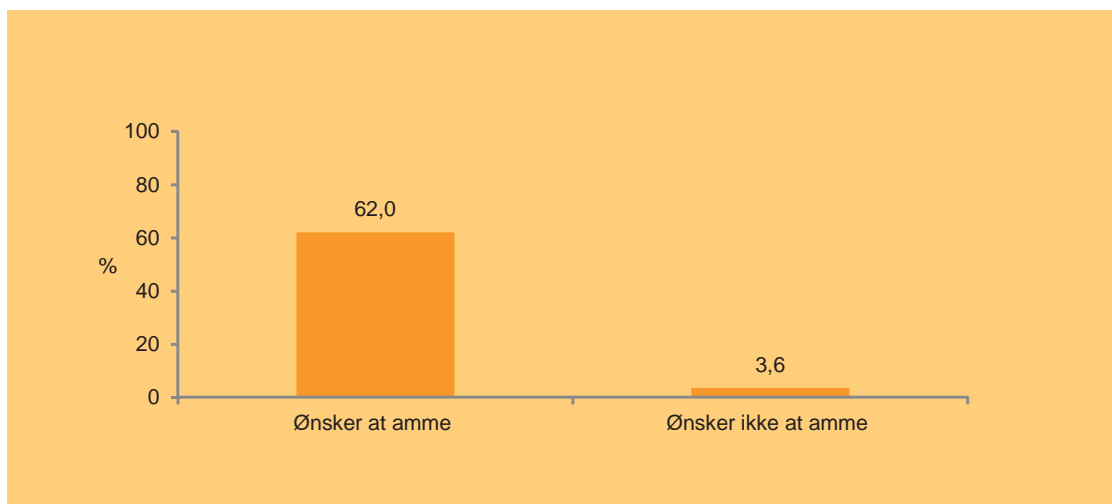




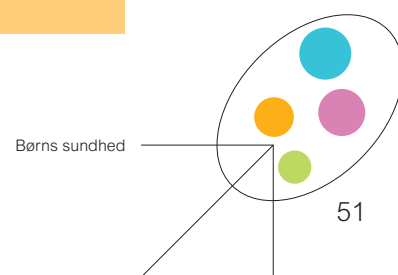
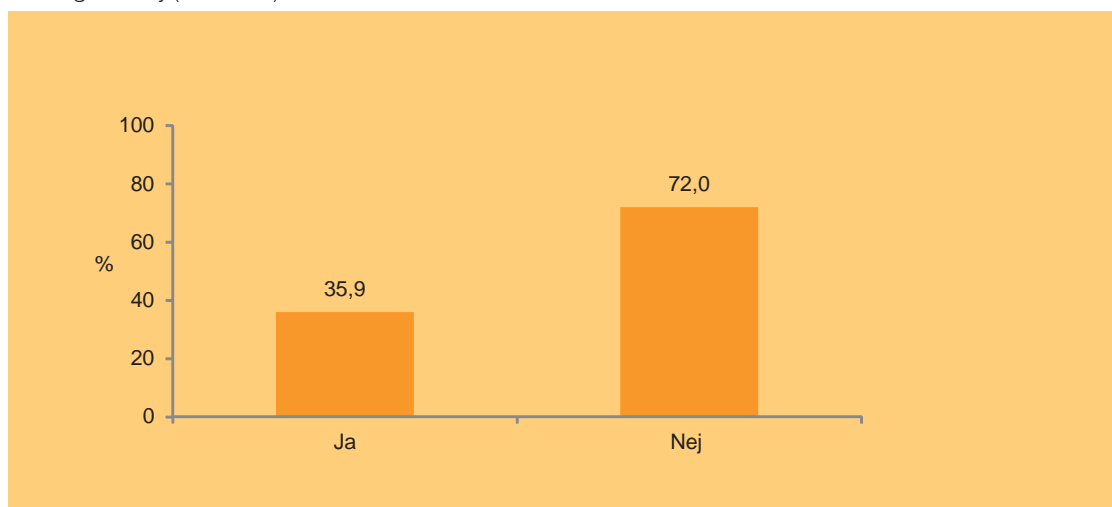
Denne øgede risiko for ikke at blive ammet, hvis der er vanskeligheder med etablering af amning, forbliver meget stærk også når der tages højde for barnets køn, om barnet bor med begge

forældre, mors herkomst, mors alder ved fødslen, passiv rygning, mors erhvervstilknytning, flerfødsel, kejsersnit og indlæggelseslængde (bilag 3)

Figur 29. Andelen, der ammes fuldt, når de er fire måneder efter mors ønske om at amme eller ej (N=8.843)

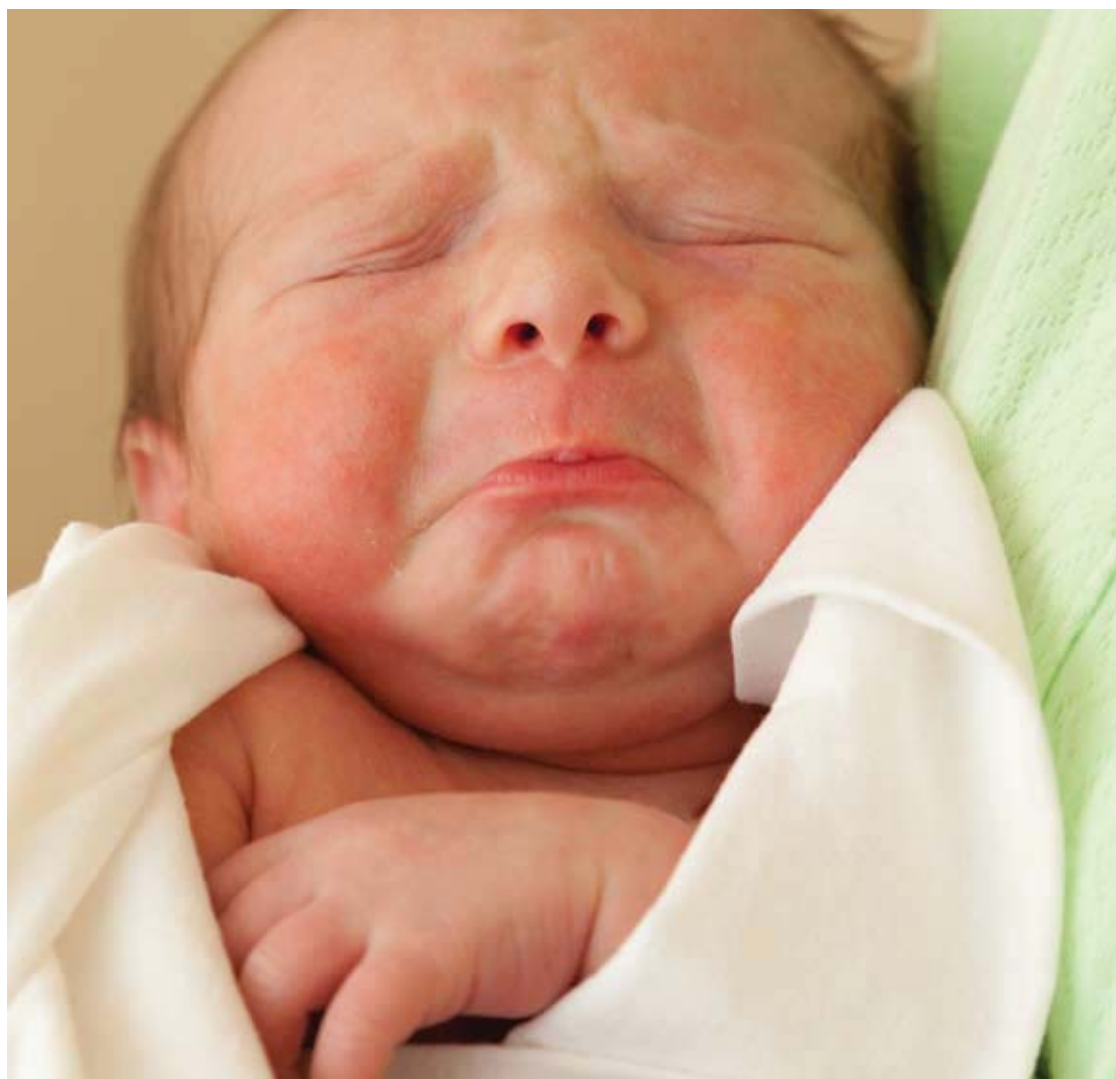
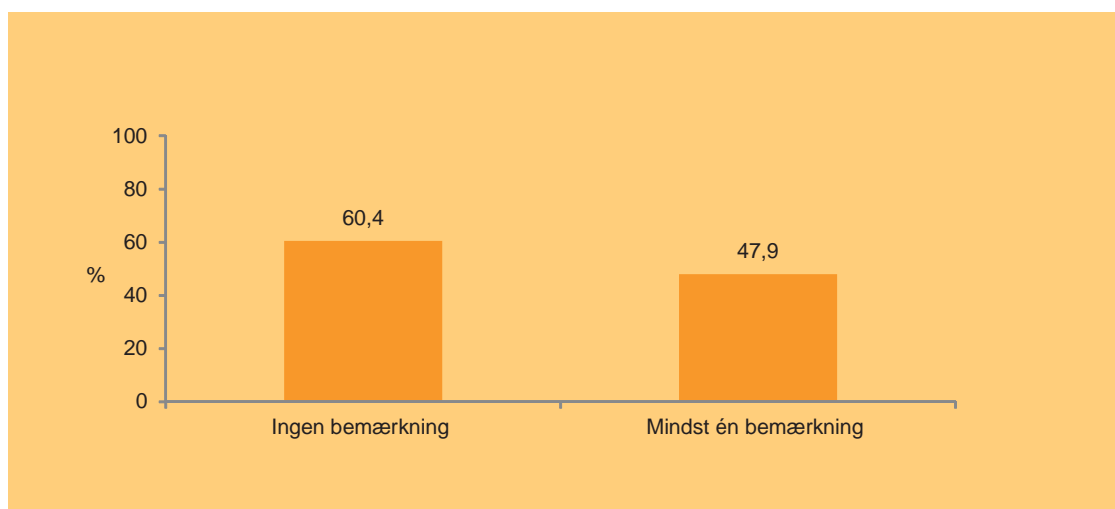


Figur 30. Andelen, der ammes fuldt, når de er fire måneder efter vanskeligheder med etablering af amning eller ej (N=9.019)



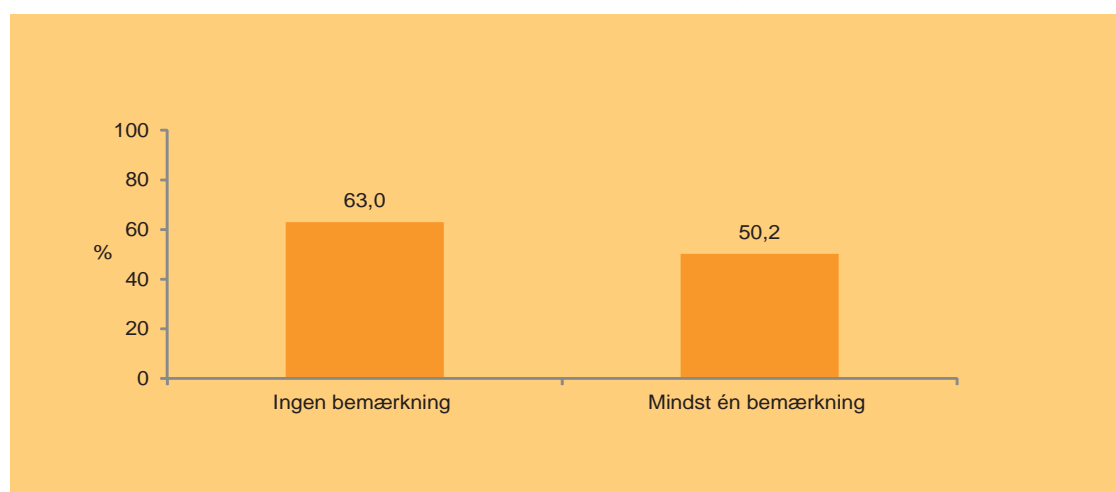
9. Den første tid efter fødslen

Figur 31. Andelen af børn, der ammes fuldt, når de er fire måneder efter, om der er registreret bemærkning til uro/gråd ved A- og/eller B-besøget (N=9.019)





Figur 32. Andelen, der ammes fuldt, når de er fire måneder gamle efter, om der er en eller flere bemærkninger til mors psykiske tilstand ved A- og/eller B-besøget (N=9.032)



Bemærkning uro/gråd ved A- og B-besøget

I undersøgelsen er der registreret bemærkning til uro/gråd ved A-besøget og/eller B-besøget for 6 % af børnene. Figur 31 viser andelen, der ammes fuldt, når de er fire måneder efter, om der er registreret bemærkning til uro/gråd, ved enten A- og/eller B-besøget. Af figuren ses, at 60,4 % af de børn, hvor der ikke er bemærkning om uro/gråd bliver ammet fuldt, når de er fire måneder. For børn, hvor der er noteret bemærkning til uro/gråd ved mindst ét besøg, er andelen 47,9 %. Denne øgede risiko for ikke at blive ammet, for børn for hvem der er noteret bemærkning til uro / gråd, forsvinder, når der tages højde for barnets køn, om barnet bor med begge forældre, mors herkomst, mors uddannelse, passiv rygning, flerfold, kejsersnit og indlæggelseslængde (bilag 3).

Bemærkning til mors psykiske tilstand ved A- og B-besøget

For hvert fjerde barn har sundhedsplejersken noteret bemærkning til moderens psykiske tilstand ved enten A- og/eller B-besøget. Figur 32 viser andelen af børn, der ammes fuldt, når de er fire måneder efter, om der er én eller flere bemærkninger til mors psykiske tilstand ved enten A- eller B-besøget. Af figuren ses, at andelen, der ammes fuldt, når de er fire måneder, er højest blandt børn, hvor der ikke er bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg. Andelen, der ammes fuld ved fire måneder, er 50,2 % for børn, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand og 63,0 % for børn, hvor der ikke er noteret bemærkning til mors psykiske tilstand. Denne øgede risiko for ikke at blive ammet, hvis der er bemærkning til mors psykiske tilstand, forbliver signifikant også, når der tages højde for barnets køn, om barnet bor med begge forældre, mors herkomst, mors alder ved fødslen, mors erhvervstilknytning, passiv rygning, flerfødsel, kejsersnit og indlæggelseslængde (bilag 3)



Bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil ved A-besøget og/eller B-besøget

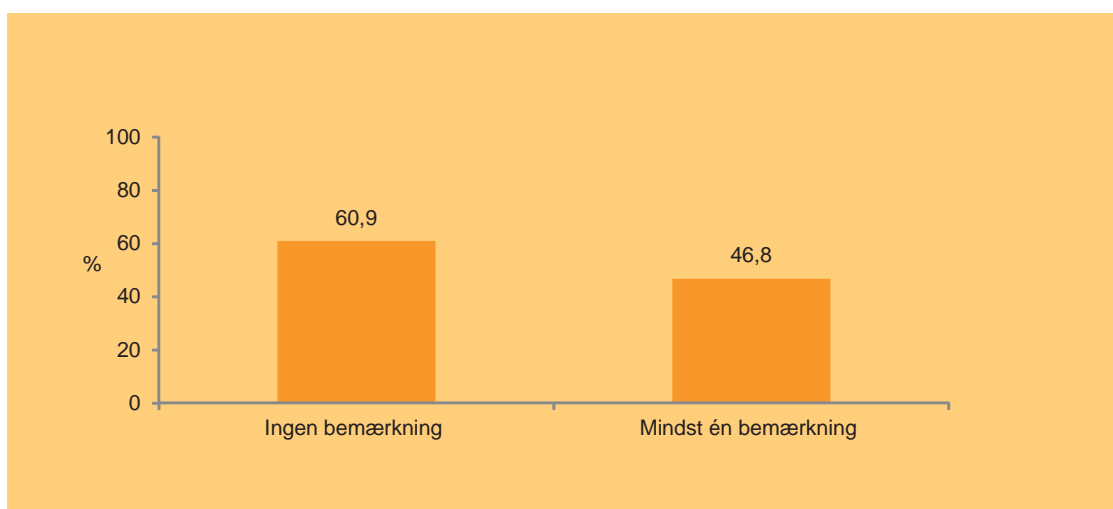
I den samlede population har 9,3 % af børnene bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil ved A-besøget og/eller B-besøget. Figur 33 viser andelen af børn, der ammes fuldt, når de er fire måneder efter, om der er bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil ved A-besøget og/eller B-besøget. Af figuren ses, at 60,9 % af de børn, hvor der ikke er bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil, bliver ammet fuldt, når de er fire måneder, mens det kun er tilfældet for 46,8 % af de børn, hvor der er mindst én bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil. Denne øgede risiko for ikke at blive ammet, hvis der er bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil, forbliver signifikant også når der tages højde for barnets køn, om barnet bor med begge forældre, mors herkomst, mors alder ved fødslen, mors erhvervstilknytning, passiv rygning, flerfødsel, kejsersnit og indlæggelseslængde (bilag 3).

Bemærkning til motorik ved A- og/eller B-besøget

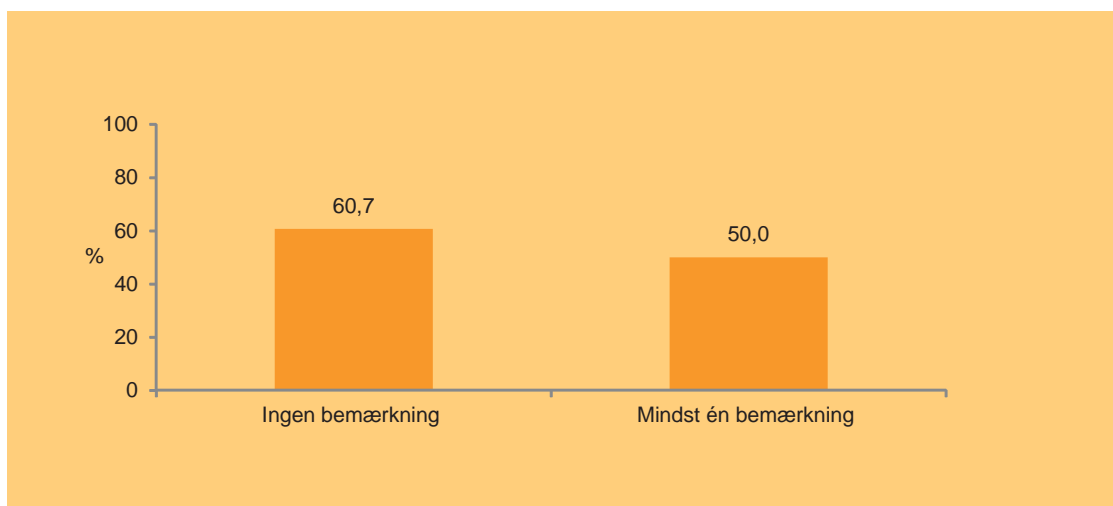
Hvert tiende barn har bemærkning til deres motorik ved A-besøget og/eller B-besøget. Hovedparten af disse bemærkninger er registeret ved B-besøget, da under en procent af børnene har bemærkninger til motorik ved A-besøget. Andelen, der ammes fuldt, når de er fire måneder efter om der er registeret bemærkning til motorik ved enten A-besøget eller B-besøget er illustreret i figur 34. Af figuren ses, at 60,7 % af de børn, hvor der ikke er registeret bemærkning til barnets motorik, bliver ammet fuldt, når det er fire måneder. For børn, hvor der er registeret bemærkning til motorik ved mindst ét af disse to besøg, er andelen, der bliver ammet fuldt, når de er fire måneder 50,0 %. Denne øgede risiko for ikke at



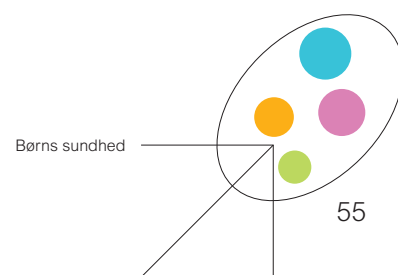
Figur 33. Andelen, der ammes fuldt, når de er fire måneder efter, om der er en eller flere bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil A- og/eller B-besøget (N=9.049)



Figur 34. Andelen, der ammes fuldt, når de er fire måneder efter, om der er registreret bemærkninger til motorik ved A- og/eller B-besøget (N=11.787)



blive ammet, hvis der er bemærkning til motorik, forbliver signifikant også, når der tages højde for barnets køn, om barnet bor med begge forældre, mors herkomst, mors alder ved fødslen, mors erhvervstilknytning, passiv rygning, flerfødsel, kejsersnit og indlæggelseslængde (bilag 3)



10. Hvem er det, der ikke kommer igang med at amme?

I et forebyggelsesperspektiv er det interessant at undersøge, hvor stor en andel og hvilke mødre, det er der ikke kommer i gang med at amme fuldt. Fra begge journalsystemer har vi oplysninger om, hvor stor en andel, der ikke bliver ammet, når barnet er en måned gammelt. I hele populationen er andelen, der ikke bliver ammet fuldt, når de er en måned gamle

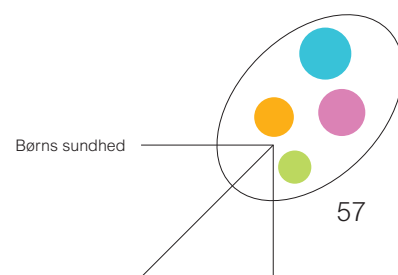
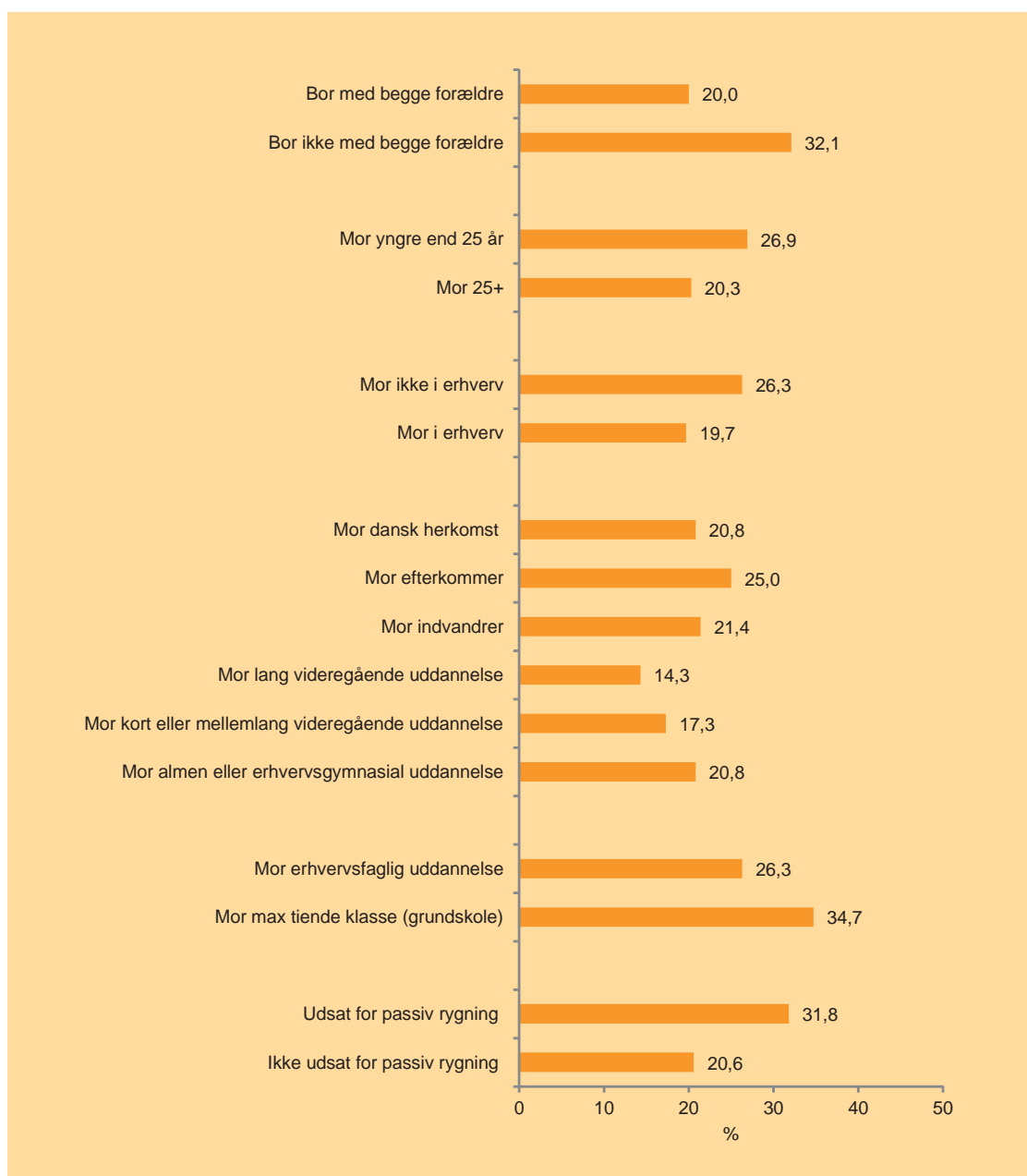
21,1 %. I figurerne nedenfor vises andelen af børn, der ikke ammes fuldt i mindst en måned opdelt på forskellige faktorer relateret til socio-demografi, fødslen og den første tid efter samt øvrige faktorer.

Figur 35 viser, at:

- Børn, der ikke bor sammen med begge forældre, har større risiko for ikke at blive ammet, når de er en måned gamle end børn, der bor med begge forældre (20,0 % af dem der bor med begge og 32,1 % af dem, der kun bor med mor).
- Børn, hvis mor var 25 år eller yngre ved fødslen, har større risiko for ikke at blive ammet fuldt, når de er en måned gamle end børn, hvis mor var ældre end 25 år ved fødslen: 26,9 % af børnene, hvis mor var yngre end 25 år, bliver ikke ammet fuldt, når de er en måned. Tilsvarende andel for børn, hvis mor var ældre end 25 år, er 20,3 %.
- Børn, hvis mødre ikke har erhvervstilknytning, har større risiko for ikke at blive ammet fuldt, når de er en måned gamle: 19,7 % af de børn, hvor mor ikke har erhvervstilknytning, bliver ikke ammet, mod 26,3 % af de, hvor mor har erhvervstilknytning.
- Børn, hvis mor er efterkommer, har den største risiko for ikke at blive ammet fuldt, når de er en måned gamle. Andelen, der bliver ammet fuldt, når de er en måned, er 25,0 % for børn, hvis mor er efterkommer, 21,4 % for børn, hvis mor er indvandrer og 20,8 % for børn, hvis mor er af dansk herkomst.
- Børn, hvis mor er lavt uddannet, har større risiko for ikke at blive ammet fuldt, når de er en måned gamle end børn, hvis mor har en længere uddannelse: 34,7 % af de børn, hvis mor højest har en tiende klasse, bliver ammet fuldt, samme andel for børn, hvis mor har en lang videregående uddannelse, er 14,9 %.
- Risikoen for ikke at blive ammet fuldt, når barnet er en måned gammelt, er større for børn, der udsættes for passiv rygning i hjemmet: 31,8 % af de børn, der udsættes for passiv rygning, bliver ikke ammet fuldt, når de er en måned. Samme tal for børn, der ikke udsættes for passiv rygning, er 20,6 %.



Figur 35. Andelen af børn, der ikke bliver ammet fuldt, når de er en måned gamle, opdelt på sociodemografiske faktorer (N>12.529)



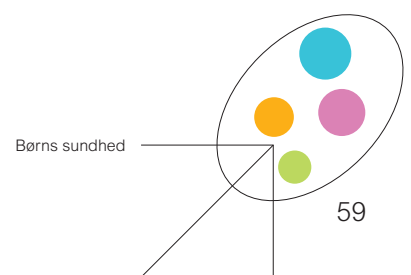
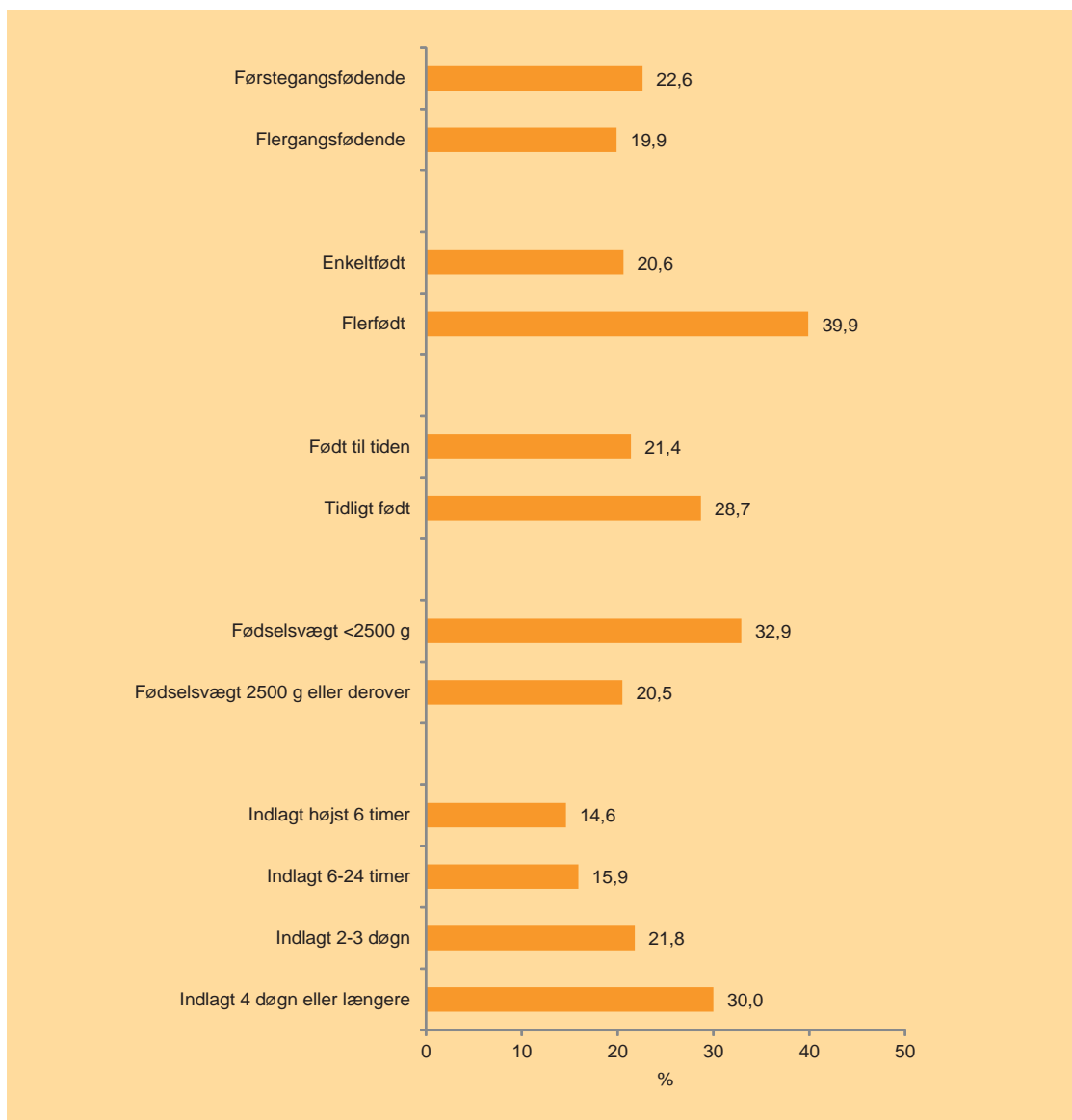


Figur 36 viser, at:

- Børn, der er flerfødt, har større risiko for ikke at blive ammet: 39,9 % af de børn, der er flerfødt, bliver ikke ammet fuldt, når de er en måned gamle, samme andel for enkeltfødt er 20,6 %.
- Børn, der er født før uge 37, er ligeledes i større risiko for ikke at blive ammet, når de er en måned gamle (andelen er 28,7 % for børn født for tidligt og 21,4 % for børn, der er født til tiden)
- Børn, der er mindre end 2500 g. ved fødslen, har ligeledes større risiko (lav vægt 32,9 %, andre 20,5 %)
- Jo længere tid barnet har været indlagt i forbindelse med fødslen, jo større risiko er der for, at barnet ikke bliver ammet fuldt, når det er en måned gammel: 14,6 % af dem der bliver udskrevet inden for seks timer, 15,9 % inden for 24 timer, 21,8 % inden for to-tre døgn og 31,8 % blandt børn udskrevet fire døgn eller senere bliver ikke ammet fuldt, når de er en måned gamle.



Figur 36. Andelen af børn, der ikke ammes fuldt, når de er en måned gamle opdelt på faktorer til fødslen (N>12.710)



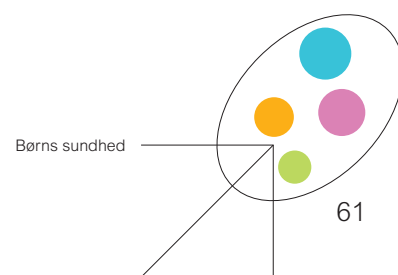
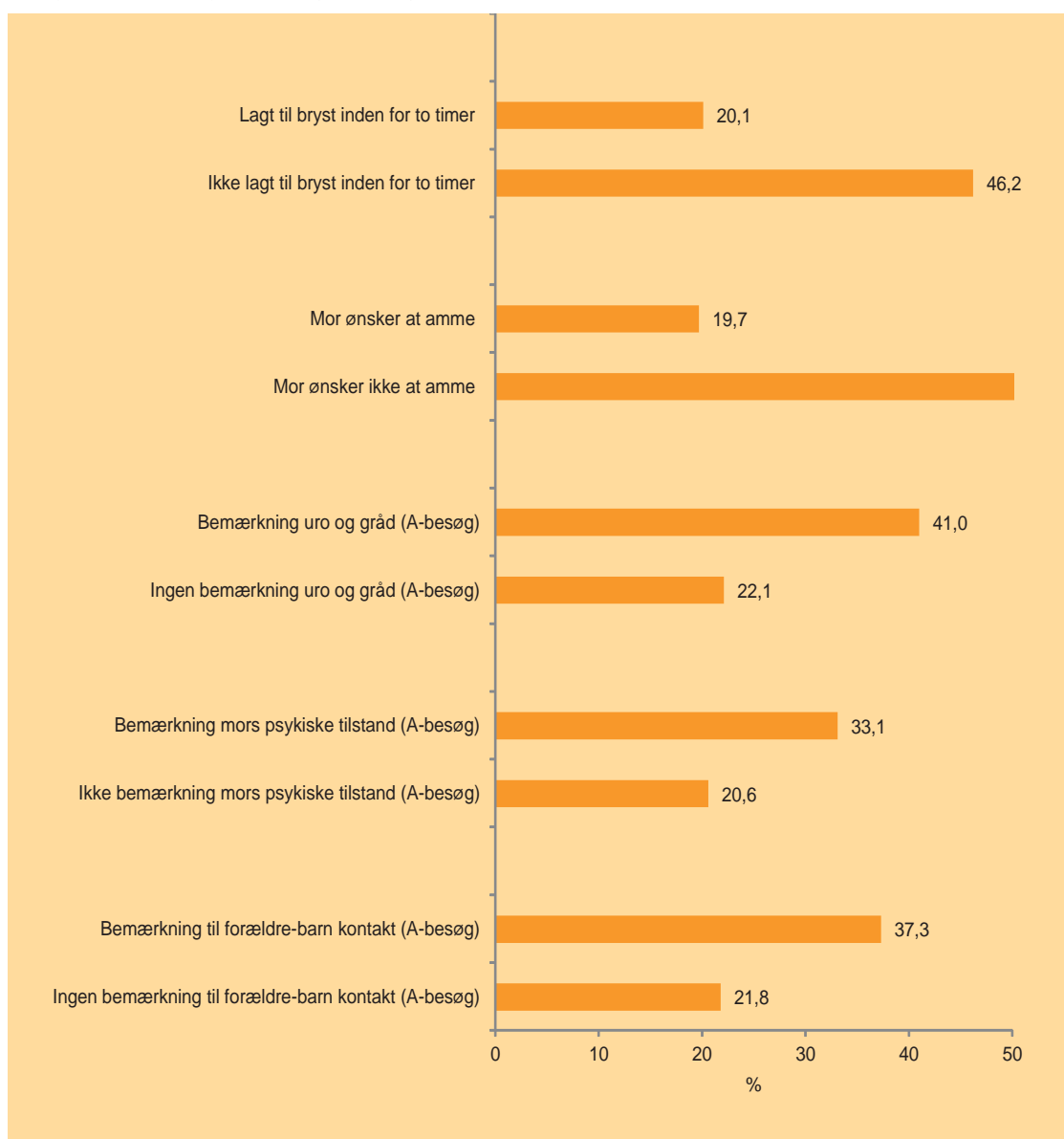


Tabel 37 viser at:

- Børn, der har fået modermælks-erstatning (MME) under indlæggelsen, er i større risiko for ikke at blive ammet fuldt, når de er en måned end børn, der ikke har fået modermælks-erstatning under indlæggelsen: 45,2 % af dem, der har fået MME under indlæggelsen, ammes ikke, mod 13,5 % af dem, der ikke har fået MME under indlæggelsen
- Risikoen for ikke at blive ammet er større, hvis barnet ikke er blevet lagt til moderens bryst inden for to timer: 20,1 % af dem, der er lagt til bryst inden for to timer, og 46,2 % af dem, der ikke er lagt til bryst inden for to timer bliver ikke ammet, når de er en måned.
- Risikoen for ikke at blive ammet, når barnet er en måned er større for de børn, hvis mor ikke ønsker at amme. 89,4 % af de børn, hvis mor ikke ønsker at amme, bliver ikke ammet, når de er en måned gamle mod 19,7 % af dem, hvor mor ønsker at amme.
- Risikoen for ikke at blive ammet, når barnet er en måned, er større, hvis der er noteret bemærkning til uro og gråd ved A-besøget: 41,0 % af de børn, hvor der er noteret bemærkning ved A-besøget, bliver ikke ammet, når de er en måned. Den tilsvarende andel for børn, hvor der ikke er noteret bemærkning til uro/gråd er 22,1 %.
- Risikoen for ikke at blive ammet, når barnet er en måned, er større, hvis der er en bemærkning til mors psykiske tilstand ved A-besøget: 33,1 % af de børn, hvor der er en bemærkning til mors psykiske tilstand ved A-besøget, bliver ikke ammet, når de er en måned. Den tilsvarende andel for dem, der ikke har bemærkning er 20,6 %. Risikoen for ikke at blive ammet er større for børn, hvor der er noteret bemærkning til forældre-barn kontakt ved A-besøget. Andelen, der ikke ammes fuldt, når de er en måned, er 37,3 % for børn, hvor der er bemærkning til forældre-barn kontakt ved A-besøget, og 21,8 % hvor der ikke er bemærkning til forældre-barn kontakt.

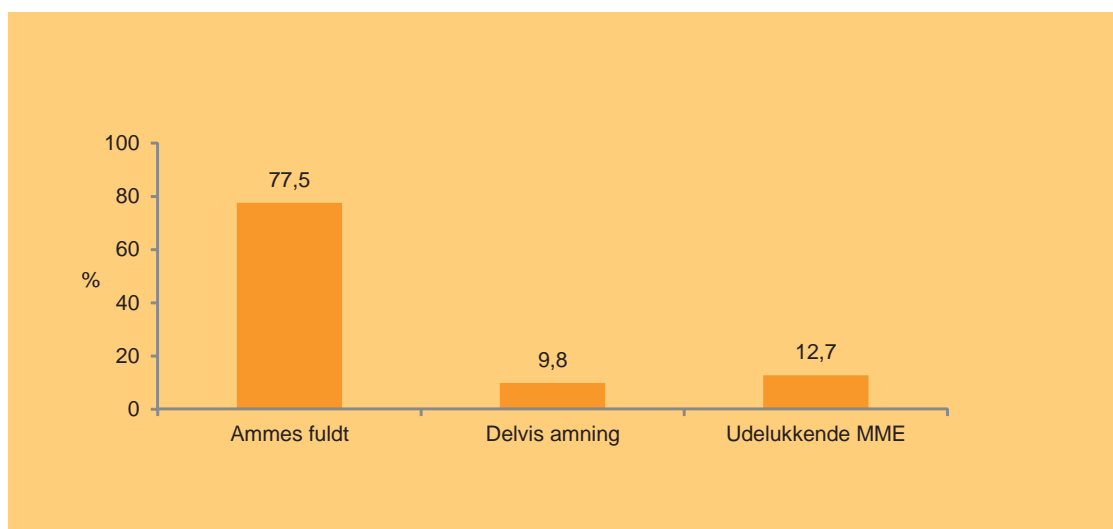


Figur 37. Andelen af børn, der ikke bliver ammet, når de er en måned opdelt på faktorer, der kun er spurgt til i TM Sund journalen (N>8.543)



11. Delvis amning eller udelukkende modermælkserstatning (MME)

Figur 38. Andelen af børn, der bliver ammet fuldt, delvis og udelukkende får MME ved A-besøget (N=13.510)



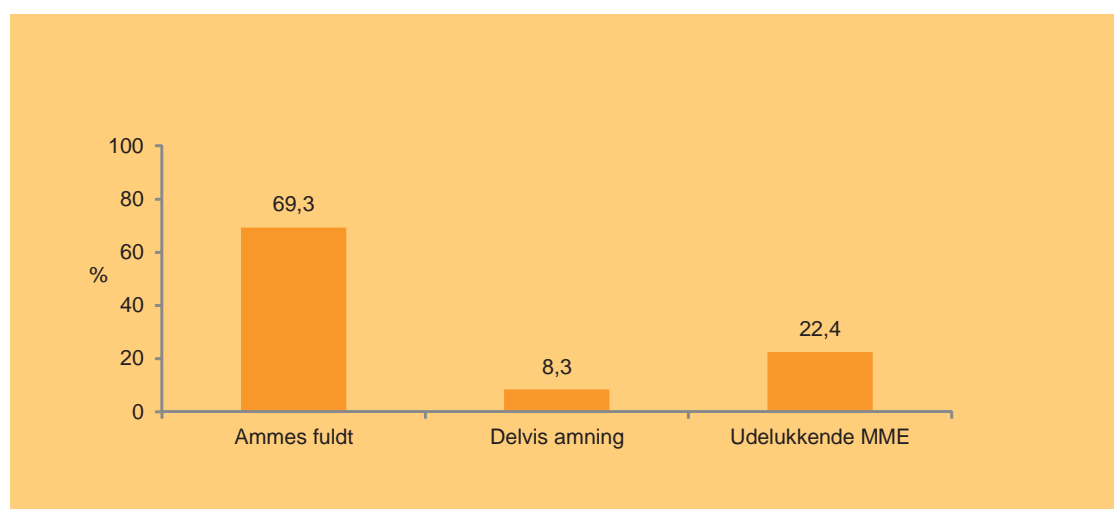
I NOVAX journalen har vi oplysninger om start- og sluttidspunkt for fuld og delvis amning. TM Sund journalen indeholder ikke oplysninger om start og slutdato for delvis amning, men til gengæld oplysninger om, hvorvidt barnet udelukkende får modermælkserstatning eller tilskud af modermælkserstatning ved barselbesøget, A-besøget og B-besøget. For at kunne sammenligne oplysningerne fra de to journaler, har vi for NOVAX børnene udregnet, om de blev ammet fuldt, delvis eller udelukkende fik modermælkserstatning den dag, hvor A-besøget og B-besøget er registeret.

Figur 38 viser andelen af børn, der bliver ammet fuldt, delvist og udelukkende får MME ved A-besøget. Af figuren ses, at 77,5 % af børnene bliver ammet fuldt ved A-besøget, 9,8 % bliver ammet delvist ved A-besøget, mens 12,7 % af børnene udelukkende får modermælkserstatning. Mere end hvert femte barn bliver således ikke ammet fuldt ved A-besøget.

Tilsvarende viser figur 39 andelen af børn, der bliver ammet fuldt, delvist og udelukkende får MME ved B-besøget. Af figuren ses, at 69,3 % af børnene bliver ammet fuldt ved B-besøget, 8,3 % bliver ammet delvist ved B-besøget, mens 22,4 % af børnene udelukkende får modermælkserstatning. Lidt over en fjerdedel af børnene bliver således ikke ammet fuldt ved B-besøget.



Figur 39. Andelen af børn, der bliver ammet fuldt, delvis og udelukkende får MME ved B-besøget (N=13.349)



Hvad karakteriserer børn, der ikke ammes og børn, der delvis ammes

I et forebyggelsesperspektiv er det interessant at undersøge, om de børn, der ammes delvist adskiller sig fra børn, der udelukkende får MME.

Delvis amning

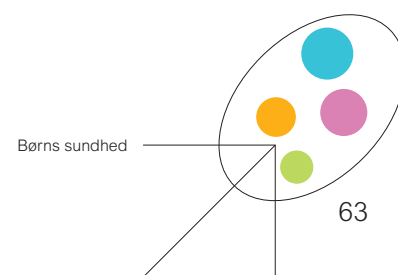
Tabel 2 viser, at der er en større andel af børn, der bliver delvis ammet blandt de børn, der ikke bor med begge forældre, hvis mor ikke er i erhverv, hvis mor er efterkommer eller indvandrer, hvis mors højeste uddannelse er en almen eller erhvervsgymnasial uddannelse, en erhvervsfaglig uddannelse eller grundskolen eller er udsat for passiv rygning i hjemmet.

Tabel 3 og 4 viser tilsvarende, at der er en større andel af børn, der bliver delvis ammet blandt børn, der er flerfødt, er født ved kejsersnit, har været indlagt fire døgn eller mere, som ikke blev lagt til brystet inden for to timer efter fødslen, har fået tilskud af modermælkserstatning under indlæggelsen, hvor mor ikke har erfaring med

amning, hvor mor ikke ønsker at amme, forældre-barn kontakten eller uro og gråd ved A- og/eller B-besøget.

Udelukkende MME

Tabel 2 viser tilsvarende, at der er en større andel af børn, der udelukkende får modermælkserstatning blandt de børn, der ikke bor med begge forældre, hvis mor er yngre end 25, hvis mor ikke er i erhverv, hvis mor er efterkommer, hvis mors højeste uddannelse er en erhvervsfaglig uddannelse eller grundskolen og blandt børn, der er udsat for passiv rygning i hjemmet. I tabel 3 og 4 ses det endvidere, at der er en større forekomst af børn, der udelukkende får modermælkserstatning blandt børn, der er født for tidligt, med lav fødselsvægt, er flerfødt, er taget med kejsersnit, har været indlagt fire døgn eller mere i forbindelse med fødslen, som ikke blev lagt til brystet inden for to timer efter fødslen og hvor mor ikke ønsker at amme.





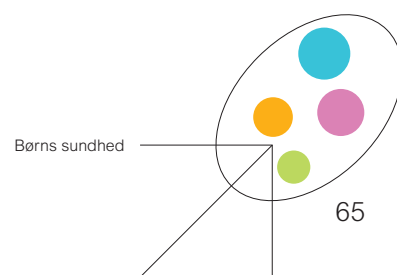
Tabel 2. Andelen, der ammes fuldt, delvis eller udelukkende får MME ved B-besøget (N>15.184)

	Ammes fuldt	Delvis	Udelukkende MME
Hele populationen	69,3	8,3	22,4
Køn			
Dreng	68,7	8,1	23,2
Pige	69,9	8,6	21,5
Familietype			
Bor med begge forældre	70,6	8,4	21,1
Bor ikke med begge forældre	59,0	11,8	29,2
Mors alder			
Yngre end 25	62,3	9,0	28,7
25 +	70,5	8,4	21,1
Mors erhvervs tilknytning			
Ikke i erhverv	64,4	10,7	24,9
I erhverv	70,6	7,7	21,7
Mors herkomst			
Dansk herkomst	70,0	7,3	22,7
Efterkommer	61,8	11,8	26,4
Indvandrer	68,1	12,7	19,2
Mors uddannelse			
Lang videregående uddannelse	75,4	6,1	18,5
Kort eller mellemlang videregående uddannelse	74,1	7,7	18,2
Almen eller erhvervsgymnasial uddannelse	68,6	9,6	21,8
Erhvervsfaglig uddannelse	63,7	9,5	26,9
Max tiende klasse (grundskole)	55,9	11,7	32,5
Udsat for passiv rygning			
Ja	57,7	15,1	27,2
Nej	69,2	8,3	22,5



Tabel 3. Andelen der ammes fuldt, delvis eller udelukkende får MME ved B-besøget (N>15.184)

	Ammes fuldt	Delvis	Udelukkende MME
Hele populationen	69,3	8,3	22,4
Gestationsalder			
Født til tiden	70,0	9,3	20,7
Tidlig født	63,4	9,3	27,3
Fødselsvægt			
Normal	69,3	8,5	22,3
Under 2500 gram	59,6	8,7	31,7
Flerfødt			
Enkeltfødt	69,7	8,3	22,0
Flerfødt	53,4	15,8	30,9
Kejsersnit			
Nej	71,0	7,9	21,1
Ja	59,4	10,8	29,8
Paritet			
Flergangsfødende	70,9	8,0	21,1
Førstegangsfødende	67,4	9,1	23,5
Indlæggelseslængde			
Højst 6 timer	77,4	6,4	16,2
6-24 timer	73,1	7,6	19,3
2-3 døgn	68,0	8,9	23,1
4 døgn eller senere	60,8	10,5	28,7





Tabel 4. Andelen der ammes fuldt, delvis eller udelukkende får MME for variable ved B-besøget. Der indgår kun børn fra kommuner, der anvender TM Sund journalen (N>9.800)			
	Ammes fuldt	Delvis	Udelukkende MME
TM populationen	74,4	11,4	14,1
Tilskud af MME under indlæggelse			
Ja	60,7	14,6	24,8
Nej	79,8	10,2	10,0
Mor ønsker at amme			
Ja	74,2	12,9	12,9
Nej	34,2	2,2	63,6
Mor har erfaring med amning			
Ja	74,7	12,0	13,4
Nej	69,0	13,2	17,8
Lagt til bryst/hud til hud kontakt			
Ja	74,4	12,1	13,8
Nej	57,5	13,3	29,1
Bemærkning til mors psykiske tilstand ved A-besøget			
Ja	66,0	14,2	19,8
Nej	74,7	11,6	13,6
Uro og gråd ved A-og/ eller B-besøget			
Ja	57,1	20,0	22,9
Nej	73,9	11,8	14,3
Bemærkning til forældre barn kontakt ved A- og/eller B-besøget			
Ja	63,6	17,1	19,4
Nej	74,2	11,7	14,2



Hvem vælger delvis amning?

Vi har efterfølgende foretaget en restriktion, hvor vi har sorteret de børn fra, der bliver ammet fuldt ved B-besøget. De følgende resultater er derfor alene baseret på logistiske regressionsanalyser omhandlende de 5.327 børn, som ikke blev ammet fuldt ved B-besøget. Analyserne beregner sandsynligheden for (OR) at blive ammet delvist ved B-besøget.

Analyserne viser, at i gruppen af børn, der ikke ammes fuldt, er der større sandsynlighed for at blive ammet delvis, hvis barnets mor er efterkommer (OR=1,45) eller indvandrer (OR=2,44). For børn, der ikke ammes fuldt ved B-besøget, er der ligeledes større sandsynlighed for at blive ammet delvist, hvis barnet udsættes for passiv rygning i hjemmet (OR=1,57) (se bilag 3).

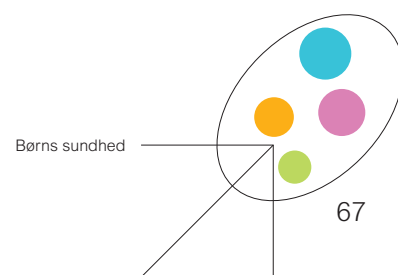
Børn, der ikke ammes fuldt ved B-besøget, har større sandsynlighed for at blive ammet delvis, hvis barnet er flerfødt (OR=1,88) eller har fået moderermælkserstatning under indlæggelsen (OR=1,64). Børn, der er født for tidligt, har til gengæld mindre sandsynlighed for at blive ammet delvist (OR=0,66), det samme er tilfældet for børn, hvis mor ikke ønsker at amme (OR=0,01) (se bilag 3).

Ammetilbud i de deltagende kommuner

For at belyse, hvilke ammevejledningstilbud, der findes i de deltagende kommuner, sendte vi et lille spørgeskema ud pr. mail til den ledende sundhedsplejerske i de deltagende kommuner. Resultatet af kommunernes svar på spørgeskemaet er opsummeret i tabel 5.

Af tabellen ses det, at 20 af de 28 kommuner har et formaliseret samarbejde med barselsafdelingen. Næsten alle de deltagende kommuner tilbyder barselsbesøg (27 ud af 28). Elleve kommuner tilbyder barselsbesøg i weekenden. Barselsbesøget udføres i størstedelen af de deltagende kommuner af den almindelige sundhedsplejerske. I tre kommuner er det en ammekonsulent, der udfører barselsbesøget. Langt de fleste kommuner har uddannede IBCLC/ammekonsulenter, kun fire kommuner har igen uddannede IBCLC eller ammekonsulenter. De kommuner, der har IBCLC/ammekonsulenter, har mellem en og tre uddannede IBCLC/ammekonsulenter ansat.

I spørgeskemaet blev kommunerne også spurgt, hvad de tilbyder kvinder med komplicerede ammeforløb og kvinder med ekstra behov for ammevejledning i graviditeten og/eller efter fødslen. Af tabel 5 fremgår det, at 27 af de 28 kommuner tilbyder ekstra behovsbesøg i de familier, hvor ammeforløbet er kompliceret. Syv kommuner tilbyder konsultationer i ammeklinikken.





Tabel 5. Ammevejledningstilbud i kommunerne

Spørgsmål	Svar	I alt (N=28)
Har kommunen et formaliseret samarbejde med barselsafdelingen, der bl.a. omfatter problemer med etablering af amningen?	Nej	8
	Ja	20
Tilbyder kommunen barselsbesøg?	Nej	1
	Ja	27
Hvis ja, tilbyder kommunen barselsbesøg i weekenden? (gælder ikke helligdage)	Nej	17
	Ja	11
Hvis ja, hvem udfører barselsbesøget?	Den almindelige sundhedsplejerske	23
	En ammekonsulent	3
	Andre	2
Har kommunen uddannede IBCLC, ammekonsulenter?	Nej	4
	Ja	24
Hvad tilbydes kvinder med komplicerede ammeforløb/ved ekstra behov for ammevejledning i graviditeten og/eller efter fødslen? (mulighed for at sætte flere kryds)	Ikke noget	0
	Konsultationer i ammeklinikken	7
	Ekstra behovsbesøg	27
	Andet	4

Amning 2011 og 2016

Den første temarapport fra Databasen Børns Sundhed fra 2011 handlede om amning (Christensen et al. 2011). Undersøgelsen i 2011 omfattede 14.292 børn fra 14 kommuner født i 2008-2009. I 2016 var studiepopulationen 17.733 børn født i 2014 fra 32 kommuner. Der er mange lighedstræk mellem undersøgelserne fra 2011 og 2016 og nogle få væsentlige forskelle.

Et vigtigt lighedstræk er, at det både i 2011 og 2016 er ca. 60 % af børnene, som bliver ammet fuldt i mindst fire måneder. Andelen, som bliver ammet fuldt i seks måneder, steg fra 12 % i 2011 til 17 % i 2016. Risikofaktorerne for ikke at amme fuldt i mindst fire måneder er i store træk de samme i 2011 og 2016, se tabel 6.

I tabel 6 kan man se, at nogle af risikofaktorerne for **ikke** at amme fuldt i fire måneder forsvinder i de kontrollerede analyser. I 2011 drejer det sig om for tidlig fødsel, lav fødselsvægt, lav apgar-score, og at barnet ikke blev lagt til mors bryst inden for to timer efter fødslen. De er hver for sig

vigtige risikofaktorer, men når de kombineres i samme analyse kontrollerer de så at sige hinanden ud. Dette er formentlig et udtryk for det, man kalder overkontrol, dvs. at de fem faktorer stadig kan fortolkes som og beskrives som risikofaktorer for ikke at amme fuldt i fire måneder.

I 2016 er lav fødselsvægt og ung mor risikofaktorer for ikke at amme fuldt i fire måneder. Igen forsvinder sammenhængen i de kontrollerede analyser, og igen er der en risiko for overkontrol, dvs. at de to faktorer stadig kan beskrives som risikofaktorer for ikke at amme fuldt i fire måneder.

Begge rapporter viser desuden, at det største fald, i andelen der ammer, starter når børnene er 17 uger gamle.



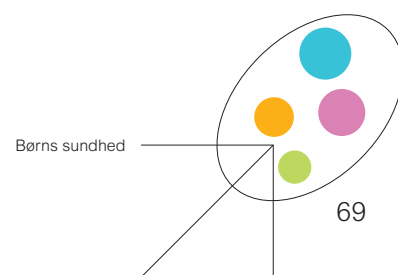
Tabel 6. Risikofaktorer for ikke at amme fuldt i fire måneder

	2011	2016
Dreng		X
Lang indlæggelse	X	X
Født for tidligt	X ^a	X ^a
Lav fødselsvægt	X ^a	X ^a
Lav apgar-score	X ^a	
Barnet ikke lagt til mors bryst inden to timer efter fødslen	X ^a	X
Barnet fik modermælkerstatning under indlæggelsen	X	X
Tre eller flere kontakter med sundhedsplejersken de første 30 dage	X	c
Ung mor	X	X ^a
Mor er lavtuddannet	X	X
Mor uden for arbejdsmarkedet	X ^b	X ^a
Forældrene bor ikke sammen	X	X
Mor er efterkommer	X	X
Mor er indvandrer	X ^a	X ^a
Førstegangsfødende	X	X ^a
Ingen erfaring med amning	X	X
Mor ønsker ikke at amme	X	X
Vanskeligheder ved at etablere amning	X	X
Bemærkninger til mors psykiske tilstand i barnets tre første levemåneder	X	X
Bemærkninger til fødslen	c	X ^a
Bemærkninger til uro og/eller gråd i barnets tre første levemåneder	c	X ^a
Bemærkninger til motorik i barnets tre første levemåneder	c	X
Bemærkninger til mor-barn kontakt og samspil i de første tre måneder	c	X

^a Sammenhængen forsvandt i de kontrollerede analyser

^b I 2011 var fars (men ikke mors) manglende tilknytning til arbejdsmarkedet risikofaktor for kort ammeperiode

^c Ikke undersøgt



12. Manglende oplysninger om amning

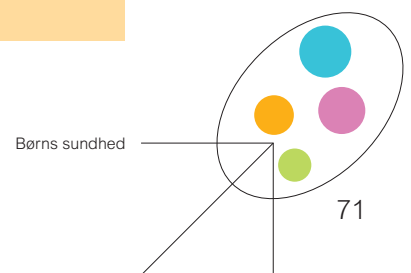
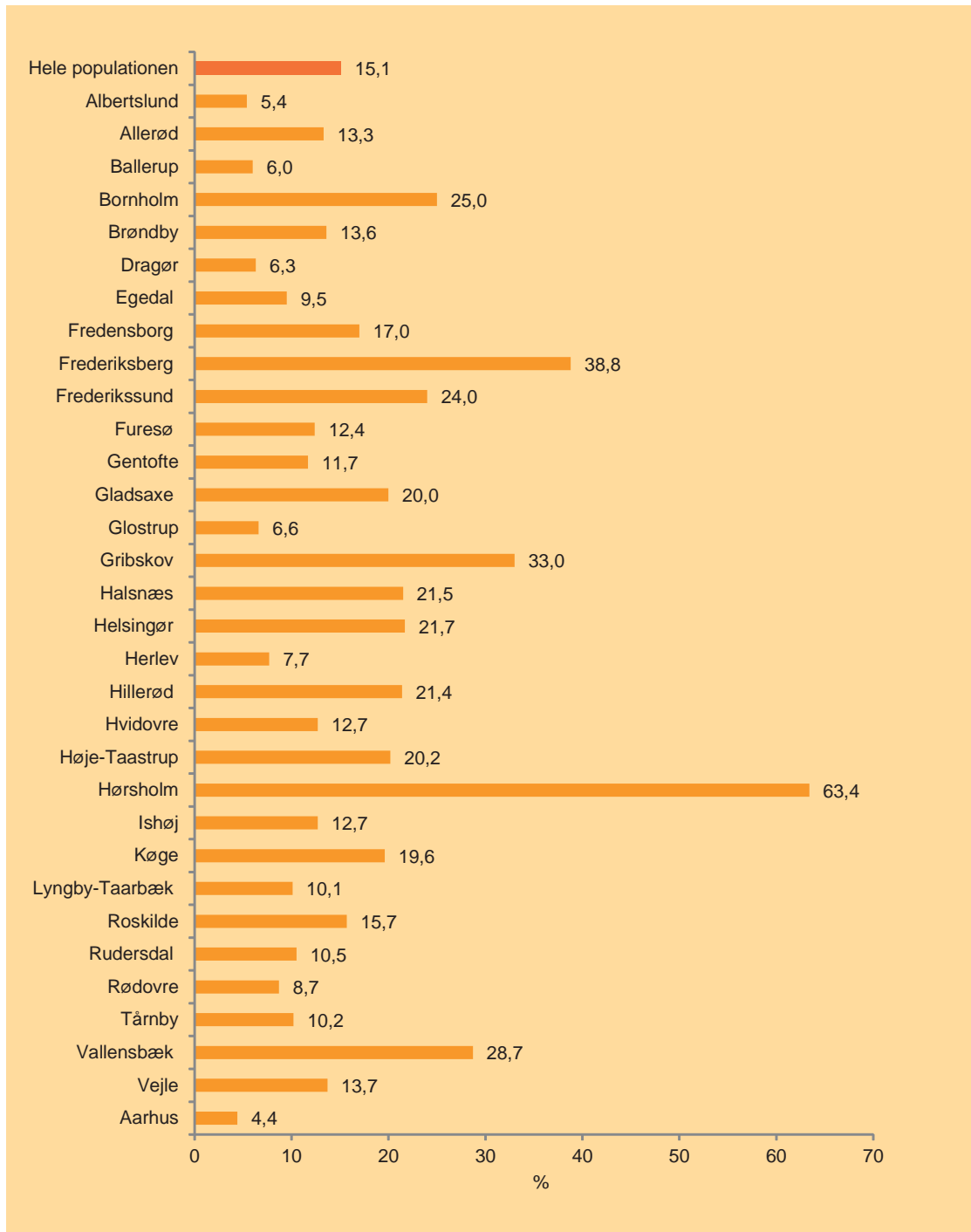
Figur 40 viser, hvor stor en andel af børn i hele populationen og i de enkelte kommuner, hvor der mangler oplysninger om amning ved fire måneder i journalen i 2014. Af figuren ses, at andelen af manglede data om amning varierer meget fra kommune til kommune. Andelen, der mangler oplysninger om amning er faldet meget de seneste år for de kommuner, der har været med i databasen i mange år.

Vi ser ofte en forholdsvis høj andel med manglende oplysninger i kommuner, der netop er blevet en del af Databasen Børns Sundhed, således også denne gang. For oplysninger om manglede oplysninger om de øvrige faktorer henvises til kommunerapporten.





Figur 40. Andelen af manglende oplysninger om fuld amning ved fire måneder (N=14.733)



13. Diskussion

Hovedfund

Rapporten har seks hovedfund. Det **første** er, at kun 17 % af børnene bliver ammet fuldt i seks måneder, som WHO og Sundhedsstyrelsen anbefaler. Der har dog været en lille stigning i andelen af børn, der ammes fuldt i mindst seks måneder i perioden 2002-2014.

Det **andet** hovedfund er, at seks ud af ti børn bliver ammet fuldt i mindst fire måneder. Fire ud af ti børn bliver således ikke ammet, når de er fire måneder. Andelen, der ammes fuldt, når de er fire måneder, har ikke ændret sig væsentligt de seneste ti år.

Det **tredje** hovedfund er, at der er mange risikofaktorer for ikke at blive ammet fuldt i mindst fire måneder. Her nævnes kun de risikofaktorer, som fremkommer i de kontrollerede analyser, dvs. i de analyser, som er rensset for indflydelse af andre faktorer.

Sociodemografiske faktorer: Mødre til drenge ammer i gennemsnit lidt mindre end mødre til piger. Det samme gælder mødre, som ikke bor sammen med en partner, mødre som er efterkommere, samt mødre der kun har fuldført grundskolen.

Faktorer relateret til fødslen:

Flerfødte børn har forhøjet risiko for ikke at blive ammet fuldt til fire-måneders alderen. Det samme gælder børn, der er født ved kejsersnit, børn der er udskrevet senere end et døgn efter fødslen, børn som ikke er lagt til bryst inden for de to første timer efter fødslen, børn der har fået moderermælkeerstatning (MME) under indlæggelsen samt børn, hvis mødre ikke har erfaring og viden om amning, og som ikke ønsker at amme.

Den første tid efter fødslen:

Der er en forhøjet risiko for ikke at amme fuldt i mindst fire måneder i de hjem, hvor sundhedsplejersken ved etableringsbesøget eller besøget i to-tre-måneders alderen har bemærkninger til barnets motorik, mors psykiske tilstand og til forældre-barn kontakt og samspil. Derudover har børn, der udsættes for passiv rygning i hjemmet forhøjet risiko for ikke at blive ammet fuldt i mindst fire måneder.

Det **fjerde** hovedfund er, at 21,1 % af børnene ikke bliver ammet fuldt, når de er en måned gamle. Det er altså næsten hvert fjerde barn, hvor mødre fravælger amning eller ikke kommer rigtig godt i gang med at amme deres barn. Analyserne kan udpege risikofaktorer for dette fænomen. Det er i store træk de samme som risikofaktorerne for ikke at amme fuldt i fire måneder: Børn der ikke bor sammen med begge forældre, børn hvis mødre ikke har erhvervstilknøring, børn hvis mor er lavt uddannet, børn som er flerfødte, børn født ved kejsersnit og børn med lang indlæggelse efter fødslen. Derudover har børn, hvor sundhedsplejersken i journalen har noteret, at mor ikke ønsker at amme, bemærkninger til gråd og uro samt bemærkninger til mors psykiske tilstand øget risiko for ikke at blive ammet, når de er en måned gamle.

Det **femte** hovedfund relaterer sig til de familier, som vælger delvis amning eller udelukkende MME: Ved sundhedsplejerskens besøg i hjemmet, når barnet er to- tre-måneders gammel (B-besøget), ammes 69,3 % af børnene fuldt, 8,3 % får tilskud af MME og 22,4 % får udelukkende MME. Undersøgelsen giver således mulighed for at karakterisere børn, som slet ikke ammes sammenlignet med børn, der ammes delvist.



Der er en signifikant større andel af børn, som ammes delvis ved B-besøget blandt børn, der ikke bor med begge forældre, hvis mor ikke er i erhverv, hvis mor er efterkommer eller indvandrer, hvis mors højeste uddannelse er en almen eller erhvervsgymnasial uddannelse, en erhvervsfaglig uddannelse eller grundskolen, der er udsat for passiv rygning i hjemmet, der er flerfødt, der er født ved kejsersnit, der har været indlagt i fire døgn eller mere i forbindelse med fødslen, som ikke blev lagt til brystet inden for to timer efter fødslen, der har fået tilskud af modermælkerstatning under indlæggelsen, hvor mor ikke har erfaring med eller viden om amning, hvor mor ikke ønsker at amme, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand, forældre-barn kontakten eller uro/gråd ved A- eller B-besøget.

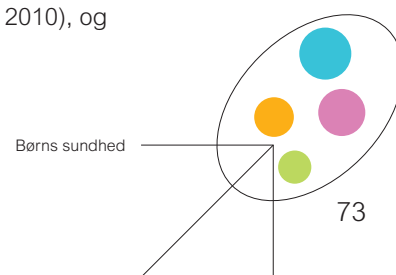
Der er en signifikant større andel af børn, der udelukkende får modermælkerstatning blandt børn, der ikke bor med begge forældre, hvis mor er yngre end 25 år, hvis mor ikke er i erhverv, hvis mor er efterkommer, hvis mors højeste uddannelse er en erhvervsfaglig uddannelse eller grundskolen, der er udsat for passiv rygning i hjemmet, der er født for tidligt, der er født med lav fødselsvægt, der er flerfødt, der er født ved kejsersnit, der har været indlagt fire døgn eller mere i forbindelse med fødslen, som ikke blev lagt til brystet inden for to timer efter fødslen, der har fået modermælkerstatning under indlæggelsen, hvor mor ikke har erfaring med amning og hvor mor ikke ønsker at amme, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand, forældre-barn kontakten eller uro og gråd ved A- eller B-besøget.

Det **sjette** hovedfund omhandler de børn, der ikke bliver ammet fuldt ved B-besøget. For disse børn er der større sandsynlighed for at blive ammet delvis, hvis barnets mor er efterkommer eller indvandrer, hvis barnet udsættes for passiv rygning i hjemmet, hvis barnet er flerfødt samt har fået modermælkerstatning under indlæggelsen. Børn, der ikke bliver ammet fuldt ved B-besøget, har til gengæld mindre sandsynligheden for at blive ammet delvist, hvis de er født for tidligt og har en mor, der ikke ønsker at amme.

Sammenligning med anden forskning

Undersøgelsen viser på mange afgørende områder en god overensstemmelse med dansk og international forskning om amning og risikofaktorer for kortvarige ammeforløb. Forekomsten af fire måneders fuld amning svarer i store træk til den, som fremgår af Kronborg et als omfattende danske befolkningsundersøgelse (Kronborg et al. 2015) og af tidligere analyser baseret på Databasen Børns Sundhed (Christensen et al. 2011).

Mange af risikofaktorerne for kortvarig eller ingen amning, som vi finder i denne rapport, er også fundet i andre danske eller udenlandske studier. Det gælder for eksempel risikofaktoren enligt mor (Mathews et al. 2014, Meedya et al. 2010, Al-Shabab et al. 2010), manglende tilknytning til arbejdsmarkedet (Mathews et al. 2014), etniske minoriteter (Jones et al. 2015, Busck-Rasmussen et al. 2014), lav uddannelse (Meedya et al. 2010), ung mor (Meedya et al. 2010) (bemærk at der er et enkelt studie, som finder den omvendte sammenhæng, at ældre mødre ammer mindre (Al-Shabab et al. 2010), depression efter fødslen (Ahlqvist-Björkroth et al. 2016), MME under indlæggelsen (Christensen et al. 2011), manglende ammeerfaring (Al-Shabab et al. 2010), og





førstegangsfødende (Labarère et al. 2012). Vores analyser er overordnet på linje med resultaterne fra Kronborg et al.'s studier (2004, 2014) – en overensstemmelse, som er vigtig, fordi Kronborgs studier er fra Danmark, de bygger på store studiepopulationer og har meget grundige data om amning og risikofaktorer.

Vi finder, at passiv rygning i hjemmet er en risikofaktor for slet ikke at komme i gang med amning og for en kortvarig ammeperiode. I sammenhæng hermed finder flere studier, at rygning hos mor er en risikofaktor for en kortvarig ammeperiode (Al-Shabab et al. 2010, Wallweiner et al. 2015, Kronborg et al. 2014).

Har sundhedspleje betydning for amningen?

Hvis man skal svare på dette spørgsmål, skal man ideelt set sammenligne ensartede lande eller kommuner med og uden sundhedspleje. Spørgsmålet kan derfor ikke besvares ud fra Databasen Børns Sundhed, da denne kun rummer data om familier med sundhedspleje. Men der er andre studier, som kan belyse spørgsmålet. Guldager (1992) sammenlignede områder i Københavns Kommune med normal og stærkt begrænset tilbud om hjemmebesøg. Hun fandt, at forældrene i gruppen med stærkt begrænset sundhedspleje næsten alle havde været meget usikre med hensyn til amningen og havde manglet støtte, og deres ammeperiode var kortere end forældrene med normal sundhedspleje. Kronborg et al. (2012, 2016) vurderede virkningerne af sygeplejerskestrejken i Danmark i 2008. Denne strejke betød, at en del familier ikke fik hjemmebesøg af sundhedsplejersken i barnets første levemåneder. I disse familier var der en betydeligt større forekomst af kortvarig amning, end man ellers ser i Danmark. I

Sverige har Ekström et al. (2012) gennemført et eksperiment, hvor kvinder i udvalgte kommuner fik støtte af fagpersoner med en særlig efteruddannelse i amning og spædbørns sundhed. Kvinderne i interventionskommunerne ammede fuldt i signifikant længere tid end kontrolgruppen og oplevede sjældnere problemer med utilstrækkelig mælk. Disse studier er gode indicier for, at sundhedspleje har en betydelig positiv effekt på, om børn ammes i den anbefalede periode.

Stærke og svage sider ved data og metode

En af de stærke sider ved denne rapport er, at den omfatter et stort og repræsentativt materiale. Der er tale om en total population af børn født i 32 kommuner. Eftersom næsten alle børn ses af en sundhedsplejerske i første leveår, er der næsten ingen problemer med bortfald og dermed relateret bias. Vi påstår ikke, at undersøgelsen er repræsentativ for hele landet, men Databasen Børns Sundhed omfatter både børn fra rige og fattige kommuner, fra landområder, provinsbyer og storstadsområder og repræsenterer derfor en sådan geografisk og socioøkonomisk variation, at den er hensigtsmæssig til beskrivelse af amning blandt danske børn. En anden af de stærke sider ved rapporten er, at data er systematiske og leveret af fagpersoner: Det er sundhedsplejerskerne, som på grundlag af forældreoplysninger og egne observationer noterer, om barnet bliver ammet. Den samme styrke gælder de mange andre variable, der indgår i analyserne: de er indsamlet systematisk og efter en standardiseret manual. I modsætning til mange spørgeskemaundersøgelser, hvor data om børns sundhed baseres på forældrenes svar, så er vores data indsamlet af sundhedsuddannede personer, som har en god faglig baggrund for at føre deres journaler.



Koblingen af journaldata med registre er ligeledes med til at styrke kvaliteten af data. Koblingen med de sociodemografiske registre betyder, at vi nu har næsten fuldstændige oplysninger om fx arbejdsmarkedstilknytning, uddannelse og herkomst for alle forældrene. Koblingen med udvalgte variable fra Landspatientregisteret betyder også, at vi har mulighed for at inddrage oplysninger, vi ikke har kunnet før.

To journalsystemer – er det et problem?

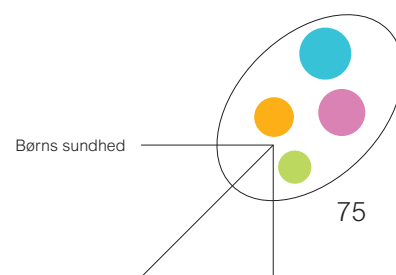
Det er et vigtigt skridt for Databasen Børns Sundhed, at det nu er muligt for kommunerne at indsende data via de to største udbydere af elektroniske journaler til de kommunale sundhedsordninger; NOVAX og TM Sund. Anvendelsen af to systemer betyder samtidigt, at det kan være vanskeligt at sammenligne data fra de to forskellige journaler. Sundhedsplejerskerne og de to journaludbydere har i årene 2014-2015 bidraget betydeligt til denne nye mulighed. De har i udviklingsarbejdet lagt vægt på, at journalen skal være et brugbart og meningsfuldt arbejdsredskab for sundhedsplejerskerne, at den ikke er for omfattende og tidkrævende at anvende, og at de indhentede data skulle være nogenlunde sammenlignelige. Alle kernevariable er belyst i begge journaler, og begge journaler har detaljer, som den anden ikke har. Et eksempel er, at oplysning om mors ønske om at amme og mors viden om amning kun findes i TM Sund journalen, mens oplysning om start og slutdato for delvis amning kun findes i NOVAX journalen.

Påtrængende forskningsspørgsmål

Selv om der er en del viden om langtidseffekter af amning, så er der også mange områder, hvor de eksisterende undersøgelser giver modstridende eller ikke-konklusive resultater. Derfor er

der behov for flere studier om langtidseffekterne af amning, for eksempel for moderens og barnets vægtudvikling, for forældre-barn kontakten, for barnets mentale sundhed og for barnets sprogudvikling, motorik og almene trivsel. Selv om der er ganske stor videnskabelig enighed om de positive helbredsmæssige effekter af amning, så er der dog også forskere, som udtrykker tvivl om denne sammenhæng: Colen & Ramey (2014) mistænker, at de gavnlige effekter kan være udtryk for, at de fleste undersøgelser baseres på en selekteret studiepopulation. Her kan Databasen Børns Sundhed gøre en forskel, fordi studiepopulationen ikke er selekteret, da den dækker stort set alle børn født i de deltagende kommuner. Derudover kan man følge børnenes udvikling indtil indskoling og om få år i nogle kommuner også helt til udskoling.

Men Databasen Børns Sundhed kan ikke opfylde alle behov for forskning. Journalerne har ikke oplysning om alting, og det skal de heller ikke have. Ud fra et videnskabeligt synspunkt er der oplysninger, som kunne være vigtige at inddrage, og det er vores håb, at sundhedsplejersker og forskere i fremtiden vil indgå i et samarbejde om at belyse nogle nye temaer. Det vil fx være vigtigt at skaffe grundige data om social støtte til familien, fordi social støtte har betydning for ammeforløbet. Udenlandske undersøgelser har vist, at social støtte fra partner, andre familiemedlemmer og fagpersoner kan have forskellig effekt på ammeforløbet, og at emotionel og praktisk støtte ligeledes kan have forskellig indflydelse på ammeforløbet (Burns et al. 2010, Meedya et al. 2010, Mitchell-Box et al. 2013). Det er vigtigt at få gode danske undersøgelser om disse emner, fordi de kan guide sundhedsplejerskernes arbejde med at støtte amning.





Det vil også være vigtigt at dykke mere ned i mødrenes virkelighed, og fx få belyst erfaringer og overvejelser hos kvinder, der ikke ammer deres børn. Der er studier, som viser, at ikke-ammende mødre føler sig misforstået, føler at de har fejlet og føler skyld, når amningen ikke gik, som de havde håbet. Mange af disse kvinder bliver gladere, når de opgiver amningen. Men de føler også, at de mangler forståelse og støtte fra omverdenen om, at amning ikke altid er bedst – enten for mor eller barn (se fx Fahlquist 2014).

Et andet underbelyst tema er kvindernes egen oplevelse af amningen, fx om man herhjemme kan genfinde fundene hos Brown (2014) om ubehag og udmattelse i forbindelse med amning og bekymring om mælkemængde. Gode kvalitative interviewundersøgelser kan være en vej til nærmere udforskning af disse temaer.

14. Hvilke tiltag foreslår litteraturen?

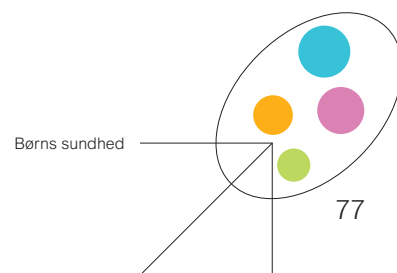


Den videnskabelige litteratur giver nogle forslag til ændret indsats eller prioritering. Fx anbefaler Bever Babendure et al. (2015), at man skal øge indsatsen for, at kvinder ikke tager for meget på under graviditeten, fordi det kan hjælpe kvinderne til at gennemføre fuld amning i mange måneder. Sundhedsstyrelsen (2013) anbefaler, at man skal have fokus på støtte og gode råd om eksempelvis amnestillinger og afhjælpning af det træk, der kan komme i store bryster. Specielt tvillingestillingen er optimal i denne situation. De anbefaler også, at man øger kvindens vidensniveau og øger hendes selvtillid i forhold til amning – nogle indsatser som kan være særligt vigtige i familier, som er efterkommere af indvandrere. En styrket inddragelse af far/partner kan også have en positiv effekt på amneforløbet (Brown & Davies 2014, Sundhedsstyrelsen 2013).

Asylsøgere nævnes ofte som en særlig udfordring, men der savnes mere viden om emnet. Der er et studie, som viser, at asylsøgende kvinder, som planlægger at blive i landet, har større tilbøjelighed til at amme fuldt i længere tid (Dennis et al. 2014). Dette er lidt i modstrid med Busck-Rasmussen et al. (2014), som viser, at ikke-vestlige indvandrere alt i alt ammer kortere end danske kvinder. Forslaget er derfor, at sundhedsplejersken inddrager kvindens herkomst og tilhørsforhold i rådgivning om amning.

Desuden er kvinder, der føder ved kejsersnit, en risikogruppe, som måske trænger til større opmærksomhed fra sundhedspersonalets side, fordi de er tilbøjelige til at made deres nyfødte på en anden måde end ved fuld amning. Maastrup et al. (2014b) anbefaler, at sundhedspersonalet er ekstra opmærksomme på for tidligt fødte børn, men at der ikke er grund til at give dem en anden behandling end børn, der er født til tiden, medmindre deres tilstand eller helbred siger andet.

Sundhedsplejersken har mulighed for at være katalysator for social støtte fra andre medlemmer af kvindernes sociale netværk. Hun har måske mulighed for at arbejde mere med fædrene, et vigtigt og delvis upåagtet område, ifølge Brown (2014) og Emmot et al. (2015). Ifølge disse forfattere ønsker fædre specifik viden om fordele ved amning, og hvordan de kan støtte mødrenes amning. Fædre vil gerne involveres, men føler sig ofte udenfor og hjælpeløs i relation til amningen.



15. Konkrete indsatser i kommunerne

Sundhedsplejersker har stor viden og erfaring i rådgivning og vejledning om amning, og sundhedsplejerskeordningerne har særligt uddannede ammekonsulenter (IBCLC). Dette er sammen med tilbud om barselsbesøg en mulig årsag til, at de accelererede indlæggelsesforløb omkring fødsel og barsel **ikke** har resulteret i et faldende antal af børn, der ammes fuldt de første fire levemåneder.

Der er stadig et godt stykke vej til de anbefalede fire eller seks måneders fuld amning for næsten alle mødre. Rapporten viser, hvilke grupper af mødre, der ammer fuldt de første fire måneder. Analyserne viser, hvad der karakteriserer kvinder, der ammer en kort periode eller slet ikke ammer. Ikke overraskende er det især mødre med kort skolegang og efterkommere af indvandrere, der kan forventes at have brug for yderlige indsatser fra sundhedsplejen, hvis amningen skal lykkes.

Den generelle indsats og indsatser til specifikke målgrupper

Temarapporten, der udkom i 2015 om sundhedsplejens ydelser i barnets første leveår (Databasen Børns Sundhed et al. 2015a), viser, at der ikke er dokumentation for at undlade indsatser til fx veluddannede forældre og/eller forældre med mere end et barn, men at der, som i dette tilfælde vedr. amning, er brug for at rette opmærksomheden mod bestemte grupper med henblik på at vurdere behovet for yderligere indsatser.

Ammevejledningen er et af de områder, hvor ændrede indsatser hurtigt kan følges, idet fuld amning ved fire måneder er en af de udvalgte indikatorer i årsrapporterne.

For at øge andelen af børn, der ammes de første fire måneder, anbefales det, at den enkelte sundhedsplejerskeordning drøfter:

- *Hvad der skal til for at øge andelen af kvinder, der ammer i netop deres kommune?*
- *Hvilken indsats der aktuelt ydes – og om der er brug for justeringer?*

Samarbejde med fødestederne

Temarapporten viser, at der gives overraskende meget MME til nyfødte børn – også til de børn der udskrives meget kort tid efter fødslen. Sundhedsplejen har traditionelt et veletableret samarbejde med fødesteder. Det anbefales:

- *At tilskud af MME drøftes med fødestederne med udgangspunkt i rapportens analyser.*
- *At drøfte praksis om at lægge barnet til brystet umiddelbart efter fødslen.*

Ny viden

Temarapportens gennemgang af videnskabelig litteratur, herunder kildeanvisninger, giver let adgang til den nyeste viden indenfor amning. Litteraturen giver forslag til konkret rådgivning og indsatser til specifikke målgrupper samt inddragelse af fædre. Det anbefales:

- *At afsnittet, der gennemgår den nyeste viden, drøftes med henblik på behov for at indhente yderligere viden/inspiration i den enkelte kommune.*



Årsrapporten

Rapporten indeholder årsdata på børn født i 2014. Årsrapporten viser udviklingen af enkelte indikatorer i den enkelte kommune og kommunerne imellem. Denne monitorering kan bl.a. bruges til:

- *At drøfte og vurdere behovet for yderligere indsatser fra sundhedsplejen og evt. andre faggrupper*
- *Følge indsatser, der allerede er iværksat.*

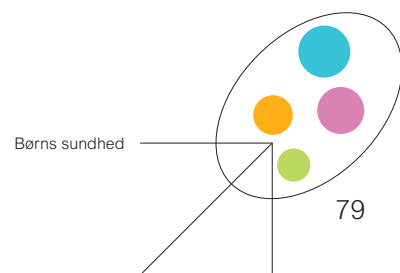
Datakvalitet

Sundhedsplejersker er en veluddannet faggruppe, og deres journaldata er gode – de er de bedste, vi har på børneområdet. Derfor åbner denne monitorering store muligheder for arbejdet med at fremme børn og unges sundhed, mindske den sociale ulighed i sundhed og skabe ny viden gennem forskning.

Rapporten indeholder også oplysninger om manglende data. Det anbefales:

- *At sundhedsplejerskeordningerne glæder sig over alle de veldokumenterede data.*
- *At den enkelte kommune lægger en plan for arbejdet med at nedbringe andelen af manglende data – og tværkommunalt inspirere hinanden i dette arbejde.*

Det er vores håb, at resultaterne i denne rapport vil blive benyttet af sundhedsplejersker og andre faggrupper, der arbejder med sundhedsfremme blandt spædbørn.



16. Årsrapport for børn født i 2014

Formål og opbygning af årsrapporten

Formålet med denne del af rapporten er at tegne en sundhedsprofil for børn født i 2014 i de 32 kommuner, der indgår.

Databasen Børns Sundhed har udvalgt en række indikatorer til måling af børns sundhed og udvikling samt kvaliteten af ydelser, indsatser og resultater inden for sundhedsplejen. Disse kvalitetsindikatorer anvendes i årsrapporten til at beskrive udvalgte områder af børnenes sundhed og udvikling. Sundhedsplejerskerne registrerer i forbindelse med hjemmebesøgene, hvorvidt der er bemærkninger til en indikator (fx barnets motorik).

Bemærkninger dækker over, at barnet ikke opfylder den forventelige udvikling i forhold til alderstrinnet. For hver indikator registrerer sundhedsplejerskerne desuden, hvilke bemærkninger, der er tale om. Såfremt der er forhold, der kræver yderligere observation eller handling, henviser sundhedsplejersken herefter barnet til et relevant kommunalt tilbud eller til yderligere udredning i almen praksis (Sundhedsstyrelsen 2011).

Resultaterne i årsrapporten angives i tabeller og diagrammer, som både indeholder resultater for det samlede antal spædbørn i rapporten og for de enkelte kommuner. For en række hovedvariable vises desuden udviklingen over de seneste fire år. Dette gælder dog kun for de 13 kommuner, der har indgået i databasesamarbejdet i de sidste fire år. Enkelte tal for børn født i 2013 afviger en lille smule fra de publicerede tal i sidste årsrapport, da Allerød Kommune og Vejle Kommune sidste år indgik i det samlede tal.

Procenterne i årsrapportfigurerne er beregnet for de spædbørn, hvor data findes, altså med en forudgående frasortering af børn med manglende oplysninger. Procenttallene kan derfor være forskellige fra tallene i temarapporten om amning. Der indgår færre børn i temadelen af rapporten, fordi børn, der ikke er registeret ammeoplysninger på, ikke indgår i temarapporten.

For enkelte variable er der høj forekomst af manglende registreringer, hvilket kan medføre usikkerhed i resultaterne. I de fleste tilfælde dækker manglede registreringer sandsynligvis over, at der ikke er noget at bemærke - at familie og barn trives.

Nye kommuner og revideret journal

Der er sket meget siden årsrapporten fra sidste år. For det første har 17 nye kommuner indrapporteret data til Databasen Børns sundhed. For det andet er det nu muligt også at indrapporterer data til Databasen Børns Sundhed via NOVAX journalsystemet. For det tredje har de gamle kommuner i Databasen Børns Sundhed fået opdateret deres journalsystem, og reviderede udgaver af spædbørnsjournalen og stamdata er taget i anvendelse.



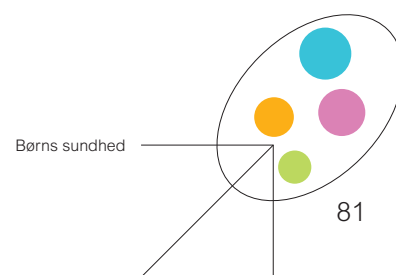
Revideringen af TM Sunds spædbørnsjournal og stamdata betyder, at enkelte variable har ændret ordlyd, og at nogle variable har fået flere eller færre svarkategorier. Det kan i nogle tilfælde derfor være problematisk at sammenligne direkte med tidligere år selv mellem de gamle TM Sund kommuner. Hvor dette kan være tilfældet, vil det blive beskrevet i teksten.

Antal børn, der indgår i årsrapporten

Årsrapporten er baseret på sundhedsplejerskers journaldata om 18.687 børn, der er født i 2014. Børnene stammer fra 32 kommuner: Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholm, Brøndby, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Herlev, Hillerød, Hvidovre, Høje-Taastrup, Hørsholm, Ishøj, Køge, Lyngby-Taarbæk, Roskilde, Rudersdal, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk, Vejle og Aarhus. Tabel 7 viser antallet af børn, der indgår i årsrapporten i de enkelte kommuner.

Tabel 7. Antal børn, der indgår i årsrapporten

Kommune	Antal børn der indgår i årsrapporten
Albertslund Kommune	293
Allerød Kommune	196
Ballerup Kommune	465
Bornholms Regionskommune	261
Brøndby Kommune	417
Dragør Kommune	115
Egedal Kommune	396
Fredensborg Kommune	352
Frederiksberg Kommune	1.590
Frederikssund Kommune	347
Furesø Kommune	356
Gentofte Kommune	725
Gladsaxe Kommune	746
Glostrup Kommune	271
Gribskov Kommune	283
Halsnæs Kommune	261
Helsingør Kommune	482
Herlev Kommune	321
Hillerød Kommune	461
Hvidovre Kommune	663
Høje-Taastrup Kommune	627
Hørsholm Kommune	162
Ishøj Kommune	302
Køge Kommune	531
Lyngby-Taarbæk Kommune	527
Roskilde Kommune	732
Rudersdal Kommune	422
Rødovre Kommune	470
Tårnby Kommune	402
Vallensbæk Kommune	178
Vejle Kommune	1.160
Aarhus Kommune	4.172
Hele populationen	18.687





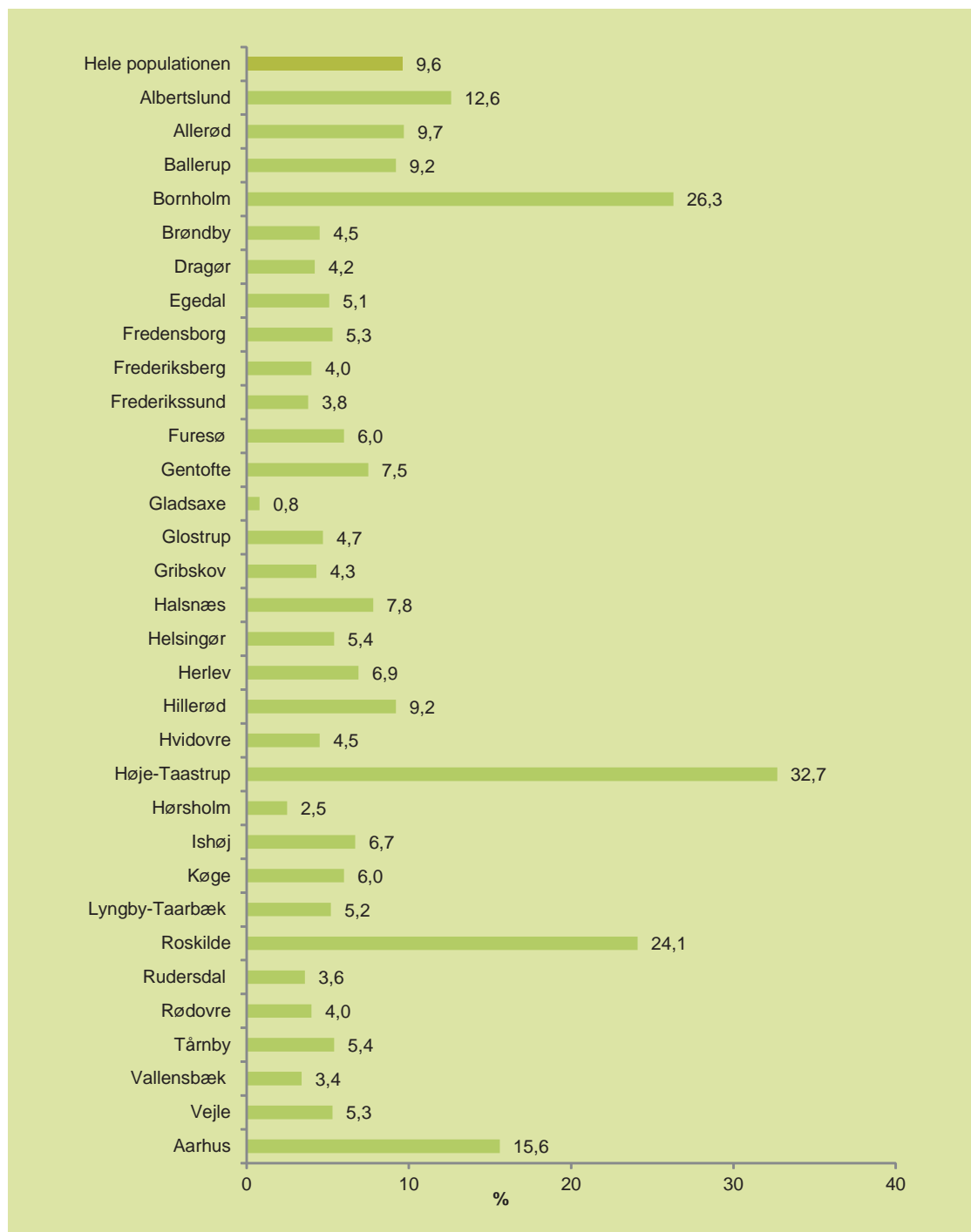
Tablel 8. Procent af børnene, hvor A-D besøget er registreret (N=18.687)

	Andel af børn, hvor det respektive besøg er registreret			
	A-besøg (0-2 mdr.)	B-besøg (2-3 mdr.)	C-besøg (4-6 mdr.)	D-besøg (8-10 mdr.)
Albertslund Kommune	94,5	88,7	90,1	86,4
Allerød Kommune	82,7	76,0	85,7	88,3
Ballerup Kommune	92,3	88,4	84,1	86,9
Bornholms Regionskommune	96,6	92,7	94,6	92,7
Brøndby Kommune	93,1	84,4	84,4	82,0
Dragør Kommune	94,8	94,8	91,3	94,8
Egedal Kommune	91,9	88,1	92,2	92,9
Fredensborg Kommune	93,2	88,4	88,9	84,7
Frederiksberg Kommune	94,8	91,4	88,2	84,4
Frederikssund Kommune	96,0	90,8	90,5	88,8
Furesø Kommune	91,6	86,8	89,6	90,2
Gentofte Kommune	88,4	80,4	84,1	78,9
Gladsaxe Kommune	93,3	89,0	89,4	83,7
Glostrup Kommune	94,5	85,6	90,8	87,8
Gribskov Kommune	95,1	82,0	91,9	88,7
Halsnæs Kommune	96,9	93,9	86,2	95,0
Helsingør Kommune	96,1	93,2	93,4	89,0
Herlev Kommune	87,5	84,1	85,7	89,7
Hillerød Kommune	96,3	85,7	89,2	87,0
Hvidovre Kommune	88,5	80,4	84,6	77,7
Høje-Taastrup Kommune	90,8	81,7	83,4	78,0
Hørsholm Kommune	93,8	33,3	42,0	64,2
Ishøj Kommune	95,4	92,7	94,7	90,7
Køge Kommune	89,3	76,7	78,5	75,7
Lyngby-Taarbæk Kommune	92,8	91,1	93,0	93,9
Roskilde Kommune	87,0	69,0	73,6	80,6
Rudersdal Kommune	92,7	87,2	91,9	91,2
Rødovre Kommune	89,6	80,4	90,9	83,4
Tårnby Kommune	89,1	79,6	84,1	80,4
Vallensbæk Kommune	92,1	92,4	91,6	92,1
Vejle Kommune	89,5	82,2	53,2	79,0
Aarhus Kommune	93,7	85,7	19,3	86,2
Hele populationen	92,3	84,9	69,2	84,8

I tabel 8 ses forekomsten af registrerede A-, B-, C- og D-besøg for de enkelte kommuner og for den samlede population. Af tabellen fremgår det, at der for 92,3 % af børnene i populationen er registreret et A-besøg, for 84,9 % et B-besøg, for 69,2 % et C-besøg og for 84,8 % et D-besøg. Grunden til, at alle besøg ikke er registreret for alle børn, skyldes mange forskellige forhold. Der er familier, som bor i en anden kommune på det

pågældende tidspunkt, og der kan være familier, hvor det ikke lykkes at finde tid til et besøg. I Aarhus Kommune tilbydes C- besøget ikke til alle børn, og i Vejle Kommune tilbydes C-besøget kun til førstegangsfødende.

Figur 41. Andelen af børn, hvor der er registreret graviditetsbesøg (N=18.687)



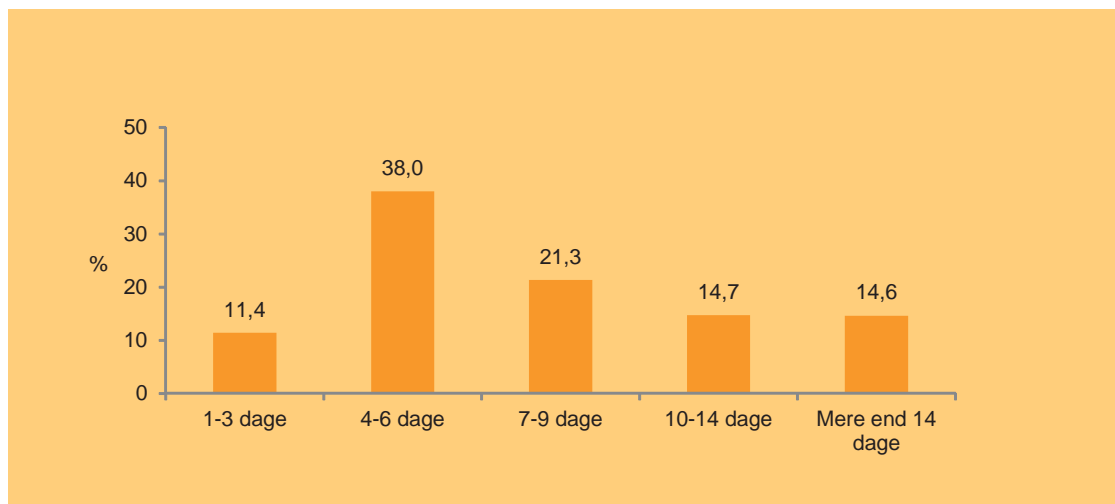
Graviditetsbesøg

I nogle kommuner tilbydes besøg af sundhedsplejersken under graviditeten som en del af den kommunale sundhedspleje. Figur 41 viser andelen af børn for hvem, der er registreret graviditetsbesøg i journalen. Blandt børn født i 2014 modtog 9,6 % et eller flere graviditetsbesøg. Der er stor variationen kommunerne imellem.

Udover samarbejdet mellem kommune og fødested (fx om der er jordemoderkonsultation i kommunen) afhænger antallet af graviditetsbesøg også af servicetilbuddet i den enkelte kommune: er graviditetsbesøg fx et tilbud til alle, et tilbud til førstegangsfødende eller et tilbud efter behov.



Figur 42. Barnets alder ved første besøg (N=17.770)



Barnets alder ved første besøg af sundhedsplejen

Figur 42 viser barnets alder ved første besøg af sundhedsplejen. Af figur 42 ses, at 49,4 % af børnene havde det første besøg af sundhedsplejersken, inden de var en uge gamle. En forholdsvis høj andel af børnene i den samlede population modtog deres første besøg, da de var mere end 14 dage gamle (14,6 %). Denne gruppe indeholder blandt andet tilflyttere samt børn, der har været indlagt længe efter fødslen.

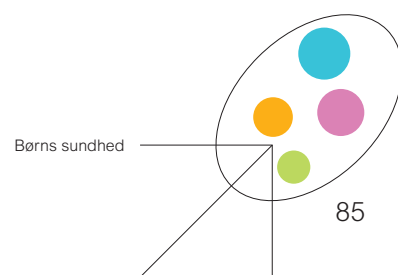
Tabel 9 viser barnets alder ved første besøg opdelt på kommune. Det fremgår af tabellen, at der er stor variation i, hvornår første besøg ligger kommunerne i mellem. Nogle af forskellene kan skyldes registreringsfejl. Dette vil blive undersøgt, med henblik på at sikre gode data i de fremadrettede rapporter.





Tabel 9. Procentvis fordeling af børnene efter alder ved første besøg, opdelt på kommune (N=17.770)

	Barnets alder ved første besøg				
	1-3 dage	4-6 dage	7-9 dage	10-14 dage	Over 14 dage
Albertslund Kommune	4,1	12,3	30,7	36,5	16,4
Allerød Kommune	6,1	62,8	11,7	5,6	13,8
Ballerup Kommune	19,0	52,0	11,0	5,0	13,0
Bornholms Regionskommune	15,7	32,8	26,5	10,8	14,2
Brøndby Kommune	9,9	22,4	30,6	24,6	12,5
Dragør Kommune	13,0	57,4	13,0	7,8	8,7
Egedal Kommune	17,7	39,8	20,2	8,1	14,3
Fredensborg Kommune	10,6	44,7	21,6	7,7	15,4
Frederiksberg Kommune	15,6	39,1	28,0	5,8	11,4
Frederikssund Kommune	17,0	30,6	28,9	7,8	15,7
Furesø Kommune	17,0	33,0	22,1	6,5	21,4
Gentofte Kommune	10,6	21,5	28,1	21,3	18,6
Gladsaxe Kommune	14,3	29,3	29,5	7,5	19,4
Glostrup Kommune	8,5	34,1	23,3	24,4	9,6
Gribskov Kommune	13,2	45,5	21,4	6,4	13,6
Halsnæs Kommune	8,3	49,4	23,9	6,1	12,2
Helsingør Kommune	17,8	44,6	22,7	5,4	8,5
Herlev Kommune	14,6	40,8	22,7	9,4	12,5
Hillerød Kommune	6,9	45,9	23,9	8,0	15,4
Hvidovre Kommune	7,9	32,8	20,6	22,2	16,5
Høje-Taastrup Kommune	18,9	32,4	20,6	12,5	15,7
Hørsholm Kommune	5,5	20,5	44,1	8,7	21,3
Ishøj Kommune	12,8	33,7	30,9	7,8	14,8
Køge Kommune	1,7	18,9	38,3	26,4	14,7
Lyngby-Taarbæk Kommune	32,3	34,4	17,3	5,5	10,5
Roskilde Kommune	9,6	32,7	25,7	16,9	15,2
Rudersdal Kommune	19,3	44,6	17,1	3,3	15,8
Rødovre Kommune	18,1	54,3	13,8	1,9	11,9
Tårnby Kommune	7,0	44,1	29,4	7,5	12,0
Vallensbæk Kommune	8,8	32,4	37,5	7,4	14,0
Vejle Kommune	4,8	44,9	21,8	13,3	15,2
Aarhus Kommune	8,7	44,3	12,9	17,7	16,4
Hele populationen	11,4	38,0	21,3	14,7	14,6





Figur 43. Andelen af tidligt fødte børn (før uge 37) (N=15.795)





Gestationsalder

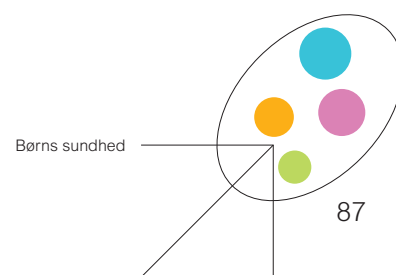
Langt hovedparten af børnene (93,4 %) er født til tiden, her defineret som 37.- 44. graviditetsuge. Gestrationsalderen for de resterende børn fordeler sig således, at 5,7 % er født i uge 33-36 (tidligt født), mens 0,9 % er født i uge 20-32 (ekstremt tidligt eller meget tidligt født). Figur 43 viser andelen af tidligt fødte børn (før uge 37) i hele populationen og for den enkelte kommune. I hele populationen er 6,6 % af børnene født før uge 37. Andelen af tidligt fødte børn varierer fra 2,7 % til 13,2 %.

Fødested

Tabel 10 viser antal og andel af børn efter fødested. Analysen er udarbejdet på baggrund af registeroplysninger, hvor data om fødsler fra Region Sjælland ikke er udspecificeret på de enkelte hospitaler. Af figuren ses det, at den største andel af børn er født på Skejby Sygehus (21,1%). Kategorien "Andet" dækker hjemmefødsler og fødesteder, hvor højst 50 børn er registret som født.

Tabel 10. Fordelingen af børn efter fødested (N=17.517)

Fødested	Antal børn	Andel (%)
Rigshospital	2.098	12,0
Hvidovre	2.616	14,9
Herlev	3.500	20,0
Hillerød	2.799	16,0
Region Sjælland	1.301	7,4
Bornholm	221	1,2
Horsens	100	0,6
Fredericia/Kolding	936	5,3
Aarhus/Skejby	3.688	21,1
Andet	258	1,5
I alt	17.517	100



Tabel 11. Procentvis fordeling af børn efter indlæggelseslængde i forbindelse med fødslen (N=17.576)

	Højest 6 timer	6-24 timer	2-3 døgn	4-6 døgn	6- døgn
Albertslund Kommune	32,2	7,4	45,2	9,9	5,3
Allerød Kommune	25,0	6,8	50,0	11,5	6,8
Ballerup Kommune	28,1	6,6	50,2	9,3	5,9
Bornholms Regionskommune	11,5	5,5	55,3	19,0	8,7
Brøndby Kommune	24,3	4,4	57,8	7,4	6,1
Dragør Kommune	26,4	5,7	57,6	9,4	0,9
Egedal Kommune	28,5	4,5	50,7	9,2	7,1
Fredensborg Kommune	21,9	6,1	51,7	14,0	6,4
Frederiksberg Kommune	21,4	6,1	51,3	15,9	5,3
Frederikssund Kommune	28,1	2,7	50,6	11,7	6,9
Furesø Kommune	35,8	8,3	39,4	11,5	5,0
Gentofte Kommune	26,6	8,8	48,7	10,8	5,2
Gladsaxe Kommune	25,8	7,8	46,7	12,7	7,1
Glostrup Kommune	27,7	3,4	55,3	10,2	3,4
Gribskov Kommune	28,2	3,7	49,6	11,5	7,0
Halsnæs Kommune	23,1	3,6	48,6	19,0	5,7
Helsingør Kommune	22,6	4,3	52,1	13,7	7,4
Herlev Kommune	24,2	5,9	50,3	12,4	7,2
Hillerød Kommune	18,7	3,1	54,2	18,0	6,0
Hvidovre Kommune	28,6	5,3	48,6	12,9	4,5
Høje-Taastrup Kommune	25,8	6,6	48,4	10,7	8,5
Hørsholm Kommune	20,0	4,5	56,8	13,6	5,2
Ishøj Kommune	26,1	5,4	54,6	9,6	4,3
Køge Kommune	22,0	6,3	51,9	12,3	7,5
Lyngby-Taarbæk Kommune	27,0	6,8	48,1	13,6	4,6
Roskilde Kommune	21,8	4,9	52,9	14,3	6,2
Rudersdal Kommune	31,2	7,9	40,9	12,7	7,4
Rødovre Kommune	27,0	6,9	52,4	8,7	5,0
Tårnby Kommune	27,5	4,0	52,1	12,2	4,2
Vallensbæk Kommune	22,3	6,6	54,2	11,5	5,4
Vejle Kommune	27,9	2,9	35,8	23,8	9,5
Aarhus Kommune	29,9	3,2	46,7	12,9	7,2
Hele populationen	26,3	5,1	48,7	13,4	6,5

Indlæggelseslængde

Tabel 11 viser den procentvise fordeling af børn efter indlæggelseslængde i forbindelse med fødsel.

Af tabellen ses, at en fjerdedel af børnene blev udskrevet inden for seks timer efter fødslen. Derudover viser figuren, at næsten halvdelen af børnene blev udskrevet to til tre døgn efter fødslen (48,7 %).



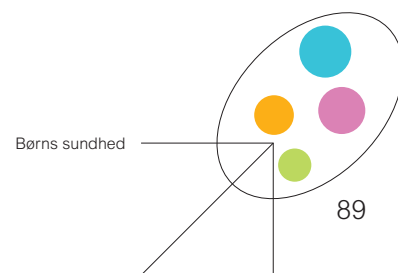
Figur 44. Andelen af børn med en apgarscore på mindst ni, fem minutter efter fødslen (N=16.988)



Apgarscore

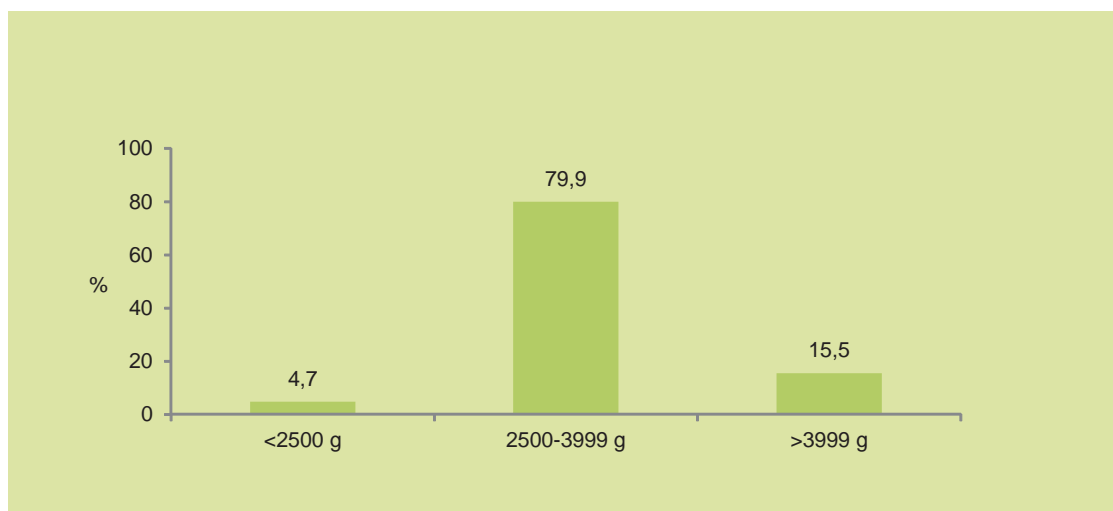
Apgarscore er et mål for barnets tilstand lige efter fødslen. Barnets tilstand vurderes af en jordmoder eller fødselslæge, som tildeler barnet fra nul til to point på fem områder (vejtrækning, hudfarve, hjerteslag, reflekser og muskelpændinger).

Barnet kan således score fra nul til ti point. Figur 44 viser andelen af børn med en apgarscore på mindst ni fem minutter efter fødslen blandt hele populationen og opdelt på kommune. I den samlede population har 95,6 % af børnene scoret mindst ni point efter fem minutter.





Figur 45. Procentvis fordeling af børn efter fødselsvægt (N=17.879)



Fødselsvægt

Oplysningerne om fødselsvægt er hentet via Landspatientregisteret. Af figur 45 fremgår det, at 4,7 % af børnene i populationen er født med en fødselsvægt på mindre end 2500 gram, at 79,9 % er født med en fødselsvægt på mellem 2500 gram og 3999 gram, og at 15,5 % er født med en fødselsvægt på 4000 gram eller mere. Figur 46 viser andelen af børn med en fødselsvægt på under 2500 gram opdelt på kommune og for den samlede population. Af figuren fremgår det, at andelen af børn med en lav fødselsvægt varierer meget kommunerne i mellem – fra 1,0 % til 7,1 %.



Figur 46. Andelen af børn med en fødselsvægt under 2500 gram i hele populationen og opdelt på kommune ((N=17.879)





Misdannelser, handicap og sygdom

Misdannelser ved fødslen er indhentet via Landspatiensregisteret. Ifølge registeret havde 0,5 % af børnene i hele populationen en eller flere misdannelser ved fødslen.

I den nye TM Sund journal registrerer sundhedsplejersken endvidere, om barnet har en sygdom/handicap, som giver barnet tab eller begrænsninger i mulighederne for at deltage på lige fod med andre. I figur 47 ses, at for 2,0 % af børnene i hele populationen har sundhedsplejersken vurderet, at barnet har en sygdom/handicap, som giver barnet tab eller begrænsninger i mulighederne for at deltage på lige fod med andre. Den højere andel skyldes, at definitionen i journalen er bredere end i Landspatientregisteret, samt at sundhedsplejersken også indrapporterer sygdomme/handicaps, der er opdaget i hele barnets første leveår og ikke kun ved fødslen.

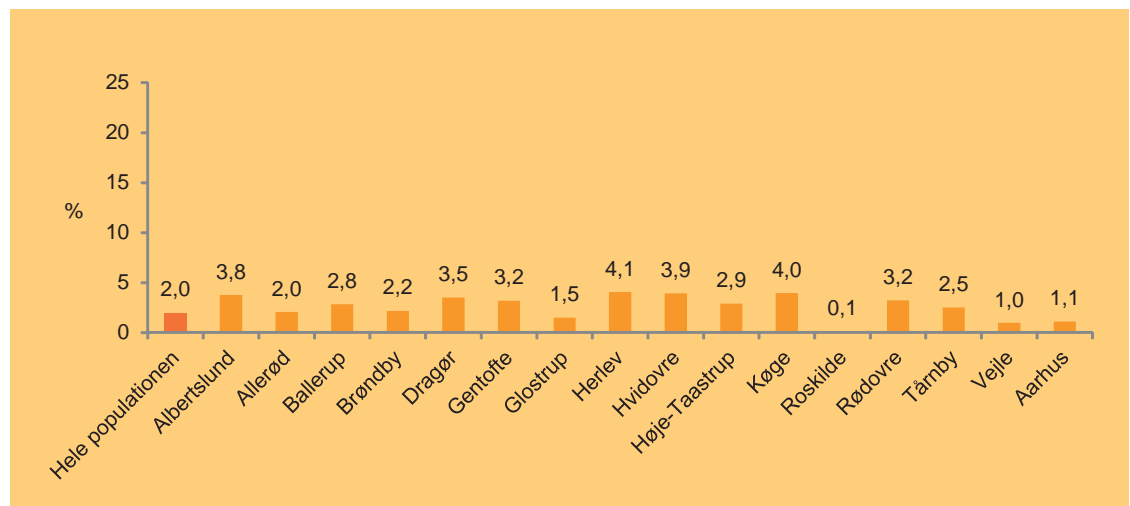
Forekomst af børn, der udsættes for passiv rygning i hjemmet

Børn er særligt sårbare overfor passiv rygning, fordi deres luftveje, lunger og andre organer ikke er færdigudviklet, og fordi de har en højere respirationsrate og derved indånder flere partikler. Børn tilbringer endvidere mange timer indendørs (Brink & Lawson-Smith 2008, Clemmensen et al. 2005).

Sundhedsplejersken registrerer i journalen, hvorvidt barnet er udsat for passiv rygning i hjemmet. Figur 48 og 49 viser forekomsten af børn, der er udsat for passiv rygning i hjemmet, i henholdsvis TM Sund og NOVAX kommunerne. I hele populationen er 6,6 % af børnene udsat for passiv rygning i hjemmet. I TM Sund populationen er det 9,1 % og i NOVAX populationen 2,4 %.

Denne store variation journalsystemerne imellem kan være et udtryk for, at sundhedsplejerskerne registrerer noget forskelligt. Ifølge

Figur 47. Andelen af børn med en sygdom/handicap, som giver barnet tab eller begrænsninger i mulighederne for at deltage på lige fod med andre (N=11.556)

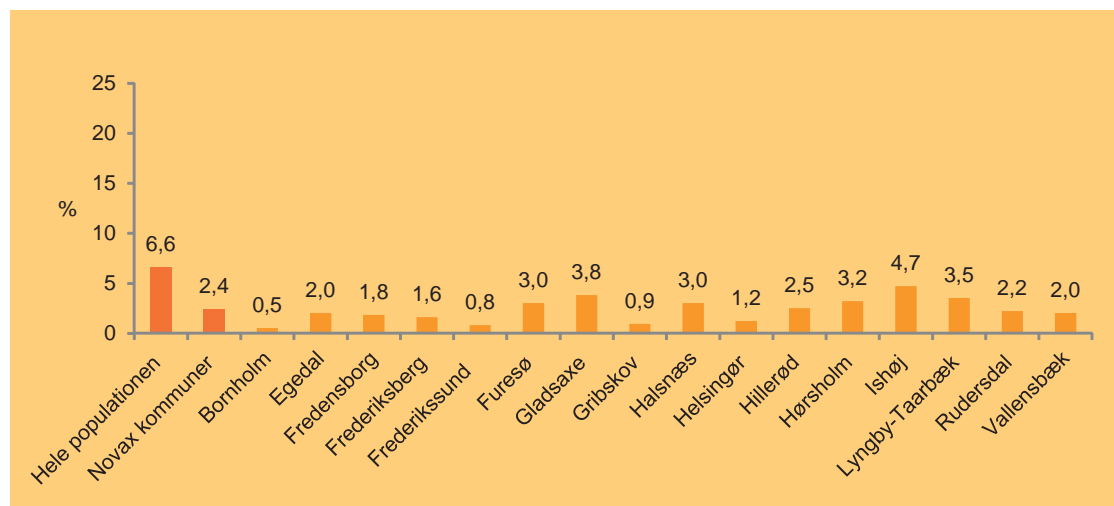




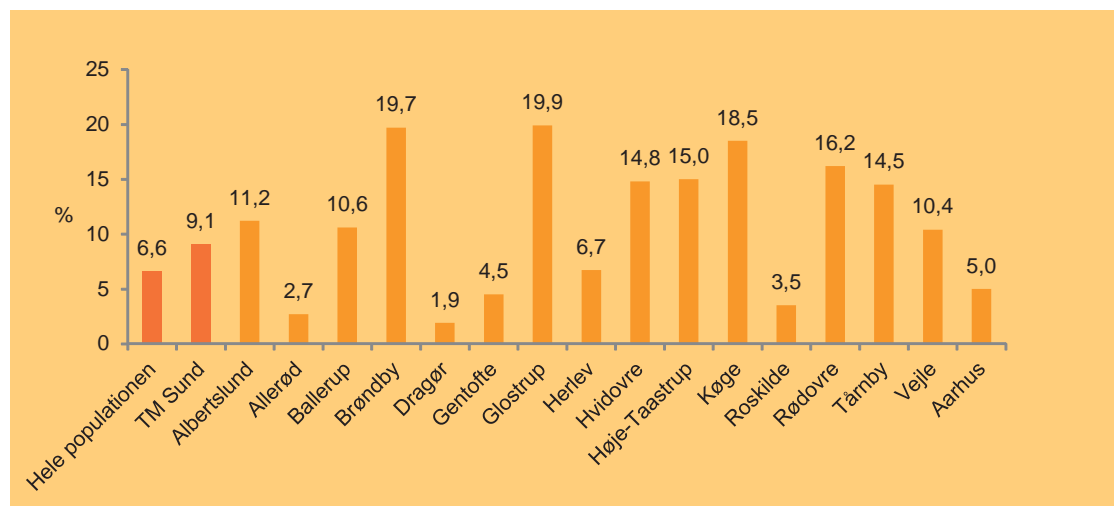
Sundhedsstyrelsens aktuelle forskrifter for den Nationale Børnedatabase skal oplysninger om passiv rygning indhentes ved etableringsbesøget, hvor sundhedsplejersken registrerer, om der bor personer sammen med barnet, som ryger i hjemmet mindst én gang ugentligt. Det anbefales, at der findes en fælles definition på passiv

rygning og evt. ændringer koordineres med henblik på at få så valide data som muligt.

Figur 48. Andelen af børn, der udsættes for passiv rygning i hjemmet i Novax kommunerne (N=8.515)



Figur 49. Andelen af børn der udsættes for passiv rygning i hjemme i TM Sund kommuner (N=9.555)



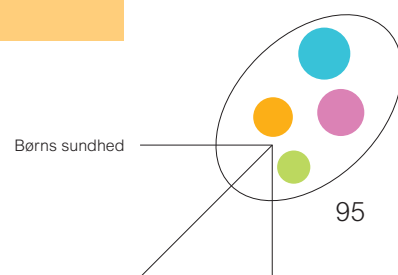
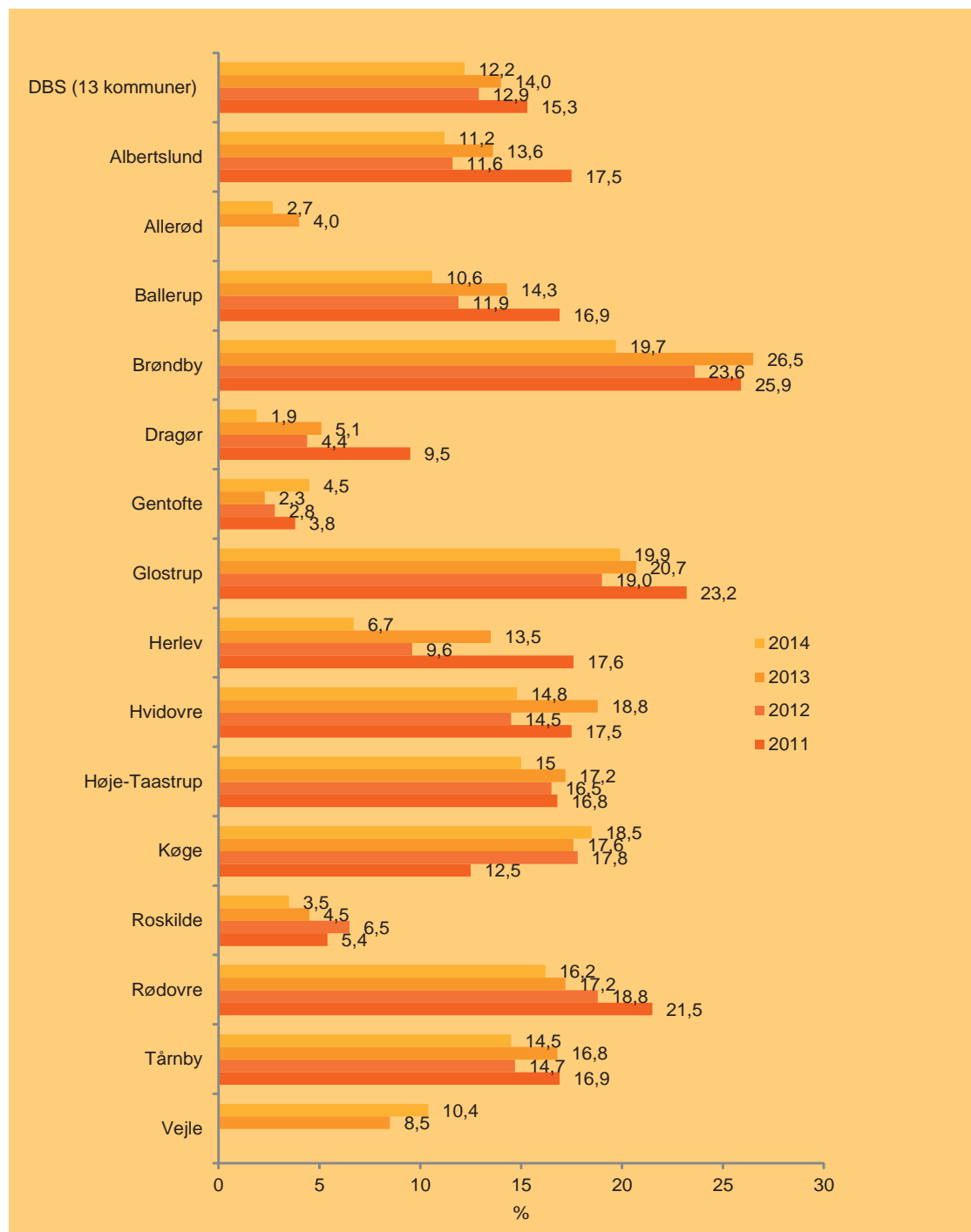


Figur 50 viser udviklingen i forekomsten af børn, der udsættes for passiv rygning i hjemmet. Af figuren ses, at der i de 13 tidligere databasekommuner er sket et lille fald i andelen af børn, der udsættes for passiv rygning i hjemmet.

Det kan dog være lidt problematisk at sammenligne tallene fra de tidligere år, da sundhedsplejersken tidligere ikke skulle notere passiv rygning i hjemmet, men hvorvidt barnet boede sammen med mindst én ryger.



Figur 50. Udviklingen i andelen af børn, der udsættes for passiv rygning i hjemmet/bor med ryger





Mors psykiske tilstand

Sundhedsplejersken vurderer mors psykiske tilstand ved fire besøg i løbet af barnets første leveår.

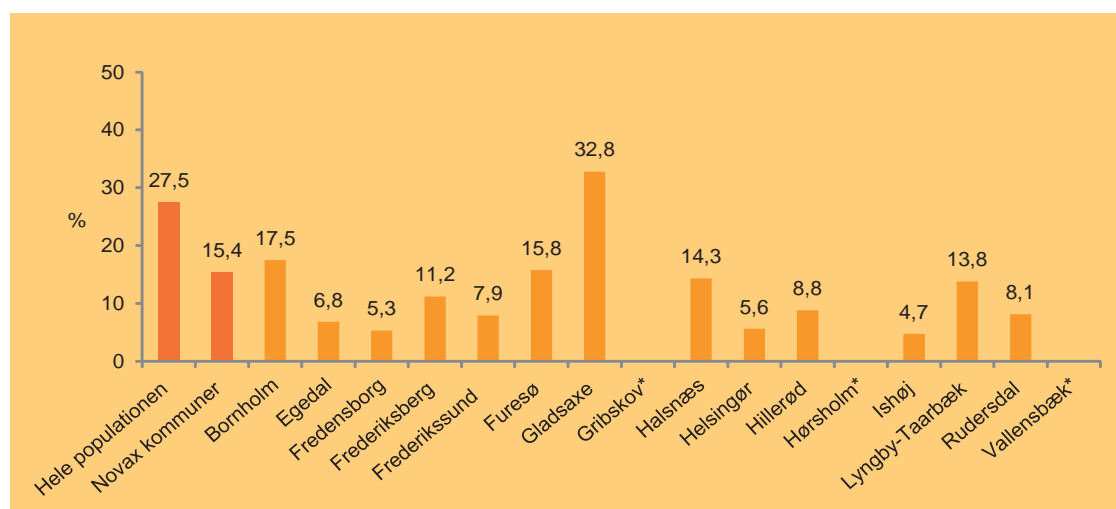
Figur 51 viser andelen af børn, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst et besøg i barnets første leveår i NOVAX kommunerne. Af figuren fremgår det, at 15,4 % af børnene i NOVAX kommunerne har bemærkninger til mors psykiske tilstand ved mindst et besøg. Andelen varierer mellem 4,7 % til 32,8 %. I den samlede population med både TM Sund kommunerne og NOVAX kommunerne er andelen 27,5 %. Kommunerne med stjerne indgår ikke, da antallet af børn med oplysninger om mors psykiske tilstand er meget lille.

Figur 52 viser andelen af børn, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst et besøg i barnets første leveår i TM Sund kommunerne. Af figuren ses, at der i næsten en tredjedel af journalerne er rapporteret bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst et besøg. Forekomsten varierer mellem 20,4 % og 41,0 % kommunerne imellem.

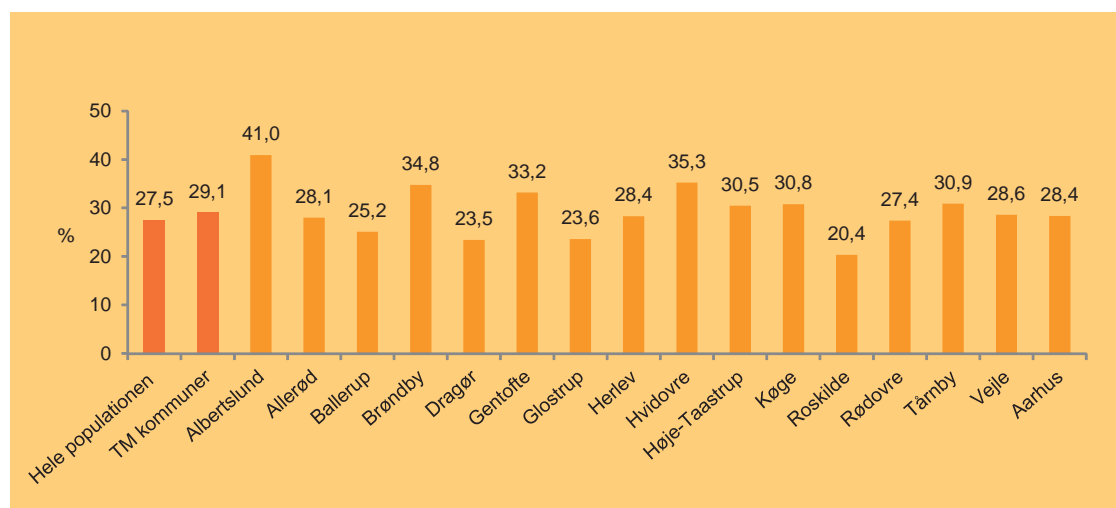
Figur 53 viser, at forekomsten i de 13 gamle DBS kommuner har svinget mellem 29,8 % og 32,0 % de seneste fire år uden nogen klar stigende eller faldende tendens.



Figur 51. Andelen af børn, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst et besøg i NOVAX kommunerne (N=1.607)

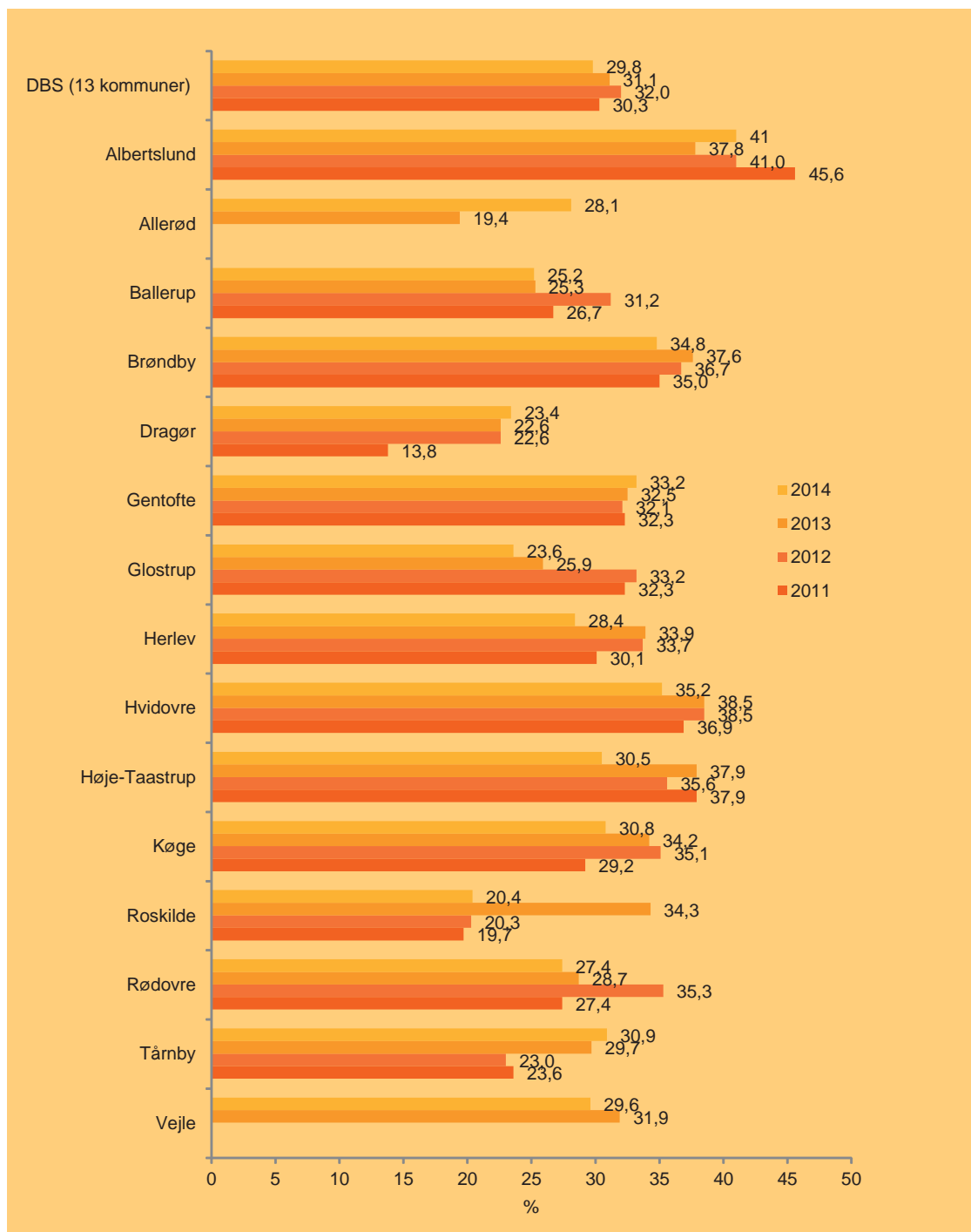


Figur 52. Andelen af børn, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst et besøg i TM Sund kommunerne (N=11.457)



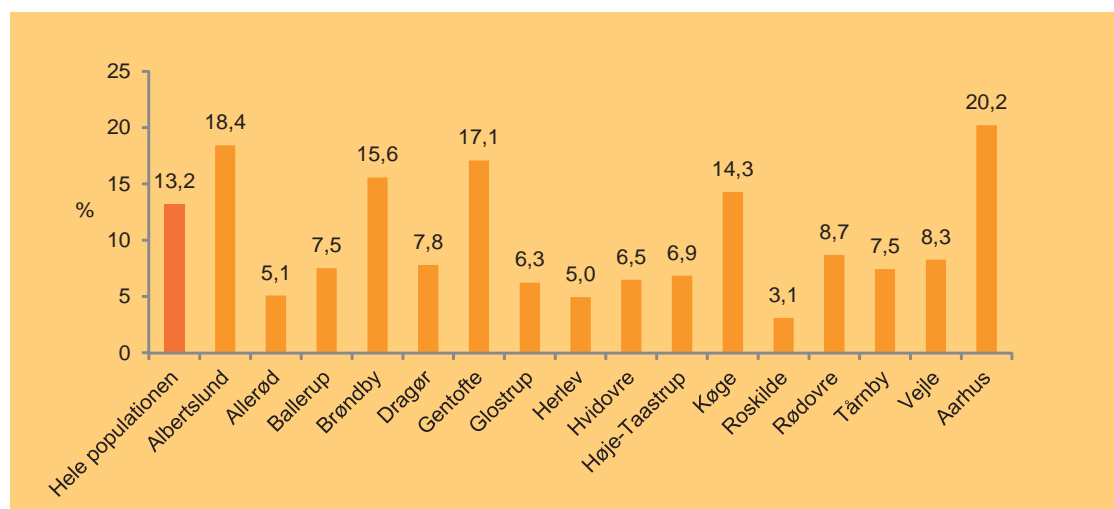


Figur 53. Udvikling i andelen af bemærkninger til mors psykiske tilstand ved mindst et besøg





Figur 54. Andelen af børn med bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil i første leveår (N=11.549)

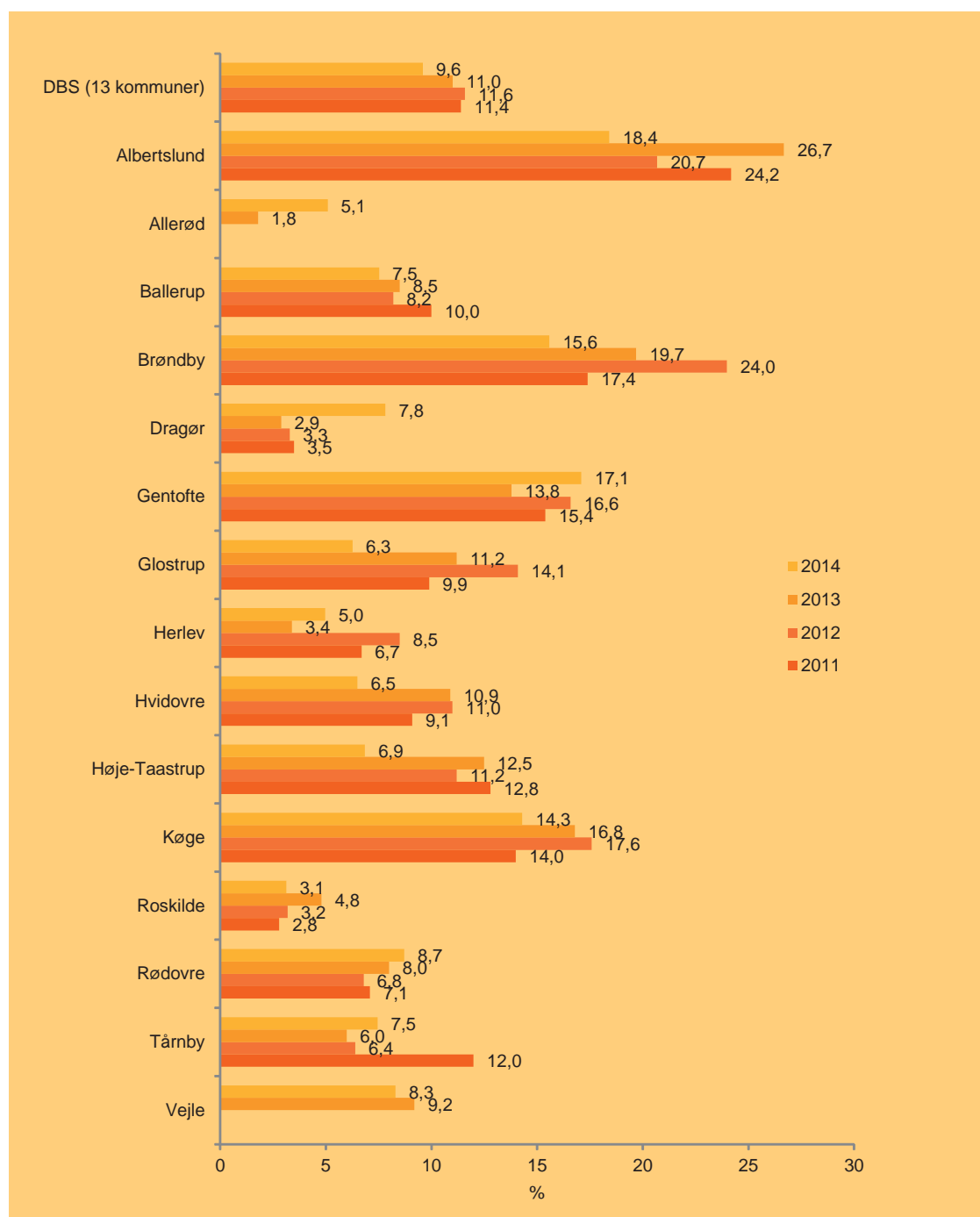


Bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil i første leveår

Sundhedsplejerskens bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil dækker blandt andet over bemærkninger til barnets pasning og pleje, tilpasning af aktiviteter efter barnets behov, forståelse og handling på henholdsvis barnets og søskendes signaler og følelsesmæssige behov. Figur 54 viser forekomsten af bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil ved mindst et af de fire besøg i barnets første leveår i TM Sund populationen samlet og opdelt på kommune. Andelen af børn med bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil er i hele populationen 13,2 %.



Figur 55. Udviklingen i andelen af børn med bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil i første leveår





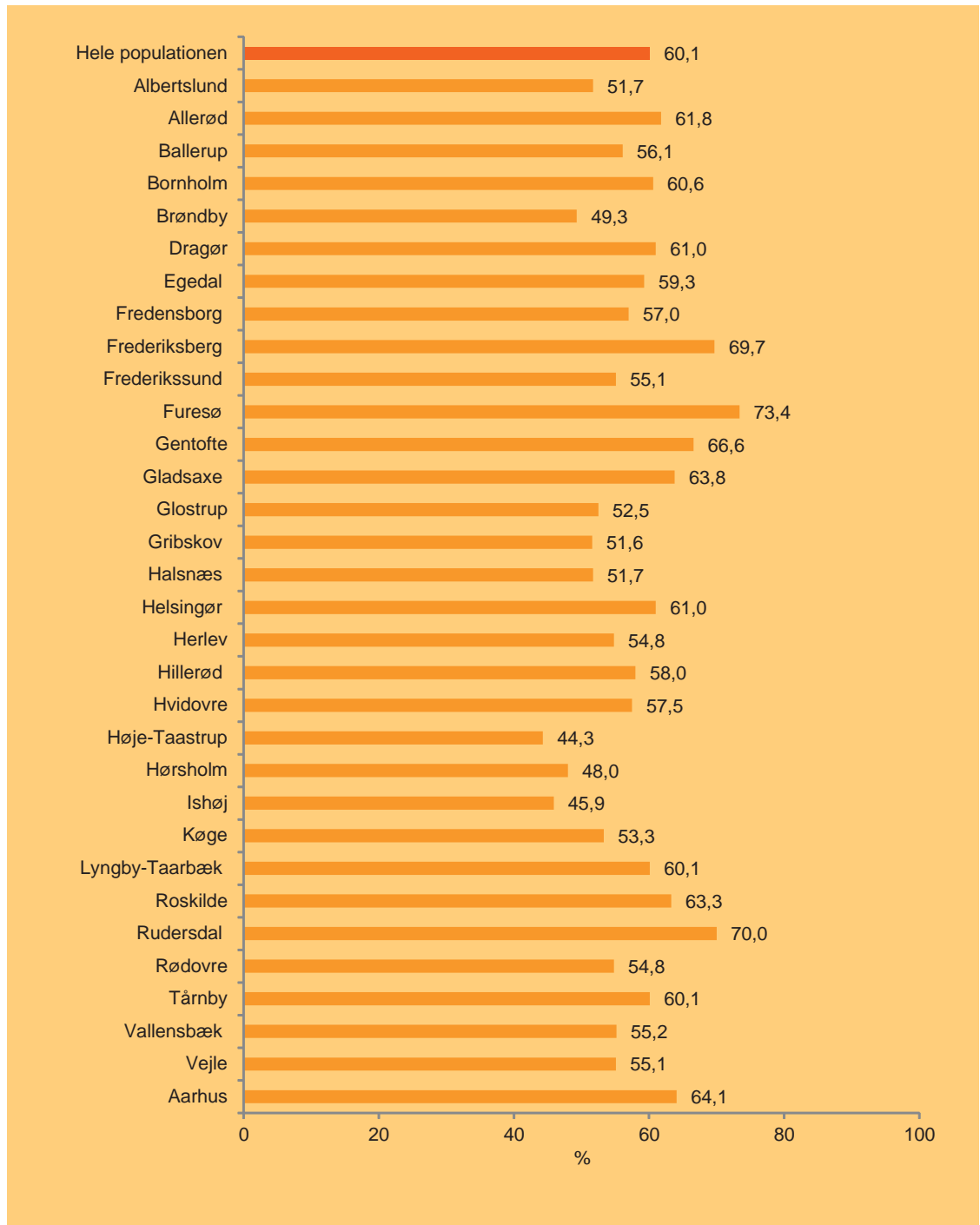
Fuld amning ved fire måneder

Figur 56 viser forekomsten af børn, der er ammet i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalingen om fuld amning i fire måneder (17 uger). Blandt børnene i årsrapporten blev 60,1 % ammet fuldt i mindst fire måneder, hvilket vil sige, at 39,9 %

af børnene ikke blev ammet fuldt i fire måneder. Andelen af børn, der er ammet fuldt i mindst fire måneder, er faldet siden 2012 i de 13 kommuner, der har været med i databasesamarbejdet de seneste fire år (se figur 57).

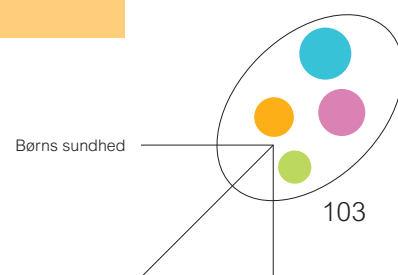
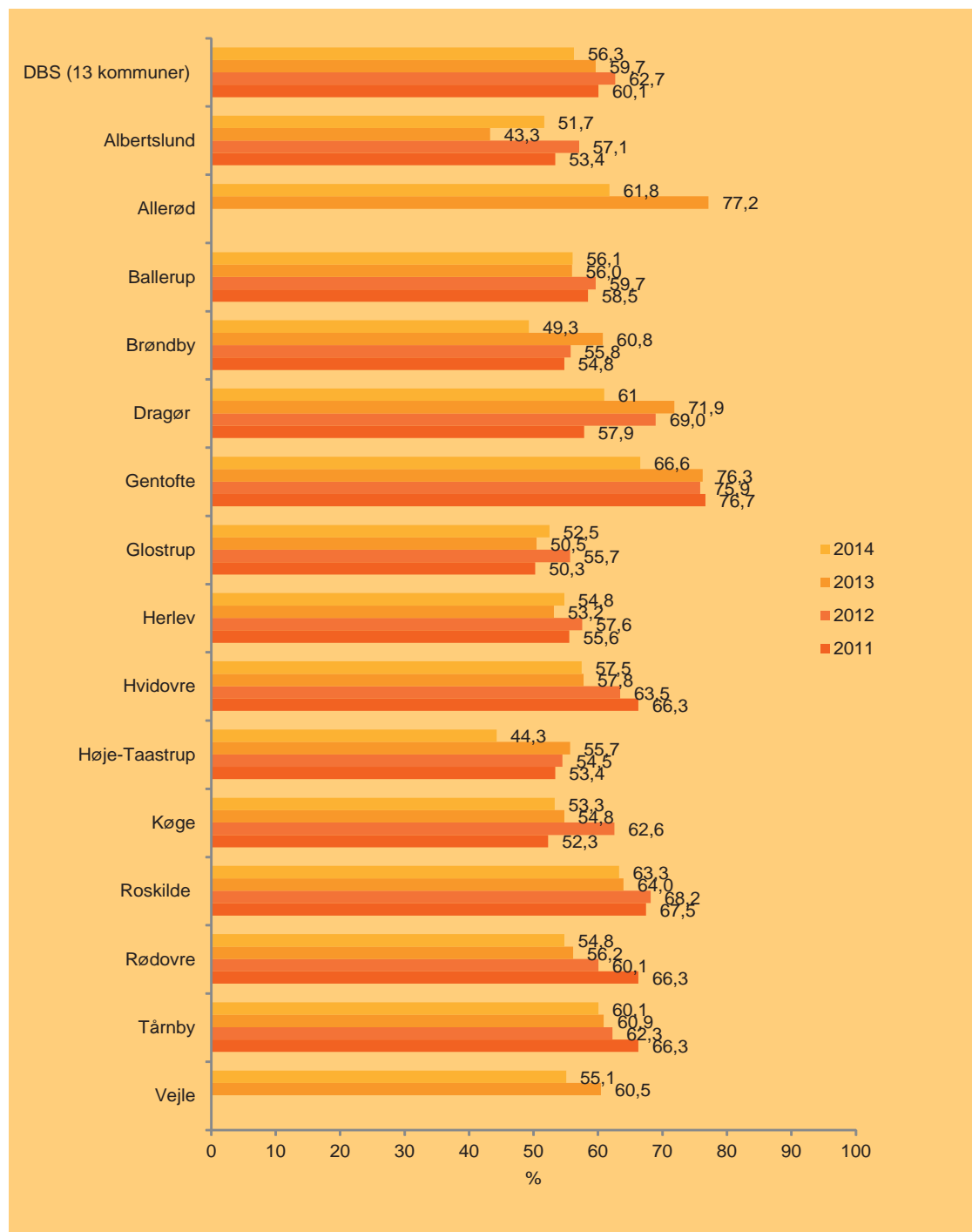


Figur 56. Andelen af børn, der bliver ammet fuldt i mindst fire måneder





Figur 57. Udvikling i andelen af børn, der er ammet fuldt i mindst fire måneder





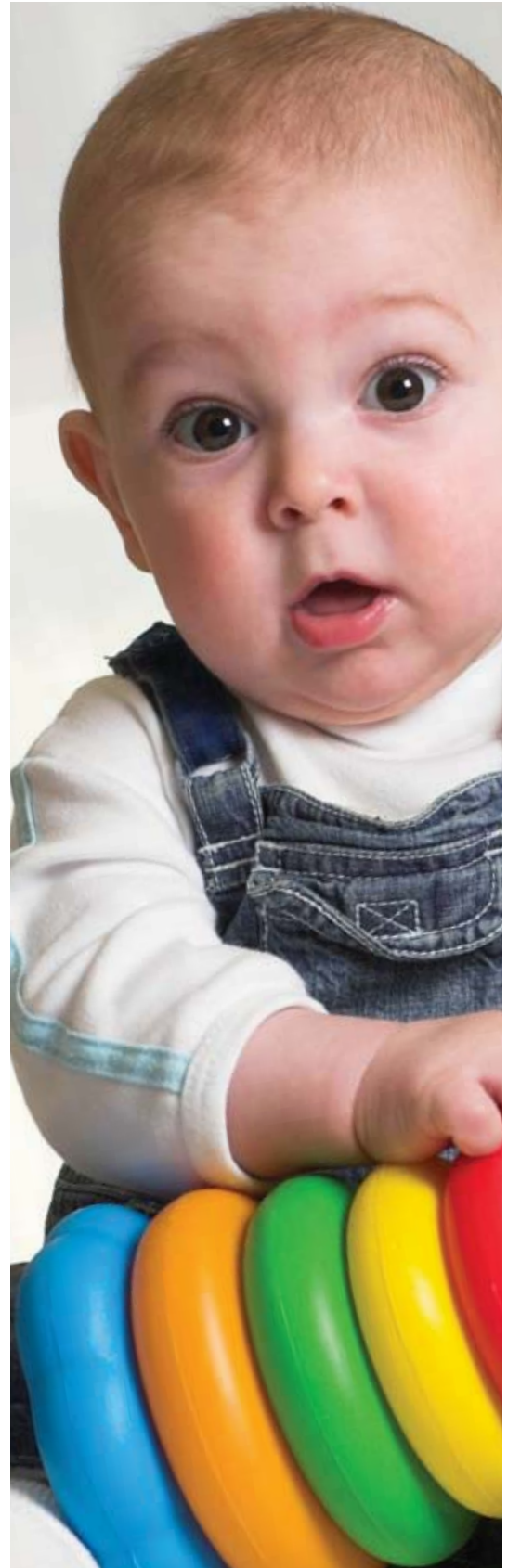
Motorik

Barnets motoriske færdigheder danner grundlag for dets bevægelsesmuligheder og er derfor afgørende for barnets interaktion med omverdenen. Evnen til at bevæge sig påvirker udviklingen af andre egenskaber, herunder kognitive, følelsesmæssige og sociale færdigheder (Haywood 2001, Payne & Isaacs 2011, Sigmundsson & Haga 2007). Desuden ses en øget risiko for motoriske vanskeligheder ved skolestart blandt de børn, der havde bemærkninger til motorik i otte-ti-måneders alderen (Brixval et al. 2012).

Figur 58 viser forekomsten af bemærkninger til barnets motorik ved otte-ti-måneders alderen (D-besøget) i NOVAX kommunerne. Af figuren fremgår det, at 6,4 % af børnene i NOVAX kommunerne har mindst én bemærkning til deres motorik ved otte-ti-måneders alderen. Andelen varierer her fra 2,8 % til 10,6 %. I den samlede population har 17,5 % af børnene bemærkning til motorik ved otte-ti-måneders alderen.

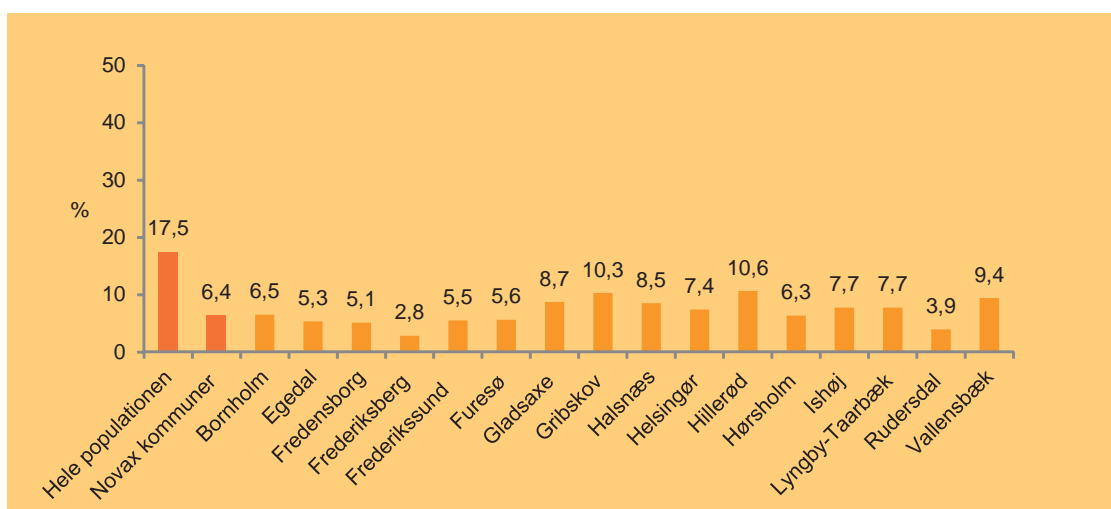
Figur 59 viser forekomsten af bemærkninger til barnets motorik ved otte-ti-måneders alderen (D-besøget) i TM Sund kommunerne. Af figuren fremgår det, at 22,2 % af børnene i TM Sund kommunerne har mindst én bemærkning til deres motorik ved otte-ti-måneders alderen. Andelen varierer fra 14,8 % til 32,6 %.

I figur 60 ses udviklingen fra 2011-2014 i forekomst af bemærkninger til barnets motorik i otte-ti-måneders alderen. Forekomsten af bemærkninger til motorik ved D-besøget har været faldende i perioden 2012-2014.

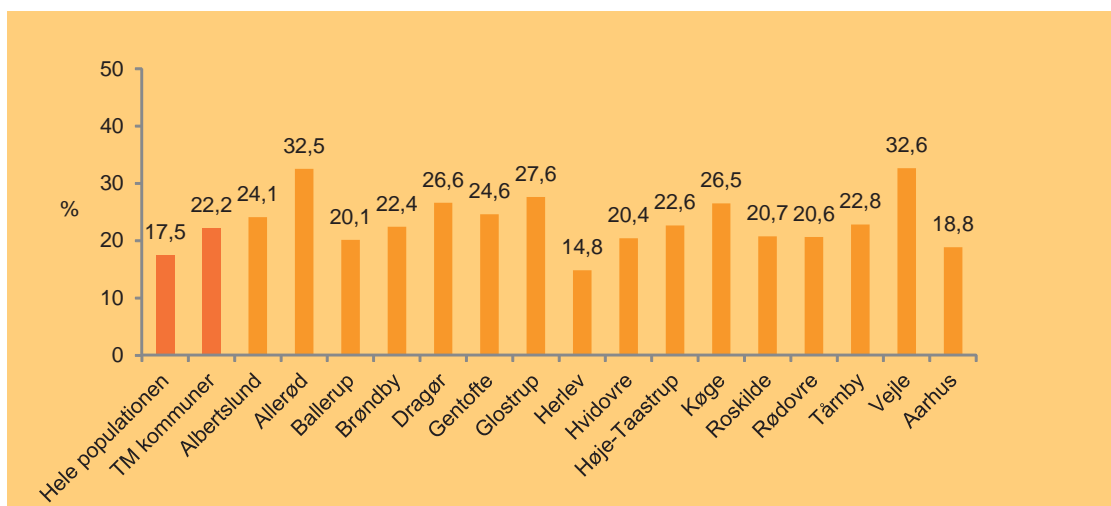




Figur 58. Andelen af børn med bemærkning til motorik ved otte-ti-måneders alderen i NOVAX kommuner (N=4.066)

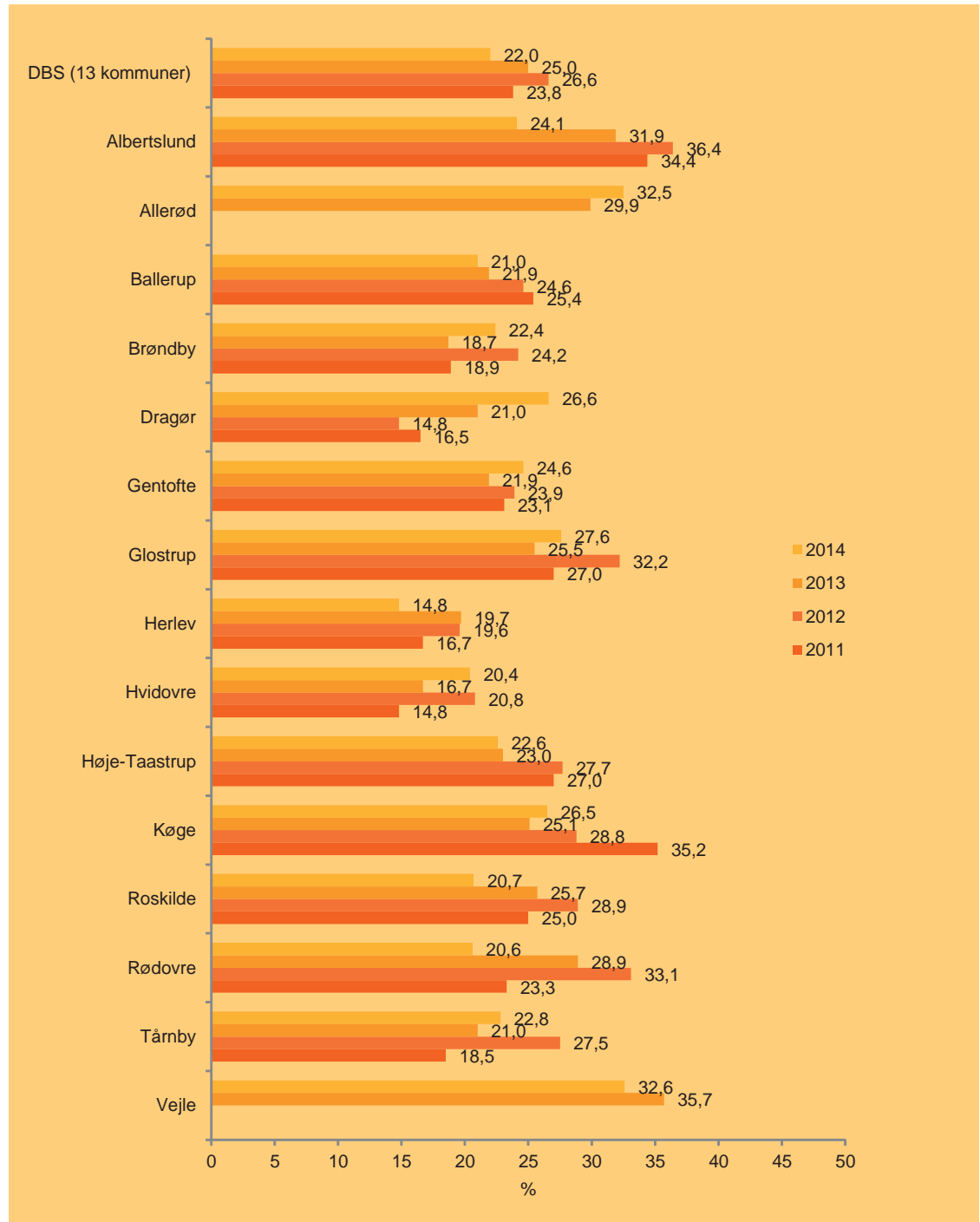


Figur 59. Andelen af børn med bemærkning til motorik ved otte-ti-måneders alderen i TM Sund kommuner (N=9.551)





Figur 60. Udviklingen i andelen af bemærkninger til barnets motorik i otte-ti-måneders alderen





Søvn

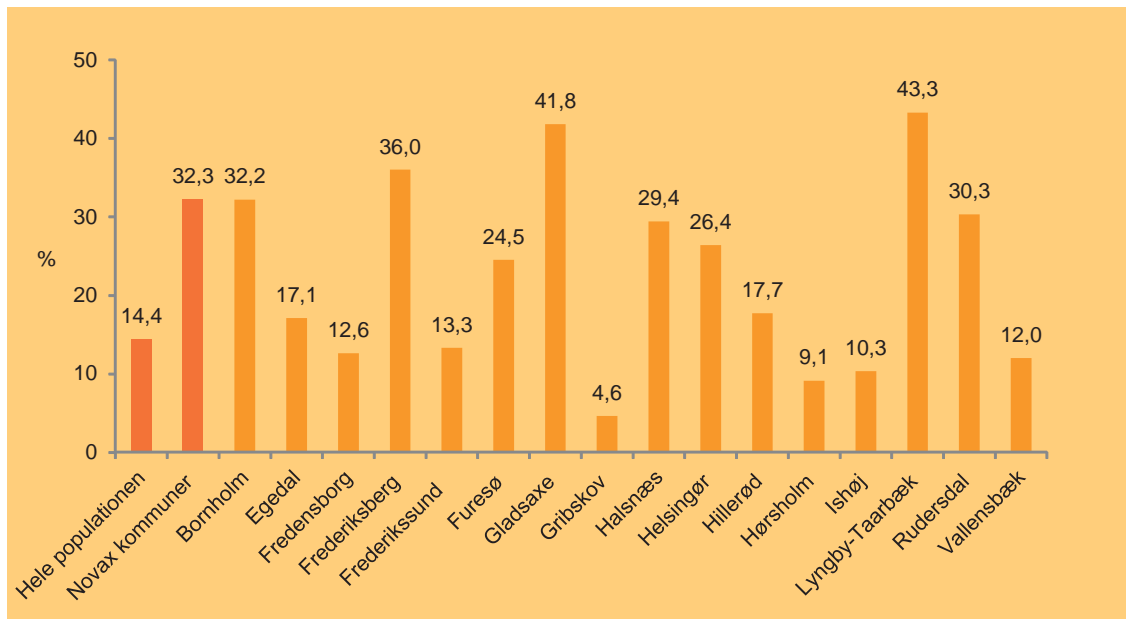
Sundhedsplejersken vurderer barnets døgnrytme og søvnmønster ved fire besøg i løbet af barnets første leveår. Det registreres i journalen, om barnets døgnrytme og søvnmønster lever op til den alderstilsvarende udvikling og barnets behov.

Figur 61 viser forekomsten af bemærkning til barnets søvn ved mindst et besøg i barnets første leveår i NOVAX kommunerne. Figuren viser, at 32,3 % af børnene i NOVAX kommunerne har bemærkninger til søvnen ved mindst et besøg. Forekomsten svinger mellem 4,6 % og 43,3 %. I den samlede population med både TM Sund og NOVAX kommunerne har 14,4 % af børnene bemærkning til barnets søvn ved mindst et besøg i barnets første leveår (figur 61 og figur 62).

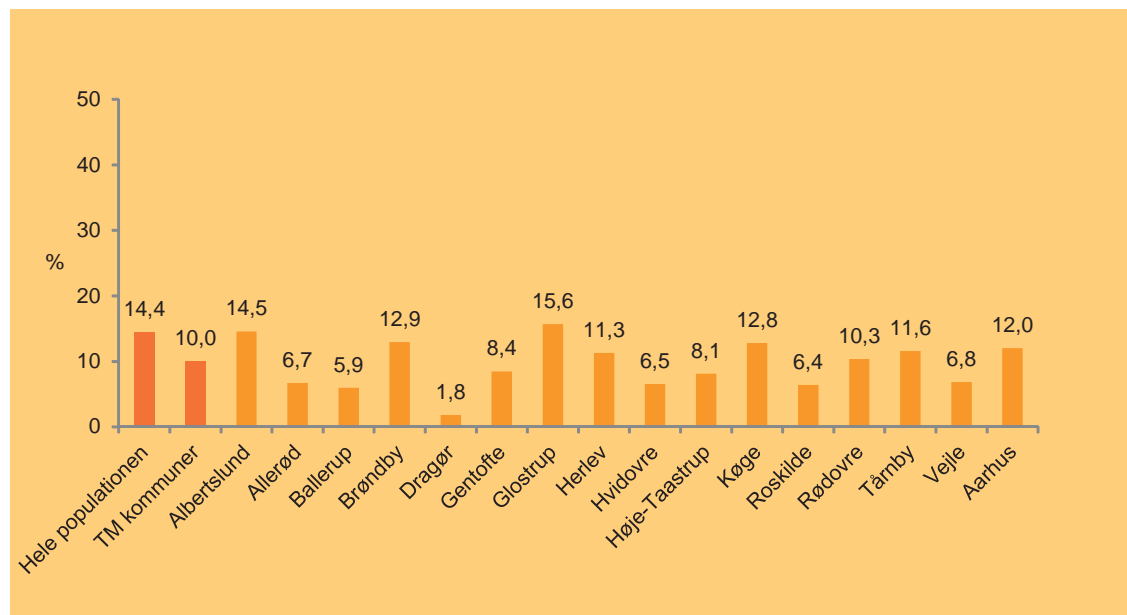
Figur 62 viser forekomsten af bemærkning til barnets søvn ved mindst et besøg i barnets første leveår i TM Sund kommunerne. Af figuren ses, at 10,0 % af børnene i TM Sund kommunerne har bemærkning til søvn ved mindst et besøg. Forekomsten svinger mellem 1,8 % og 15,6 %. Forekomsten har været stabil i perioden 2011-2014 (se figur 64).



Figur 61. Andelen af børn med bemærkning til søvn ved mindst et af de fire besøg i første leveår i NOVAX kommuner (N=2.732)

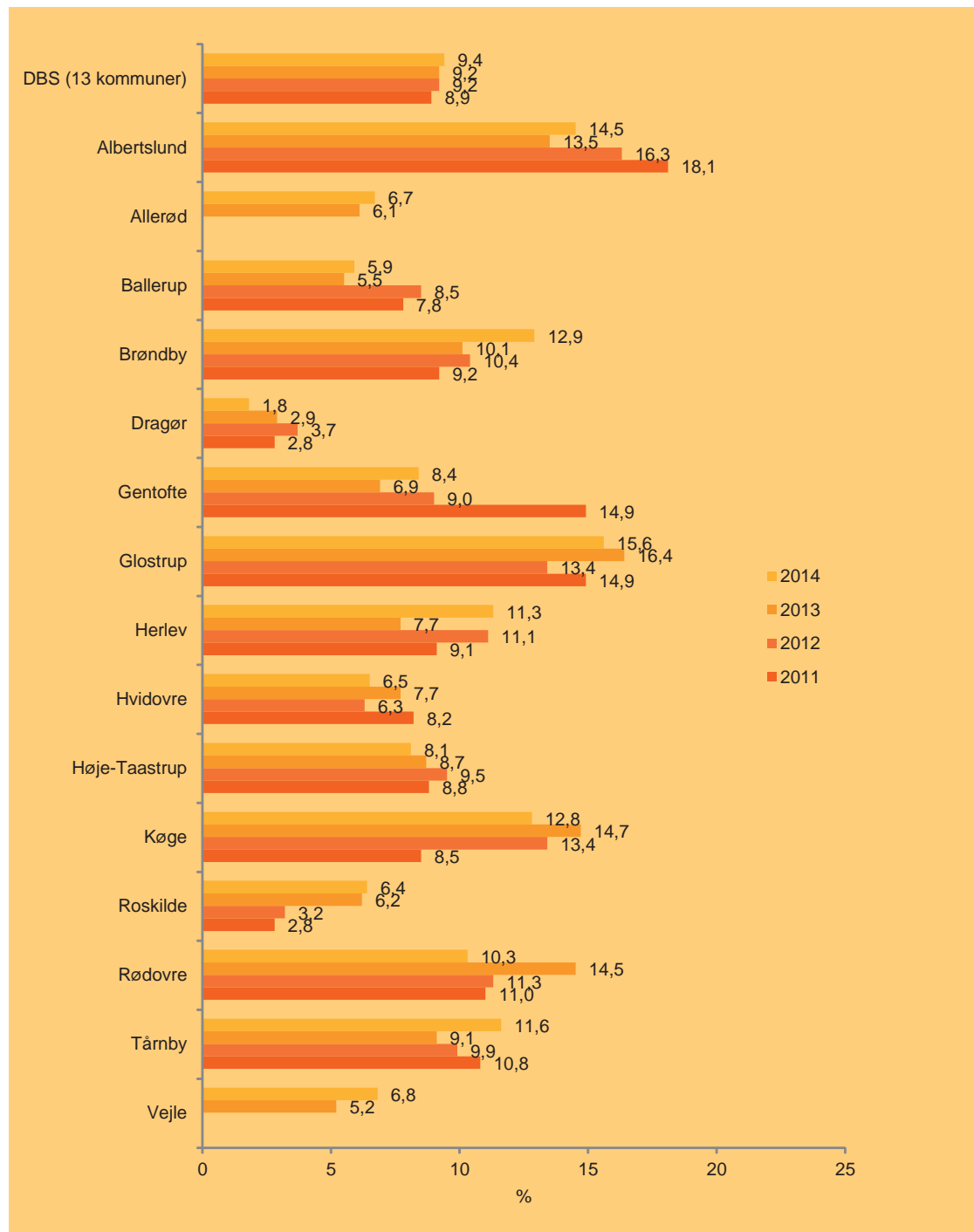


Figur 62. Andelen af børn med bemærkning til søvn ved mindst et af de fire besøg i første leveår i TM Sund kommuner (N=11.211)



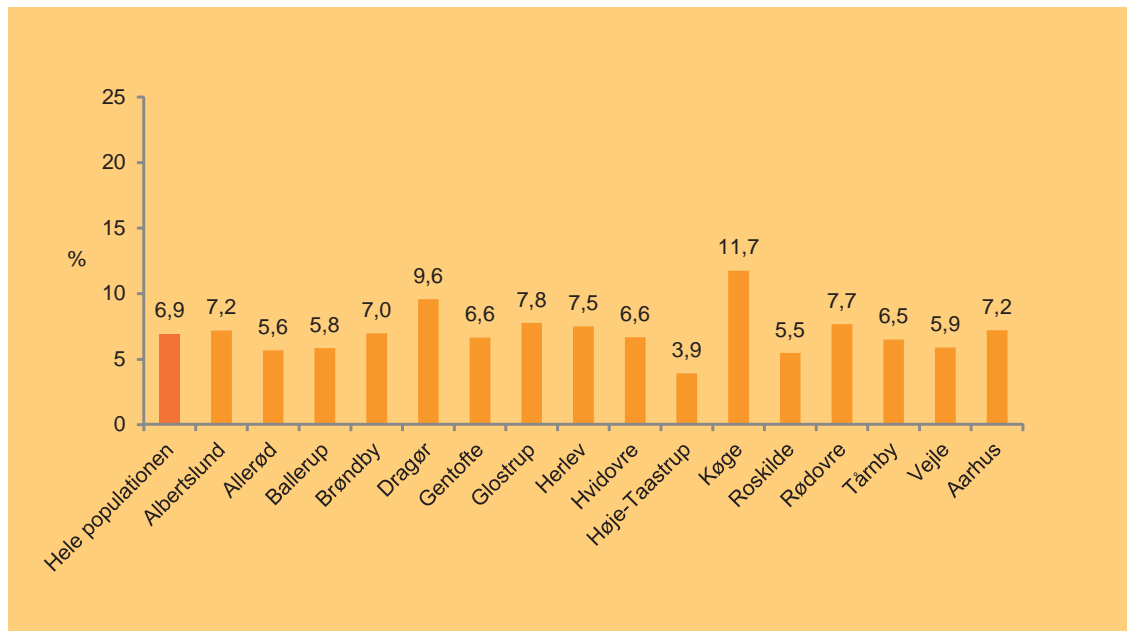


Figur 63. Udviklingen i andelen af bemærkninger til søvn ved mindst et besøg i første leveår





Figur 64. Andelen af børn med bemærkning til uro/gråd ved mindst et besøg (N=11.509)



Uro og gråd

Figur 64 viser andelen af børn med bemærkninger til uro/gråd. Figuren viser, at der i TM populationen er 6,9 % af børnene, der har bemærkning til uro/gråd ved mindst et af de fire besøg i første leveår.

Vægt og længde

Ifølge WHO er overvægt og svær overvægt defineret som unormal eller overdreven fedtophobning, der kan skade helbredet (WHO, 2013). Denne definition er svær at håndtere i praksis. Hos voksne anvendes ofte BMI (body mass index) til at klassificere undervægt, normalvægt og overvægt.

Blandt børn er det mere vanskeligt at vurdere, hvornår vægt udgør et helbredsproblem eller en risikofaktor for senere helbredsproblemer. Der findes forskellige højde/vægt-kurver og forskellige køns- og aldersrelaterede BMI-kurver til vurdering af vægtstatus blandt børn. I denne rapport præsenteres to indikatorer for under- og overvægt hos børn; percentiler i forhold til danske højde/vægt-kurver samt vurdering af barnets vægtstatus ud fra WHO-vækstreferencer for børn i alderen nul til fem år (WHO 2006). Definitionen af overvægt blandt børn diskuteres yderligere i temarapporten "Vægtstatus i første leveår og overvægt i indskolingsalderen" fra Databasen Børns Sundhed (Svendsen et al., 2013).

Tabel 12. Procentfordeling af børn efter WHO's definition af vægtstatus i seks-ti-måneders alderen (N=16391)

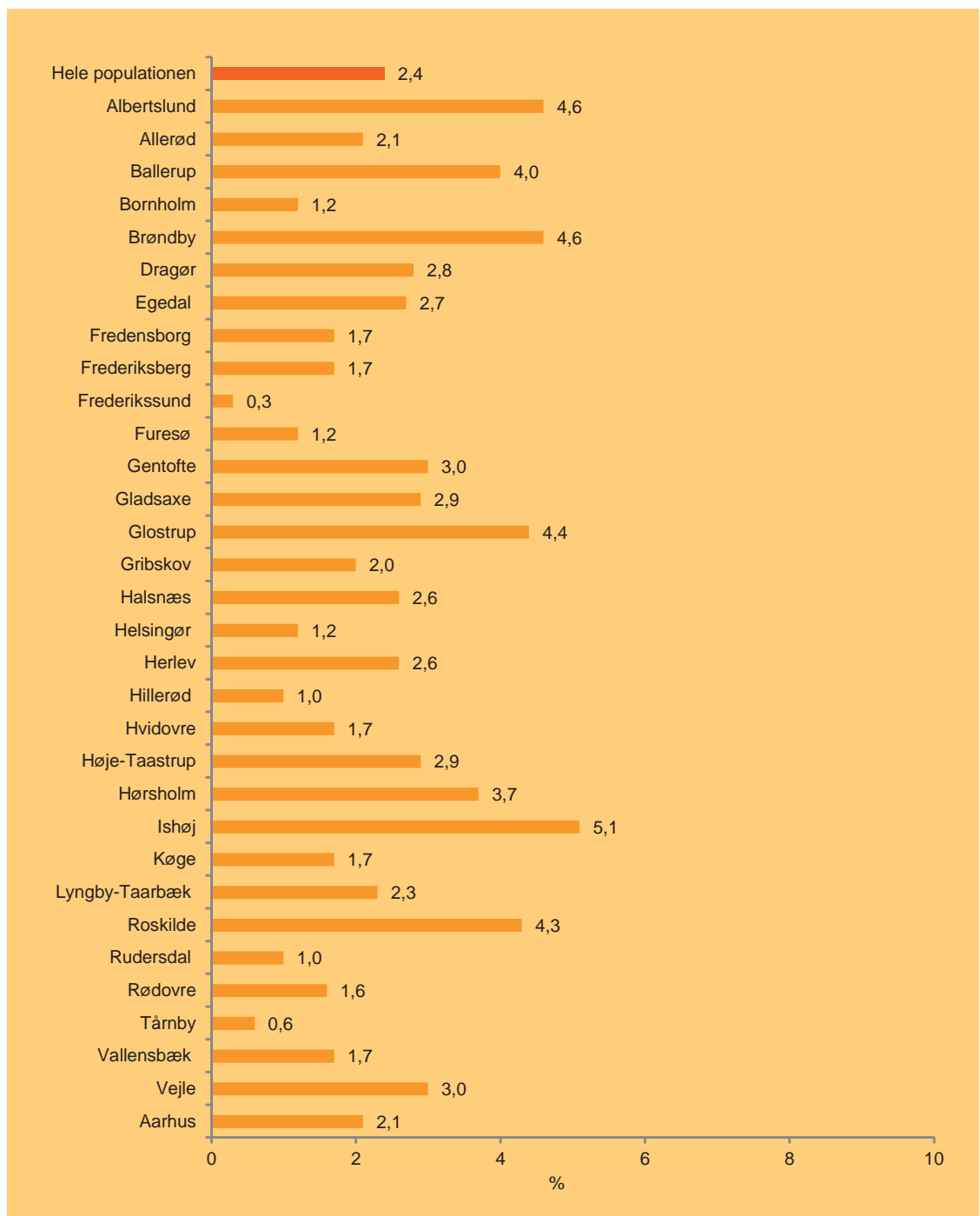
	Samlet		Drenge		Piger	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Undervægtig	387	2,4	233	2,8	154	1,9
Normalvægtig	12.494	76,2	6.305	74,6	6.189	77,9
I risiko for overvægt	2.776	16,9	1.487	17,6	1.289	16,2
Overvægtig	644	3,9	369	4,4	275	3,5
Svært overvægtig	90	0,6	54	0,6	36	0,5

I tabel 12 ses fordelingen af børn født i 2014 i forhold til WHO's definition af undervægt, normalvægt og overvægt. Af tabellen ses, at 2,4 % af børnene i årsrapporten ud fra WHO's definition af vægtstatus er undervægtige, 76,2 % er normalvægtige, 16,9 % er i risiko for overvægt, 3,9 % er overvægtige, og 0,6 % er svært overvægtige. Samtidig viser tabellen, at fordelingen er næsten ens for drenge og piger.

Figur 65 viser, at andelen af børn med undervægt i seks-ti-måneders alderen efter WHO's definitioner af vægtstatus er 2,4 % i hele populationen. Andelen af undervægtige børn varierer fra 0,3 % til 5,1 %. Derudover viser figur 66, at andelen af børn med overvægt/svær overvægt i seks-ti-måneders alderen efter WHO's definition af vægtstatus er 4,5 % i hele populationen. Denne andel varierer fra 1,9 % til 8,7 %.

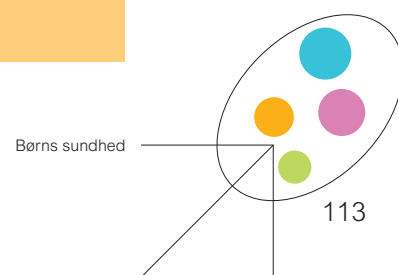
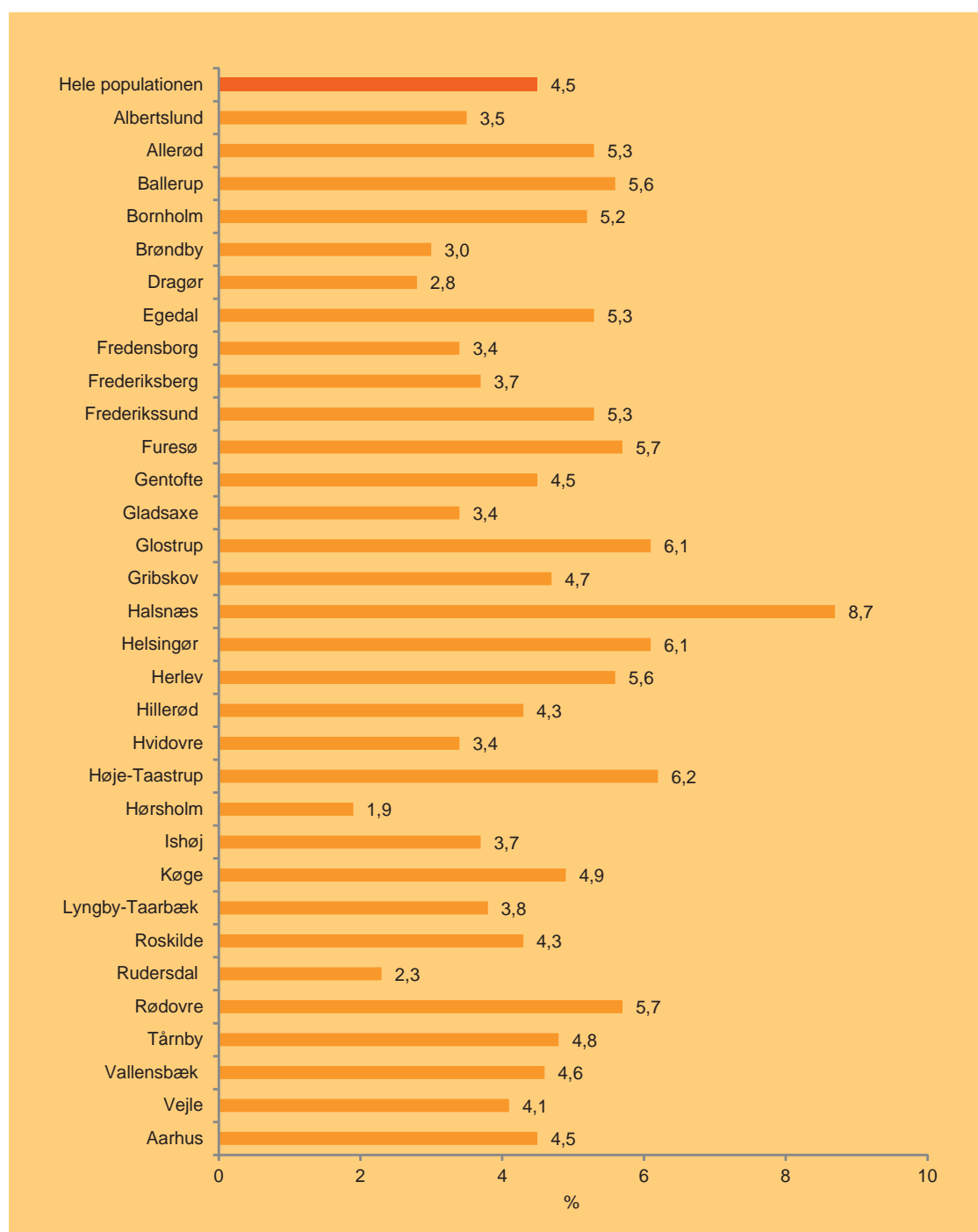


Figur 65. Forekomst af undervægt i seks-ti-måneders alderen efter WHO's definition af vægtstatus (N=16.392)





Figur 66. Forekomst af overvægt/svær overvægt i ti-måneders alderen efter WHO's definition af vægtstatus (N=16.391)

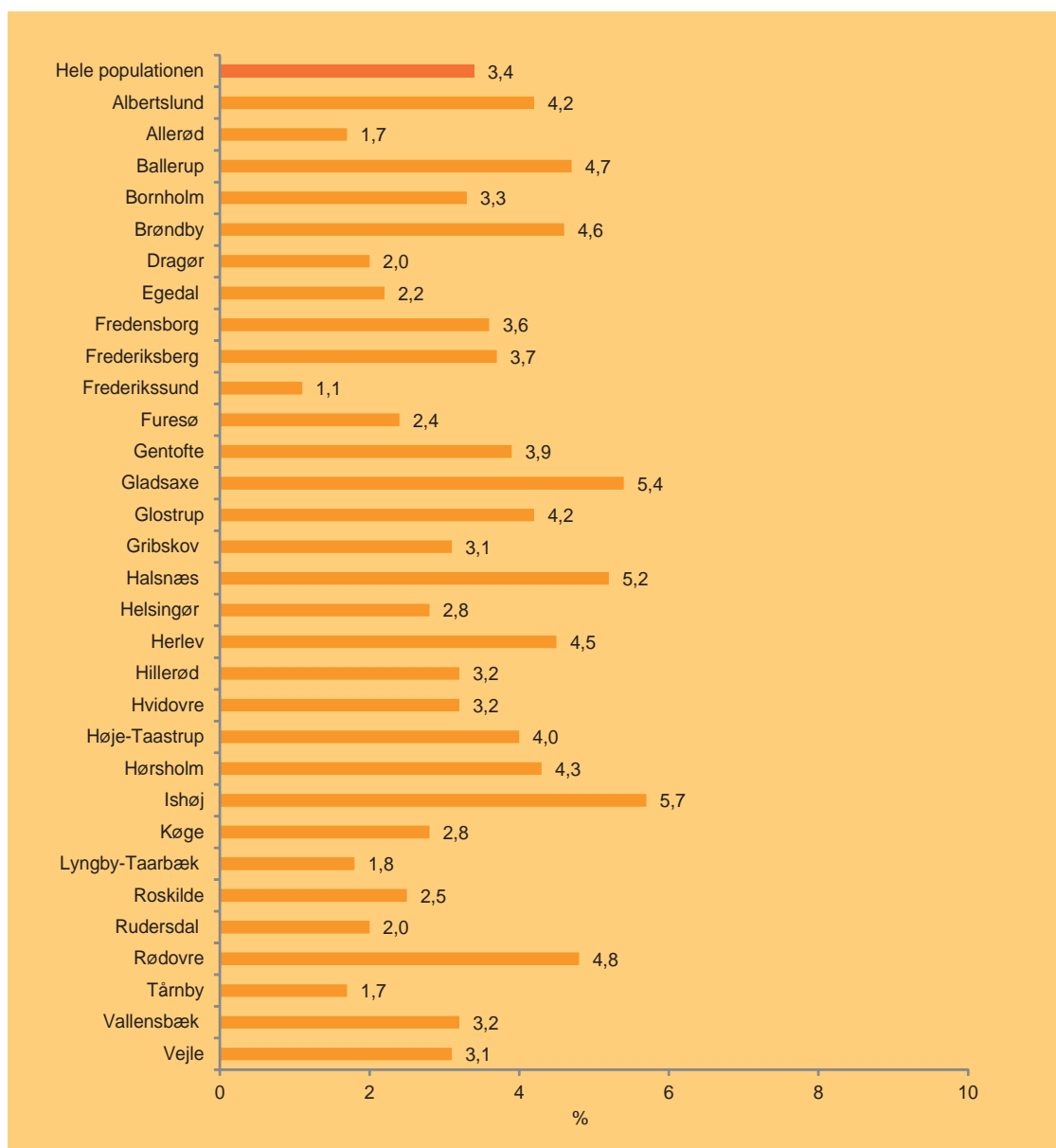




De følgende figurer viser forekomsten af børn med en vægt henholdsvis under 3 % percentilen og over 97 % percentilen i otte-ti-måneders alderen (D-besøget) i forhold til danske højde/vægt-kurver.

Desuden ses figurer, der viser udviklingen over de sidste fem år. Af figur 67 ses, at 3,4 % af børnene født i 2014 har en vægt under 3 % percentilen. Forekomsten varierer fra 1,1 % til 5,7 %.

Figur 67. Forekomst af børn med vægt under 3 % percentilen i otte-ti-måneders alderen (N=16.391)

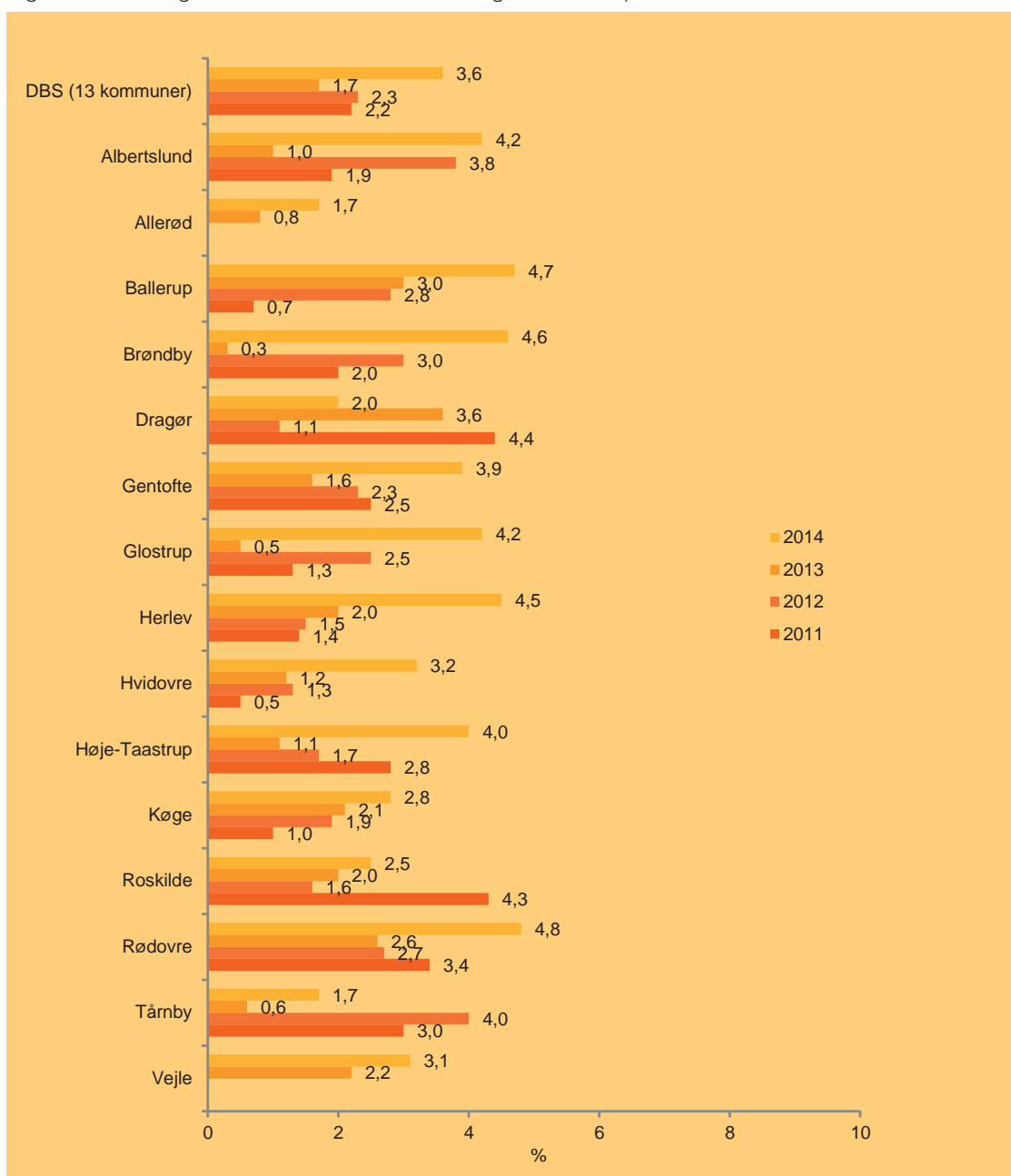




Figur 68 viser udviklingen i forekomst af børn med en vægt under 3 % percentilen i otte-ti-måneders alderen i de 13 DBS kommuner.

Af figuren ses, at andelen af børn med en vægt under 3 % percentilen svinger mellem 1,7 % og 3,6 % i perioden 2011-2014.

Figur 68. Udviklingen i forekomst af børn med vægt under 3 % percentilen i otte-ti-måneders alderen

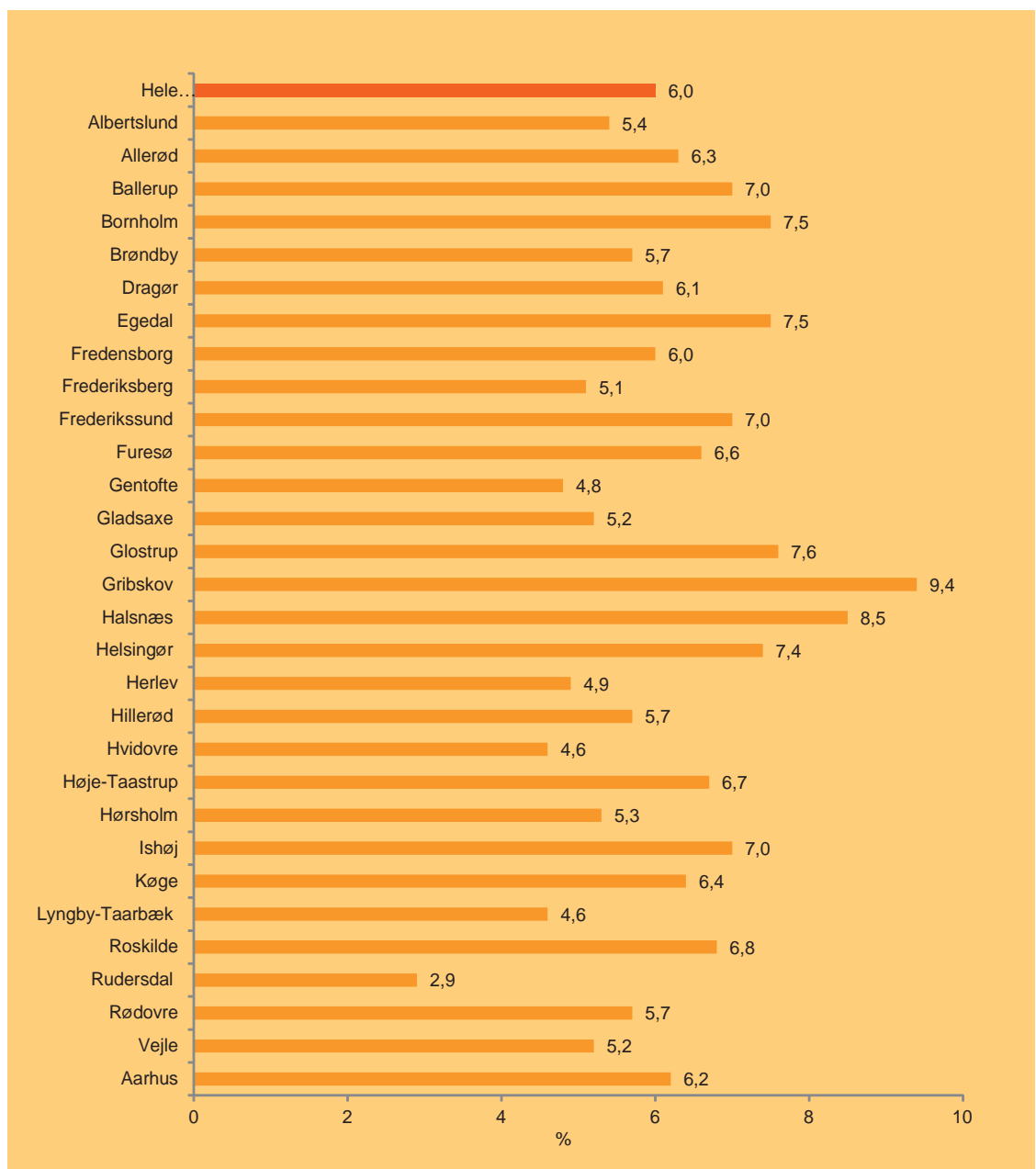




Figur 69 viser forekomsten af børn i otte-ti-måneders alderen med en vægt over 97 % percentilen født i 2014.

I den samlede population har 6,0 % en vægt over 97 % percentilen. Forekomsten varierer fra 2,9 % til 9,4 %.

Figur 69 Forekomst af børn med vægt over 97 % percentilen i otte-ti-måneders alderen

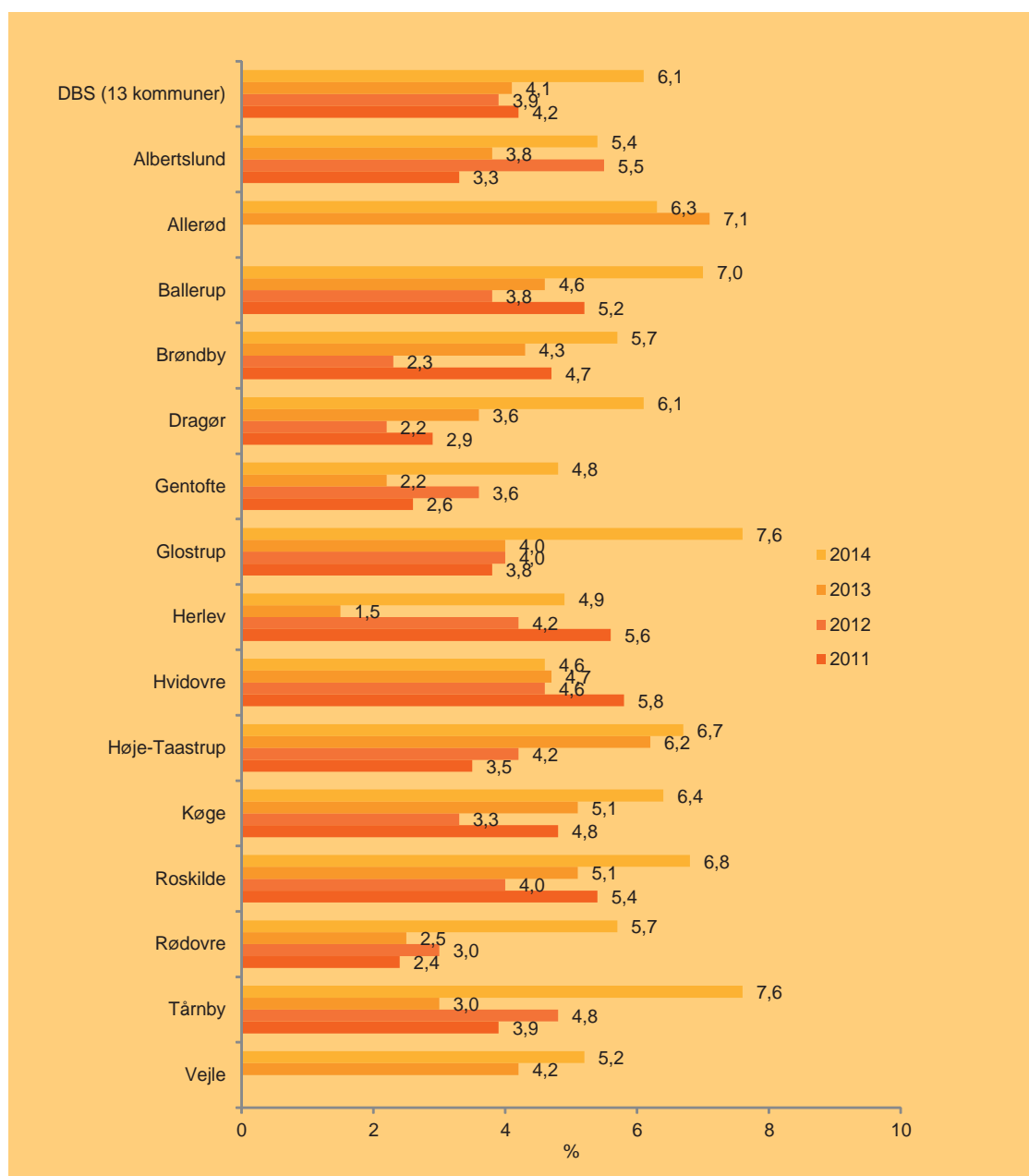




Figur 70 viser forekomsten af børn med en vægt over 97 % percentilen for børn født i perioden 2011-2014 for den samlede populationen og de

enkelte kommuner. Af figuren ses en højere forekomst af børn med en vægt over 97 % percentilen for børn født i 2014, end i de tidligere år.

Figur 70. Udviklingen i forekomst af børn med vægt over 97 % percentilen i otte-ti-måneders alderen



17. Opsamling af årsrapporten

Denne årsrapport fra Databasen Børns Sundhed er baseret på journaloplysninger og registeroplysninger fra 18.687 børn bosiddende i 32 kommuner. Dette store antal af børn skyldes, at det for første gang er muligt at indsamle og indsende data via begge de store udbydere af elektroniske journaler til de kommunale sundhedsordninger: TM Sund og NOVAX.

Rapporten viser at:

- 9,6 % af børnene har modtaget et eller flere graviditetsbesøg.
- 26,3 % af børnene blev udskrevet senest seks timer efter fødslen, mens næsten halvdelen af børnene blev udskrevet, da de var to-tre døgn gamle (48,7%).
- 4,7 % af børnene vejede under 2500 gram, da de blev født, 79,9 % vejede mellem 2500-3999 gram og 15,5 % vejede 4000 gram eller derover.
- 49,4% af børnene havde det første besøg af sundhedsplejersken, inden de var en uge gamle.
- 92,3 % af børnene har modtaget A-besøget, 84,9 % har modtaget B-besøget, 69,2 % har modtaget C-besøget og 84,8 % har modtaget D-besøget.
- 2,4 % af børnene var ved seks-ti-måneders alderen undervægtige, og 4,5 % var overvægtige eller svært overvægtige (WHO's definition).

Rapporten viser også, at der for nogle faktorer er stor variation journalsystemerne imellem på, hvor mange bemærkninger sundhedsplejerskerne har registreret. Det gælder fx for bemærkninger til mors psykiske tilstand, motorik, søvn og passiv rygning i hjemmet. Der er mange mulige forklaringer på, hvad disse forskelle skyldes. For det

første var den nye NOVAX journal ikke implementeret i alle NOVAX kommunerne i hele den periode, hvor data for børn født i 2014 blev indsamlet. Vi må derfor forvente større parallelitet, når den nye NOVAX journal bliver rigtigt implementeret. For det andet kan det for netop passiv rygning se ud til, at definitioner og vejledning skal koordineres yderligere.

Årsrapporten viser derfor helt forventeligt, at udviklingsarbejdet med at integrere NOVAX journalen og skabe større ensartethed i Databasen Børns Sundhed ikke er slut. Det er derfor vigtigt, at sundhedsplejerskerne mødes for at drøfte en fælles praksis for registrering.



18. Referencer



Aghdas, K., Talat, K., & Sepideh, B. (2014). Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: a randomised control trial. *Women Birth*, 27:37-40.

Ahlqvist-Björkroth, S., Vaarno, J., Junttila, N., Pajulo, M., Räihä, H., Niinikoski, H., & Lagström, H. (2016). Initiation and exclusivity of breastfeeding: association with mothers' and fathers' prenatal and postnatal depression and marital distress. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 95:396-404.

Ahn, S. & Corwin, E. J. (2015). The association between breastfeeding, the stress response, inflammation, and postpartum depression during the postpartum period: Prospective cohort study. *Int J Nurs Stud*, 52:1582-90

Al-Sahab, B., Lanes, A., Feldman, M., & Tamim, H. (2010). Prevalence and predictors of 6-month exclusive breastfeeding among Canadian women: a national survey. *BMC Pediatr*, 10:20.

Al Mamun, A., O'Callaghan, M. J., Williams, G. M., Najman, J. M., Callaway, L., & McIntyre, H. D. (2015). Breastfeeding is protective to diabetes risk in young adults: a longitudinal study. *Acta Diabetol*, 52:837-44.

Amitay, E. L., & Keinan-Boker, L. (2015). Breastfeeding and Childhood Leukemia Incidence: A Meta-analysis and Systematic Review. *JAMA Pediatr*, 169:e151025.

Apostolakis-Kyrus, K., Valentine, C., & De-Franco, E. (2013). Factors associated with breastfeeding initiation in adolescent mothers. *J Pediatr*, 163:1489-94.

Bai, D. L., Fong, D. Y., & Tarrant, M. (2015). Previous breastfeeding experience and duration of any and exclusive breastfeeding among multiparous mothers. *Birth*, 42:70-7

Bakke, L., Fogh, A., Hallgreen, A.H., Salter, A., Therkildsen, I. & Poulsen, J.W. (2001). Ammeundersøgelse år 2000 [S.I.], Vejle: Fagligt Forum for Amtssundhedsplejersker m.fl.

Belfort, M. B., Rifas-Shiman, S. L., Kleinman, K. P., Bellinger, D. C., Harris, M. H., Taveras, E. M., Gillman, M. W. & Oken, E. (2016). Infant Breastfeeding Duration and Mid-Childhood Executive Function, Behavior, and Social-Emotional Development. *J Dev Behav Pediatr*, 37:43-52

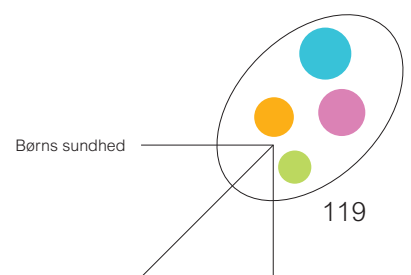
Bernard, J. Y., De Agostini, M., Forhan, A., Al-faiate, T., Bonet, M., Champion, V., Kaminski, M., de lauzon-Guillain, B., Charles, M. A. & Heude, B. (2013). Breastfeeding duration and cognitive development at 2 and 3 years of age in the EDEN mother-child cohort. *J Pediatr*, 163:36-42.e1

Bever Babendure, J., Reifsnider, E., Mendias, E., Moramarco, M. W., & Davila, Y. R. (2015). Reduced breastfeeding rates among obese mothers: a review of contributing factors, clinical considerations and future directions. *Int Breastfeed J*, 10:21

Binns, C., Lee, M., & Low, W. Y. (2016). The Long-Term Public Health Benefits of Breastfeeding. *Asia Pac J Public Health*, 28:7-14

Bion, V., Lockett, G. A., Soto-Ramirez, N., Zhang, H., Venter, C., Karmaus, W., . . . Arshad, S. H. (2015). Evaluating the efficacy of breastfeeding guidelines on long-term outcomes for allergic disease. *Allergy*, 71:661-70.

Blixt, I., Martensson, L. B., & Ekstrom, A. C. (2014). Process-oriented training in breastfeeding for health professionals decreases women's experiences of breastfeeding challenges. *Int Breastfeed J*, 9:15.





Braimoh, J., & Davies, L. (2014). When 'breast' is no longer 'best': Post-partum constructions of infant-feeding in the hospital. *Soc Sci Med*, 123:82-9

Bridgman, S. L., Konya, T., Azad, M. B., Sears, M. R., Becker, A. B., Turvey, S. E., . . . Kozyrskyj, A. L. (2016). Infant gut immunity: a preliminary study of IgA associations with breastfeeding. *J Dev Orig Health Dis*, 7:68-72.

Brink, A.-L. & Lawson-Smith, L. (2008). *Passiv rygning gør børn syge*. København: Kræftens Bekæmpelse.

Brixval, C. S., Svendsen, M. & Holstein, B. E. (2011). *Årsrapport for børn indskolet i skoleårene 2009/10 og 2010/11 fra Databasen Børns Sundhed: Motoriske vanskeligheder*. København: Styregruppen for Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed

Brixval, C. S., Svendsen, M. & Holstein, B. E. (2012). *Motoriske vanskeligheder - Sundhedsplejerskernes undersøgelser af motorik ved indskolingen*. Styregruppen for Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Brown, A. (2013). Maternal trait personality and breastfeeding duration: the importance of confidence and social support. *J Advanced Nurs*, 70: 587-98

Brown, A. (2014). Maternal restraint and external eating behaviour are associated with formula use or shorter breastfeeding duration. *Appetite*, 76:30-5

Brown, A., & Davies, R. (2014). Fathers' experiences of supporting breastfeeding: challenges for breastfeeding promotion and education. *Matern Child Nutr*, 10:510-26

Burns, E., Schmied, V., Sheehan, A., & Fenwick, J. (2010). A meta-ethnographic synthesis of women's experience of breastfeeding. *Matern Child Nutr*, 6:201-19

Busck-Rasmussen, M., Villadsen, S. F., Norsker, F. N., Mortensen, L., & Andersen, A. M. (2014). Breastfeeding practices in relation to country of origin among women living in Denmark: a population-based study. *Matern Child Health J*, 18:2479-88

Cato, K., Sylven, S. M., Skalkidou, A., & Rubertsson, C. (2014). Experience of the first breastfeeding session in association with the use of the hands-on approach by healthcare professionals: a population-based Swedish study. *Breastfeed Med*, 9:294-300

Chowdhury, R., Sinha, B., Sankar, M. J., Taneja, S., Bhandari, N., Rollins, N., . . . Martines, J. (2015). Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*, 104:96-113.

Christensen, A. M., Brixval, C. S., Svendsen, M., Laursen, B. & Holstein, B. E. (2011). *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

Clemmensen, I. H., red. (2005). *Hvidbog om passiv rygning udgivet af 16 sundhedsfaglige organisationer*. København: Kræftens Bekæmpelse

Cohen, C., G. & Ramey, D., M. (2014). Is breast truly best? Estimating the effects of breastfeeding on long-term child health and wellbeing in the United States using sibling comparisons. *Soc Sci Med*, 109:55-65



Cohen Engler, A., Hadash, A., Shehadeh, N. & Pillar, G. (2012). Breastfeeding may improve nocturnal sleep and reduce infantile colic: potential role of breast milk melatonin. *Eur J Pediatr*, 171:729-32

Cox, K., Binns, C. W., & Giglia, R. (2015). Predictors of breastfeeding duration for rural women in a high-income country: evidence from a cohort study. *Acta Paediatr*, 104:e350-9

Databasen Børns Sundhed, Weber, P., S., Johansen, A., Holstein, B., E. (2015a). Sundhedsplejerskers indsatser for 0-årige børn. Temarapport og årsrapport. Børn født i 2013. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Databasen Børns Sundhed, Johansen, A., Holstein, B., E. (2015b). Allergi hos indskolingbørn. Temarapport og årsrapport. Børn indskolingsundersøgt i skoleåret 2014/2015. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

de Jesus, P. C., de Oliveira, M. I., & Fonseca, S. C. (2016). Impact of health professional training in breastfeeding on their knowledge, skills, and hospital practices: a systematic review. *J Pediatr (Rio J)*, S0021-7557:00018-8

Dennis, C. L., Gagnon, A., Van Hulst, A., & Dougherty, G. (2014). Predictors of breastfeeding exclusivity among migrant and Canadian-born women: results from a multi-centre study. *Matern Child Nutr*, 10:527-44.

Dias, C. C. & Figueiredo, B. (2015). Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature. *J Affect Disord*, 15:171:142-54

Dogaru, C. M., Nyffenegger, D., Pescatore, A. M., Spycher, B. D., & Kuehni, C. E. (2014). Breastfeeding and childhood asthma: systematic review and meta-analysis. *Am J Epidemiol*, 179:1153-67

Donath, S. M., & Amir, L. H. (2008). Maternal obesity and initiation and duration of breastfeeding: data from the longitudinal study of Australian children. *Matern Child Nutr*, 4:163-70

Duncan, J. M., & Sears, M. R. (2008). Breastfeeding and allergies: time for a change in paradigm? *Curr Opin Allergy Clin Immunol*, 8:398-405

Ekström, A., Abrahamsson, H., Eriksson, R. M., & Martensson, B. L. (2014). Women's use of nipple shields-Their influence on breastfeeding duration after a process-oriented education for health professionals. *Breastfeed Med*, 9:458-66

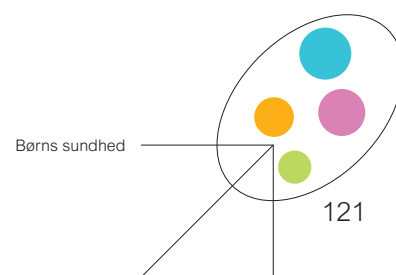
Ekström, A., Kylberg, E., & Nissen, E. (2012). A process-oriented breastfeeding training program for healthcare professionals to promote breastfeeding: an intervention study. *Breastfeed Med*, 7:85-92

Emmott, E. H., & Mace, R. (2015). Practical Support from Fathers and Grandmothers Is Associated with Lower Levels of Breastfeeding in the UK Millennium Cohort Study. *PLoS One*, 10:e0133547.

Evenson, K. R., Mottola, M. F., Owe, K. M., Rousham, E. K., & Brown, W. J. (2014). Summary of international guidelines for physical activity after pregnancy. *Obstet Gynecol Surv*, 69:407-14

Fahlquist, J.N. (2014). Experience of non-breastfeeding mothers: Norms and ethically responsible risk communication. *Nurs Ethics*, 23: 231-41.

Fallon, A., & Dunne, F. (2015). Breastfeeding practices that support women with diabetes to breastfeed. *Diabetes Res Clin Pract*, 110:10-7





- Fenger-Grøn, J., Fenger-Gron, M., Blunck, C. H., Schonemann-Rigel, H., & Wielandt, H. B. (2015). Low breastfeeding rates and body mass index in Danish children of women with gestational diabetes mellitus. *Int Breastfeed J*, 10:26
- Fisher, J., Hammarberg, K., Wynter, K., McBain, J., Gibson, F., Boivin, J., & McMahon, C. (2013). Assisted conception, maternal age and breastfeeding: an Australian cohort study. *Acta Paediatr*, 102:970-6.
- Galbally, M., Lewis, A. J., McEgan, K., Scalzo, K. & Islam, F. A. (2013). Breastfeeding and infant sleep patterns: an Australian population study. *J Paediatr Child Health*, 49:E147-52
- Goyal, N. K., Attanasio, L. B., & Kozhimannil, K. B. (2014). Hospital care and early breastfeeding outcomes among late preterm, early-term, and term infants. *Birth*, 41:330-8
- Guldager, E. (1992). *Sundhedsplejen på vægten*. København: Munksgaard.
- Hackman, N. M., Schaefer, E. W., Beiler, J. S., Rose, C. M., & Paul, I. M. (2015). Breastfeeding outcome comparison by parity. *Breastfeed Med*, 10:156-62
- Haywood, K. M. (2001). *Fundamental concepts: Life span motor development*, 3rd ed. Champaign: Human Kinetics
- He, X., Zhu, M., Hu, C., Tao, X., Li, Y., Wang, Q. & Liu, Y. (2015). Breast-feeding and postpartum weight retention: a systematic review and meta-analysis. *Public Health Nutrition*, 18:3308-16.
- Henshaw, E. J., Fried, R., Siskind, E., Newhouse, L., & Cooper, M. (2015). Breastfeeding Self-Efficacy, Mood, and Breastfeeding Outcomes among Primiparous Women. *J Hum Lact*, 31:511-18
- Horta, B. L., Loret de Mola, C., & Victora, C. G. (2015a). Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*, 104:14-9
- Horta, B. L., Loret de Mola, C., & Victora, C. G. (2015b). Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*, 104:30-7
- Huang, J., Peters, K. E., Vaughn, M. G. & Witko, C. (2014). Breastfeeding and trajectories of children's cognitive development. *Dev Sci*, 17:452-61
- Husk, J. S. & Keim, S. A. (2015). Breastfeeding and Autism Spectrum Disorder in the National Survey of Children's Health. *Epidemiology*, 26:451-7
- Iron-Segev, S., Peterson, K. E., Gillman, M. W., Williams, C. M., Austin, S. B. & Field, A. E. (2013). Associations of breastfeeding with bulimic behaviors and eating disorders among adolescents. *Int Eat Disord*, 46:834-40
- Jedrychowski, W., Perera, F., Jankowski, J., Butscher, M., Mroz, E., Flak, E., Kaim, I., Lisowska-Miszczczyk, I., Skarupa, A. & Sowa, A. (2012). Effect of exclusive breastfeeding on the development of children's cognitive function in the Krakow prospective birth cohort study. *Eur J Pediatr*, 171:151-8
- Jones, K. M., Power, M. L., Queenan, J. T. & Schulkin, J. (2015). Racial and ethnic disparities in breastfeeding. *Breastfeed Med*, 10: 186-96
- Jonsdottir, O. H., Kleinman, R. E., Wells, J. C., Fewtrell, M. S., Hibberd, P. L., Gunnlaugsson, G., & Thorsdottir, I. (2014). Exclusive breastfeeding for 4 versus 6 months and growth in early childhood. *Acta Paediatr*, 103:105-11.



Kanazawa, S. (2015). Breastfeeding is positively associated with child intelligence even net of parental IQ. *Dev Psychol*, 51:1683-9.

Kim, E., Hoetmer, S. E., Li, Y., & Vandenberg, J. E. (2013). Relationship between intention to supplement with infant formula and breastfeeding duration. *Can J Public Health*, 104:e388-93.

Kramer, M., S. & Kakuma, R. (2002). Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*:CD003517

Kronborg, H., Maimburg, R., D. & Væth, M. (2012). Antenatal training to improve breast feeding: a randomised trial. *Midwifery*, 28:784-90

Kronborg, H., Foverskov, E., Nilsson, I., & Maastrup, R. (2016). Why do mothers use nipple shields and how does this influence duration of exclusive breastfeeding? *Matern Child Nutr*, [Epub ahead of print]

Kronborg, H., Foverskov, E., & Væth, M. (2014). Predictors for early introduction of solid food among Danish mothers and infants: an observational study. *BMC Pediatr*, 14:243

Kronborg, H., Foverskov, E., & Væth, M. (2015). Breastfeeding and introduction of complementary food in Danish infants. *Scand J Public Health*, 43:138-45

Kronborg, H., & Væth, M. (2004). The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding. *Scand J Public Health*, 32:210-16

Labarere, J., Gelbert-Baudino, N., Laborde, L., Baudino, F., Durand, M., Schelstraete, C., & Francois, P. (2012). Determinants of 6-month maternal satisfaction with breastfeeding experience in a multicenter prospective cohort study. *J Hum Lact*, 28:203-10

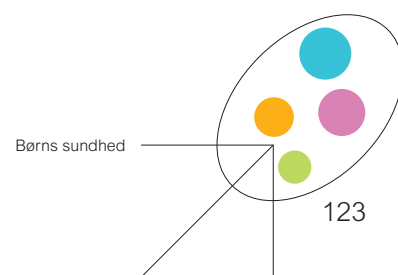
Leclair, E., Robert, N., Sprague, A. E. & Fleming, N. (2015). Factors Associated with Breastfeeding Initiation in Adolescent Pregnancies: A Cohort Study. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 28:516-21

Leventakou, V., Roumeliotaki, T., Koutra, K., Vassilaki, M., Mantzouranis, E., Bitsios, P., Kogevinas, M. & Chatzi, L. (2015). Breastfeeding duration and cognitive, language and motor development at 18 months of age: Rhea mother-child cohort in Crete, Greece. *J Epidemiol Community Health*, 69:232-9

Lewis, B. A., Schuver, K., Gjerdingen, D., Avery, M., Sirard, J., & Marcus, B. H. (2015). The Relationship between Prenatal Antidepressant Use and the Decision to Breastfeed among Women Enrolled in a Randomized Exercise Intervention Trial. *J Hum Lact*, [Epub ahead of print]

Lind, J. N., Li, R., Perrine, C. G. & Schieve, L. A. (2014). Breastfeeding and later psychosocial development of children at 6 years of age. *Pediatrics*, 134 Suppl 1:36-41

Lodge, C. J., Tan, D. J., Lau, M. X., Dai, X., Tham, R., Lowe, A. J., . . . Dharmage, S. C. (2015). Breastfeeding and asthma and allergies: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*, 104:38-53.





- Lovelady, C. A., Hunter, C. P., & Geigerman, C. (2003). Effect of exercise on immunologic factors in breast milk. *Pediatrics*, 111:E148-152.
- Maastrup, R., Hansen, B. M., Kronborg, H., Bojesen, S. N., Hallum, K., Frandsen, A., . . . Hallström, I. (2014a). Breastfeeding progression in preterm infants is influenced by factors in infants, mothers and clinical practice: the results of a national cohort study with high breastfeeding initiation rates. *PLoS One*, 9:e108208
- Maastrup, R., Hansen, B. M., Kronborg, H., Bojesen, S. N., Hallum, K., Frandsen, A., . . . Hallström, I. (2014b). Factors associated with exclusive breastfeeding of preterm infants. Results from a prospective national cohort study. *PLoS One*, 9:e89077
- Mathews, M. E., Leerkes, E. M., Lovelady, C. A., & Labban, J. D. (2014). Psychosocial Predictors of Primiparous Breastfeeding Initiation and Duration. *Journal of Human Lactation*, 30:480-7.
- McCrary, C. & Murray, A. (2013). The effect of breastfeeding on neuro-development in infancy. *Matern Child Health J*, 17:1680-8
- Meedya, S., Fahy, K. & Kable, A. (2010). Factors that positively influence breastfeeding duration at 6 months: A literature review. *Women Birth*, 23:135-45
- Mitchell-Box, K. M. & Braun, K. L. (2013). Impact of male-partner-focused interventions on breastfeeding initiation, exclusivity, and continuation. *J Hum Lact*, 29:473-9
- Oddy, W.H., Kendall, G.E., Li, J., Jacoby, P., Robinson, M., de Klerk, N., Silburn S.R., Zubrick, S.R., Landau, L.I. & Stanley, F.J. (2010). The long-term effects of breastfeeding on child and adolescent mental health: a pregnancy cohort study followed for 14 years. *The Journal of Pediatrics*; 156:568-74.
- Papp, L. M. (2014). Longitudinal associations between breastfeeding and observed mother-child interaction qualities in early childhood. *Child Care Health Dev*, 40:740-6
- Payne, V. G. & Isaacs, L. D. (2011). *Human motor development: A lifespan approach*, 8th ed. New York: McGraw-Hill
- Quigley, M. A., Hockley, C., Carson, C., Kelly, Y., Renfrew, M. J. & Sacker, A. (2012). Breastfeeding is associated with improved child cognitive development: a population-based cohort study. *J Pediatr*, 160:25-32
- Rayfield, S., Oakley, L., & Quigley, M. A. (2015). Association between breastfeeding support and breastfeeding rates in the UK: a comparison of late preterm and term infants. *BMJ Open*, 5:e009144
- Sajjad, A., Tharner, A., Kiefe-de Jong, J. C., Jaddoe, V. V., Hofman, A., Verhulst, F. C., . . . Roza, S. J. (2015). Breastfeeding duration and non-verbal IQ in children. *J Epidemiol Community Health*, 69:775-81
- Salone, L. R., Vann, W. F., Jr., & Dee, D. L. (2013). Breastfeeding: an overview of oral and general health benefits. *J Am Dent Assoc*, 144:143-51
- Sigmundsson, H. & Haga, M. (2007). *Udvikling af færdigheder hos børn*. Virum: Dansk Psykologisk Forlag
- Sinha, B., Chowdhury, R., Sankar, M. J., Martines, J., Taneja, S., Mazumder, S., Rolling, N., Bahl, R. & Bhandari, N. (2015). Interventions to improve breastfeeding outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104: 114-35



Skugarevsky, O., Wade, K. H., Richmond, R. C., Martin, R. M., Tilling, K., Patel, R., Vilchuck, K., Bogdanovich, N., Sergeichick, N., Davey Smith, G., Gillman, M. W., Oken, E. & Kramer, M. S. (2014). Effects of promoting longer-term and exclusive breastfeeding on childhood eating attitudes: a cluster-randomized trial. *Int J Epidemiol*, 43:1263-71

Smith, J. M. (2015). Breastfeeding and language outcomes: A review of the literature. *J Commun Disord*, 57:29-40

Stadler, D. D., Musser, E. D., Holton, K. F., Shannon, J. & Nigg, J. T. Recalled Initiation and Duration of Maternal Breastfeeding Among Children with and Without ADHD in a Well Characterized Case-Control Sample. *J Abnorm Child Psychol*, 44:347-55

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

Sundhedsstyrelsen (2013). Amning - En håndbog for sundhedspersonale. København

Svendsen, M., Brixval, C. S., & Holstein, B. E. (2013). Vægtstatus i første leveår og overvægt i indskolingsalderen. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed

Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J., Franca, G. V., Horton, S., Krasevec, J., . . . Rollins, N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*, 387:475-90

von Stumm, S., & Plomin, R. (2015). Breastfeeding and IQ Growth from Toddlerhood through Adolescence. *PLoS One*, 10:e0138676

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

Wallwiener, S., Müller, M., Doster, A., Plewniok, K., Wallwiener, C. W., Fluhr, H., . . . Reck, C. (2015). Predictors of impaired breastfeeding initiation and maintenance in a diverse sample: what is important? *Arch Gynecol Obstet*, [Epub ahead of print]

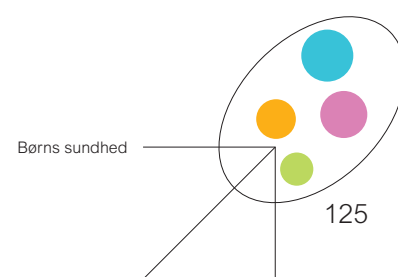
WHO (1981). The International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf WHO

(2003): Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva: WHO

WHO (2006). Child growth standards based on length/height, weight and age. Multicentre Growth Reference Study Group. *Acta Paediatr*, Suppl 450: 76-85.

Yang, Y. W., Tsai, C. L., & Lu, C. Y. (2009). Exclusive breastfeeding and incident atopic dermatitis in childhood: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Br J Dermatol*, 161:373-83

Yström, E. (2012). Breastfeeding cessation and symptoms of anxiety and depression: a longitudinal cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 23:12:36



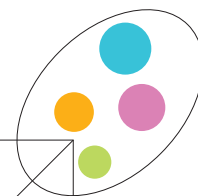
Bilag 1: Variabeloversigt

Tabel 13. Variabeloversigt

Variabel	Data stammer fra	Kategorier
Kommune	Kommune der har indsendt data	
Ammevariable		
Fuld amning	I NOVAX journalen registreres start og slutdato for fuld amning I TM Sund journalen registreres fuld amning efter Sundhedsstyrelsen anbefalinger i måneder og uger	Ammes fuldt ved fire måneder Ammes ikke fuldt ved fire måneder Ammes fuldt ved seks måneder Ammes ikke fuldt ved seks måneder Ammes fuldt ved en måned Ammes ikke fuldt ved en måned
Delvis amning	I NOVAX journalen oplysninger om start og sluttidspunkt for fuld og delvis amning. Fuldt, delvis eller udelukkende MME ved A- og/eller B-besøget er udregnet via dato for besøget og start/slut dato for fuld/delvis amning TM Sund journalen indeholder oplysninger om hvorvidt barnet udelukkende får MME eller tilskud af MME ved A-og B-besøget	Fuld amning Delvis amning Udelukkende MME
Sociodemografiske faktorer		
Køn	Udregnet via cpr nr.	Drenge Piger
Mors alder ved fødslen	Udregnet via cpr nr.	<20 år 20-30 år 30-40 år 40 år + Under 25 25+
Familietype	Hentet via register	Bor med far og mor Bor ikke med far og mor
Mors etniske herkomst	Hentet via register	Dansk herkomst Indvander Efterkommer
Mors højeste gennemførte uddannelse	Hentet via register	Lang vidregående udd. Kort eller mellemlang vidregående udd. Almen eller erhvervs gymnasial udd. Erhvervsfaglig udd. Grundskole
Mors tilknytning til arbejdsmarkedet	Hentet via register	I erhverv Ikke i erhverv
Udsat for passiv rygning i hjemmet	Hentet via journalerne	Ja Nej
Faktorer relateret til fødslen		
Mors paritet	Hentet via register	Førstegangsfødende Flergangsfødende
Flerfødsel	Hentet via register	Enkeltfødt Flerfødt
Gestationsalder	Hentet via register	Født uge 37-44 Født før uge 33-36 Født uge 20-32 Født uge 37 eller senere Født før uge 37
Fødselsvægt	Hentet via register	<2500 g. 2500-3999 g. >3999g. >2500 g. <=2500 g.
Kejsersnit	Hentet via register	Ja Nej



Apgarscore fem min. efter fødslen	Hentet via register	9 eller 10 < 9
Bemærkninger til fødslen	Hentet via register	Ja Nej
Fødested	Hentet via register	Fødesteder med mindre end 50 fødsler er kategoriseret som andet
Indlæggelseslængde i forbindelse med fødslen	Hentet via register	0-5 timer 6-24 timer 2-3 døgn 4 døgn eller senere
Medfødte misdannelser	Hentet via register	Ja Nej
Faktorer relateret til den første tid efter fødslen		
Første kontakt med sundhedsplejersken	Hentet via journalen. Baseret på dato for første besøg og/eller dato for første registrerede højde og vægt måling	1-3 dage 4-6 dage 7-9 dage 10-14 dage Mere end 14 dage
Mors psykiske tilstand	Er i begge journaler målt ved A-, B-, C- og D-besøget	Bemærkning Ikke bemærkning
Bemærkning til motorik	Er i begge journaler målt ved A-, B-, C- og D-besøget	Bemærkning Ikke bemærkning
Primært TM Sund		
Bemærkning til søvn	Er i TM Sund journalen målt ved A-, B-, C- og D- besøget. (Indgår i den reviderede NOVAX journal)	Bemærkning Ingen bemærkning Ingen bemærkning Mindste én bemærkning
Bemærkning til uro/gråd	Er i TM Sund journalen målt ved A-, B-, C- og D- besøget	Mindst én bemærkning Ingen bemærkning
Bemærkning til forældre-barn kontakt	Er i TM Sund journalen målt ved A-, B-, C- og D- besøget	Mindst én bemærkning Ingen bemærkning
Tilskud af modermælkserstatning under indlæggelsen	Er registreret i TM Sund journalen	MME Ikke MME
Vanskeligheder med etablering af amning	Er registreret i TM Sund journalen	Ja Nej
Mors ønske om at amme	Er registreret i TM Sund journalen	Ja Nej
Mors erfaring og viden om amning	Er registreret i TM Sund journalen	Ja Nej
Delpopulationer		
NOVAX Kommuner	Kommuner der anvender NOVAX journalen	Bornholm, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Gladsaxe, Frederikssund, Furesø, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Hillerød, Hørsholm, Ishøj, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal, Vallensbæk,
TM Sund kommuner	Kommuner der anvender TM Sund journalen	Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Køge, Roskilde, Rødovre, Tårnby, Vejle og Aarhus
DBS (13 kommuner)	Kommuner der har indgået i database samarbejdet de seneste fire år	Albertslund, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Køge, Roskilde, Rødovre, Tårnby



Bilag 2: Analyser af udviklingen over tid

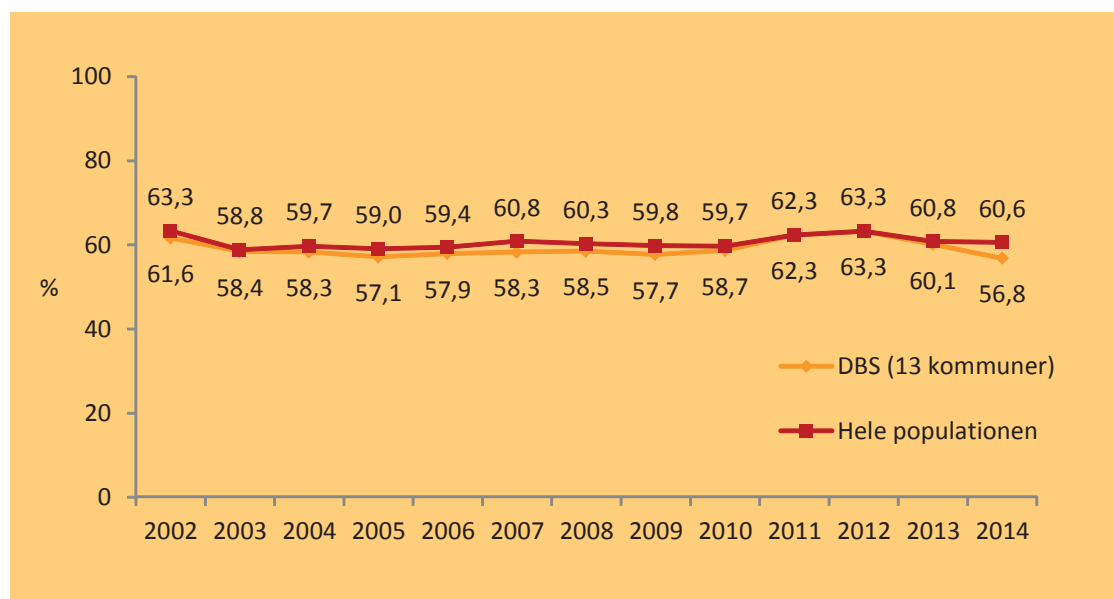


Antallet og sammensætningen af deltagende kommuner i Databasen Børns Sundhed har ikke været det samme alle år. Det er derfor ikke helt korrekt at sammenligne hele populationen fra år til år. Deltagelse af en ny stor kommune med veluddannede forældre kan for eksempel medføre, at man ser en positiv udvikling i hele populationen på trods af, at udviklingen ikke har ændret sig i de kommuner, der var med året før. Figur 71 viser udviklingen i andelen, der har ammet fuldt i mindst fire måneder i perioden 2002-2016 for de deltagende kommuner det pågældende år og for de 13 kommuner, der har været en del af databasen de seneste fire år (Albertslund, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Køge, Roskilde, Rødovre og Tårnby).

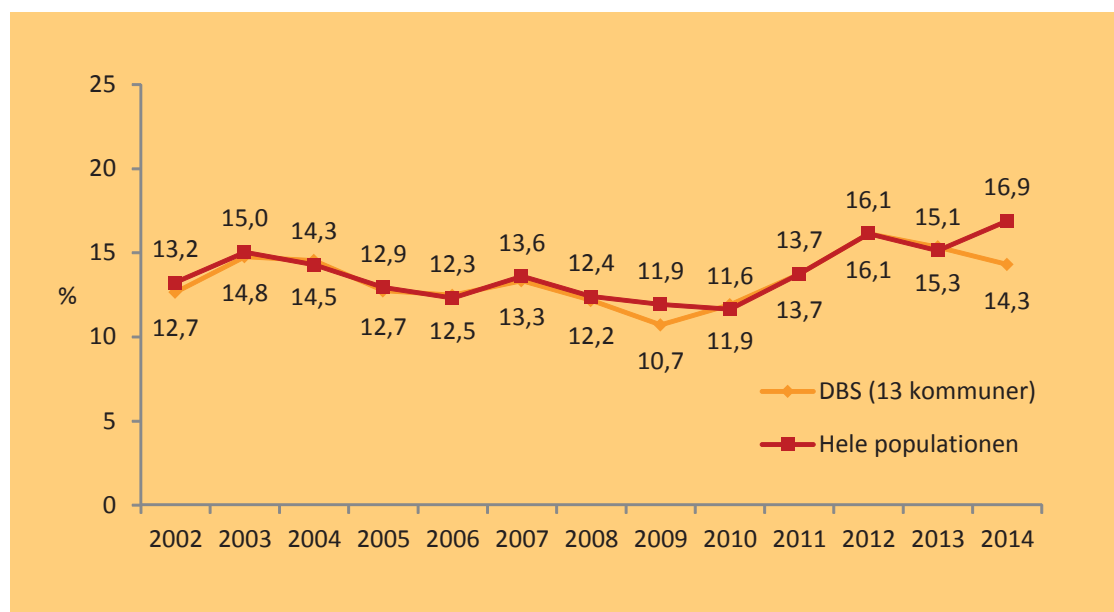
Figur 72 viser andelen, der ammer fuldt når de er seks måneder 2002-2014 for alle kommuner og for DBS (13 kommuner). Af figurerne fremgår det, at det især er for børn født i 2014, at der er forskel på de to populationer. Dette skyldes primært de mange børn og den høje ammefrekvens i Aarhus Kommune.



Figur 71. Andelen, der ammer fuldt når de er fire måneder 2002-2014 for alle kommuner og for DBS (13 kommuner)



Figur 72. Andelen, der ammer fuldt når de er seks måneder 2002-2014 for alle kommuner og for DBS (13 kommuner)



Bilag 3: Logistiske regressionsanalyser

Tabel 14. OR (95 % CI) for ikke at amme fuldt ved fire måneder efter sociodemografiske faktorer

	Ujusteret OR (95 % CI) ^a	Indbyrdes justeret ^b OR (95 % CI)	Yderligere justeret for flerfødsel, kejsersnit og indlæggelseslængde OR (95 % CI)
Køn			
Pige	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)
Dreng	1,12 (1,05-1,20)	1,13 (1,05-1,23)	1,11 (1,02-1,20)
Herkomst			
Dansk herkomst	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)
Efterkommer	1,89 (1,61-2,23)	1,36 (1,13-1,65)	1,42 (1,17-1,72)
Indvandrer	1,11 (1,02-1,22)	1,02 (0,90-1,15)	1,06 (0,93-1,20)
Mors uddannelse			
Lang videregående uddannelse	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)
Kort eller mellemlang videregående uddannelse	1,45 (1,31-1,61)	1,51 (1,35-1,68)	1,44 (1,30-1,60)
Almen eller erhvervs gymnasial uddannelse	2,10 (1,83-2,41)	1,84 (1,57-2,16)	1,86 (1,58-2,18)
Erhvervsfaglig uddannelse.	2,95 (2,66-3,28)	2,73 (2,42-3,07)	2,70 (2,41-3,06)
Max tiende klasse (grundskole)	4,66 (4,12-5,26)	3,66 (3,15-4,27)	3,83(3,30-4,45)
Mors alder ved fødslen			
<20 år	2,04 (1,23-3,39)	0,81 (0,44-1,48)	–
20-30	1 (reference)	1 (reference)	–
30-40	0,65 (0,61-0,70)	0,93 (0,85-1,02)	–
>40	0,82 (0,70-0,95)	1,09 (0,91-1,30)	–
Mors erhvervstilknytning			
Mor i erhverv	1 (reference)	1 (reference)	–
Mor ikke i erhverv	1,49 (1,37-1,61)	1,08 (0,97-1,21)	–
Familietype			
Bor med begge forældre	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)
Bor ikke med begge forældre	2,03 (1,81-2,28)	1,46 (1,26-1,69)	1,43 (1,23-1,65)
Passiv rygning			
Ja	2,40 (2,08-2,78)	1,63 (1,39-1,93)	1,70 (1,44-2,01)
Nej	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)

^a 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 end i referencegruppen. Hvis sikkerhedsintervallet rummer værdien 1,0 er OR-værdien ikke signifikant forskellig fra referencegruppen. De resultater, der er signifikant forskellige fra referencegruppen er markeret med fed skrift.

^b justeret for køn, mors herkomst, mors alder familietype, passiv rygning, fødselsvægt, flerfødt, indlæggelseslængde og kejsersnit.



Tabel 15. OR (95 % CI) for ikke at amme fuldt ved fire måneder efter forhold relateret til fødslen

	Ujusteret OR (95 % CI) ^a	Indbyrdes justeret OR (95 % CI)	Yderligere justeret for køn, mors herkomst, uddannelse, familietype, passiv rygning OR (95 % CI)
Gestationsalder			
Født til tiden	1 (reference)	1 (reference)	-
Tidlig født	1,51 (1,31-1,75)	1,08 (0,89-1,32)	-
Fødselsvægt			
2500 g. +	1 (reference)	1 (reference)	-
Under 2500 g.	1,81 (1,55-2,13)	1,12 (0,90-1,32)	-
Flerfødt			
Enkeltfødt	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)
Flerfødt	2,79 (2,29-3,40)	1,94 (1,54-2,44)	2,11 (1,64-2,70)
Kejsersnit			
Nej	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)
Ja	1,82 (1,65-1,99)	1,39 (1,26-1,54)	1,50 (1,33-1,68)
Paritet			
Flergangsfødende	1 (reference)	1 (reference)	-
Førstegangsfødende	1,24 (1,15-1,32)	1,00 (0,91-1,08)	-
Indlæggelseslængde			
Højest 6 timer	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)
6-24 timer	1,21 (1,02-1,43)	1,34 (1,11-1,62)	1,21 (0,99-1,48)
2-3 døgn	1,62 (1,49-1,77)	1,53 (1,39-1,71)	1,57 (1,41-1,74)
4 døgn eller senere	2,58 (2,33-2,86)	2,12 (1,86-2,40)	2,06 (1,80-2,34)
Komplikationer ved fødslen			
Nej	1,18 (1,09-1,29)	1,02 (0,93-1,12)	-
Ja	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)

^a 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 end i referencegruppen. Hvis sikkerhedsintervallet rummer værdien 1,0 er OR-værdien ikke signifikant forskellig fra referencegruppen. De resultater, der er signifikant forskellige fra referencegruppen er markeret med fed skrift.

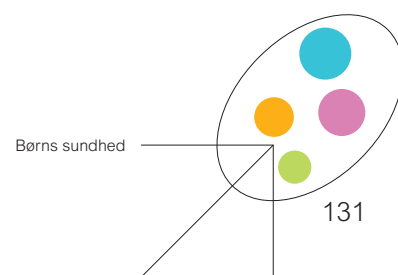




Table 16. OR (95 % CI) for ikke at amme fuldt ved fire måneder efter forhold den første tid efter fødslen

	Ujusteret OR (95 % CI) ^a	Indbyrdes justeret OR (95 % CI)	Yderligere justeret for køn, mors herkomst, uddannelse, familietype, passiv rygning flerfødsel, kejsersnit og indlæggelseslængde OR (95 % CI)
Bemærkning til mors psykiske tilstand ved A- og/eller B-besøget			
Ja	1,69 (1,53-1,86)	1,67 (1,51-1,84)	1,50 (1,33-1,68)
Nej	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)
Bemærkning til motorik A- og/eller B-besøget			
Ja	1,54 (1,37-1,75)	1,53 (1,24-1,75)	1,39 (1,18-1,64)
Nej	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)

^a 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 end i referencegruppen. Hvis sikkerhedsintervallet rummer værdien 1,0 er OR-værdien ikke signifikant forskellig fra referencegruppen. De resultater, der er signifikant forskellig fra referencegruppen er markeret med fed skrift.

Table 17. OR (95 % CI) for ikke at amme fuldt ved fire måneder efter forhold den første tid efter fødslen (kun i TM Sund journalen)

	Ujusteret OR ^a (95 % CI)	Justeret OR (95 % CI)	Yderligere justeret for køn, mors herkomst, uddannelse, familietype, passiv rygning, flerfødsel, kejsersnit og indlæggelseslængde OR (95 % CI)
Uro og gråd A- og/eller B-besøg			
Ja	1,66 (1,39-1,97)	1,47 (1,23-1,76)	1,18 (0,93-1,49)
Nej	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)
Bemærkning til forældre-barn kontakt ved A- og/eller B-besøg			
Ja	1,77 (1,54-2,05)	1,67 (1,44-1,92)	1,62 (1,34-1,95)
Nej	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)

^a 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 end i referencegruppen. Hvis sikkerhedsintervallet rummer værdien 1,0 er OR-værdien ikke signifikant forskellig fra referencegruppen. De resultater, der er signifikant forskellig fra referencegruppen er markeret med fed skrift.



Tabel 18. OR (95 % CI) for ikke at amme fuldt ved fire måneder efter forhold, der kun er besvaret i TM Sund journalen

	Ujusteret OR (95 % CI) ^a	Justeret OR (95 % CI)	Yderligere justeret for køn, mors herkomst, uddannelse, familietype, passiv rygning, flerfødsel, kejsersnit og indlæggelseslængde OR (95 % CI)
Tilskud af MME under indlæggelse			
Ja	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)
Nej	3,62 (3,30-3,98)	2,94 (2,65-3,26)	2,73 (2,41-3,11)
Mor har erfaring med og viden om amning			
Ja	1,51 (1,38-1,64)	1,30(1,18-1,42)	1,13(1,00-1,28)
Nej	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)
Lagt til brystet inden for 2 timer efter fødslen			
Ja	2,66 (2,30-3,07)	1,20 (1,01-1,42)	1,02 (0,84-1,26)
Nej	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)
Mor ønsker at amme			
Ja	44,40 (25,47-77,32)	28,5(16,27-50,04)	31,7 (16,9-70,9)
Nej	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)

^a 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 end i referencegruppen. Hvis sikkerhedsintervallet rummer værdien 1,0 er OR-værdien ikke signifikant forskellig fra referencegruppen. De resultater, der er signifikant forskellige fra referencegruppen er markeret med fed skrift.

Tabel 19. OR (95 % CI) for ikke at amme fuldt ved fire måneder for alle signifikante faktorer

		Justeret for alle signifikante OR (95 % CI) ^a
Køn	Pige	1 (reference)
	Dreng	1,12 (1,01-1,26)
Etnisk herkomst	Dansk herkomst	1 (reference)
	Efterkommer	1,53 (1,19-1,96)
	Indvandrer	1,01 (0,84-1,20)
Mors uddannelse	Lang videregående uddannelse	1 (reference)
	Kort eller mellemlang videregående uddannelse	1,43 (1,23-1,65)
	Almen eller erhvervs gymnasial uddannelse	1,97 (1,59-2,45)
	Erhvervsfaglig uddannelse.	2,65 (2,25-3,12)
	Max tiende klasse (grundskole)	3,92 (3,21-4,79)
Familietype	Bor med begge forældre	1 (reference)
	Bor ikke med begge forældre	1,37(1,12-1,67)
Passiv rygning	Ja	1,55 (1,27-1,88)
	Nej	1 (reference)
Flerfødt	Enkeltfødt	1 (reference)
	Flerfødt	2,02 (1,42-2,89)
Kejsersnit	Nej	1 (reference)
	Ja	1,18 (1,01-1,39)
Indlæggelseslængde	Højst 6 timer	1 (reference)
	6-24 timer	1,44 (1,10-1,90)
	2-3 døgn	1,22 (1,06-1,41)
	4 døgn eller senere	1,27 (1,04-1,54)
Tilskud af MME under indlæggelse	Nej	1 (reference)
	Ja	2,70 (2,36-3,08)
Mor ønsker at amme	Ja	1 (reference)
	Nej	34,87 (16,96-71,07)
Mor har erfaring med og viden om amning	Ja	1 (reference)
	Nej	1,13 (1,00-1,48)
Bemærkning til forældre-barn kontakt ved A- og/eller B-besøg	Ja	1,19 (0,97-1,45)
	Nej	1 (reference)
Bemærkning til mors psykiske tilstand ved A- og/eller B-besøget	Ja	1,26 (1,9-1,56)
	Nej	1 (reference)
Bemærkning til motorik Ved A- og/eller B-besøget	Ja	1,36 (1,14-1,62)
	Nej	1 (reference)

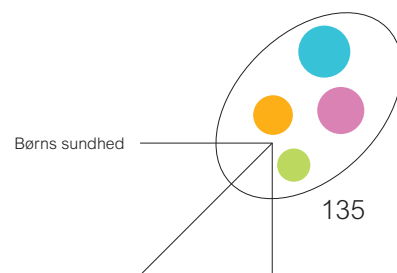
^a OR er en måde at udtrykke risiko på: hvis OR er højere eller lavere end 1,0, betyder det, at risikoen er højere eller lavere end i referencegruppen. Hvis sikkerhedsintervallet rummer værdien 1,0 er OR-værdien ikke signifikant forskellig fra referencegruppen. De resultater, der er signifikant forskellige fra referencegruppen er markeret med fed skrift.



Tabel 20. OR (95 % CI) for ikke at amme fuldt ved en måned efter sociodemografiske faktorer

	Ujusteret OR (95 % CI) ^a	Indbyrdes justeret OR (95 % CI)	Yderligere justeret for, fødselsvægt, flærfødsel, kejsersnit og indlæggelses-længde. OR (95 % CI)
Køn			
Pige	1 (reference)	-	-
Dreng	1,04 (0,96-1,13)	-	-
Etnisk herkomst			
Dansk herkomst	1 (reference)	1 (reference)	-
Efterkommer	1,27 (1,05-1,53)	0,99 (0,80-1,23)	-
Indvandrer	1,04 (0,94-1,15)	0,91 (0,78-1,05)	-
Mors uddannelse			
Lang videregående uddannelse	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)
Kort eller mellemlang videregående uddannelse	1,25 (1,10-1,42)	1,29 (1,12-1,48)	1,28 (1,11-1,47)
Almen eller erhvervs gymnasial uddannelse	1,58 (1,33-1,87)	1,53 (1,26-1,86)	1,45 (1,18-1,77)
Erhvervsfaglig uddannelse	2,14 (1,89-2,43)	2,11 (1,84-2,43)	2,05 (1,78-2,37)
Max tiende klasse (grundskole)	3,19 (2,87-3,65)	2,84 (2,39-3,37)	2,84 (2,38-3,38)
Mors alder ved fødslen			
<25 år	1,44 (1,28-1,61)	1,17 (1,08-1,25)	0,90 (0,77-1,05)
25+	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)
Mors erhvervstilknytning			
Mor i erhverv	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)
Mor ikke i erhverv	1,45 (1,32-1,59)	1,22 (1,08-1,39)	1,25 (1,10-1,42)
Familietype			
Bor med begge forældre	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)
Bor ikke med begge forældre	1,90 (1,62-2,15)	1,43 (1,23-1,67)	1,37 (1,17-1,60)
Passiv rygning			
Ja	1,79 (1,54-2,09)	1,27 (1,07-1,51)	1,28 (1,07-1,53)
Nej	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)

^a 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 end i referencegruppen. Hvis sikkerhedsintervallet rummer værdien 1,0 er OR-værdien ikke signifikant forskellig fra referencegruppen. De resultater, der er signifikant forskellige fra referencegruppen er markeret med fed skrift.





Tablet 21. OR (95 % CI) for ikke at amme fuldt ved en måned efter forhold relateret til fødslen

	Ujusteret OR (95 % CI) ^a	Indbyrdes justerede OR (95 % CI)	Yderligere justeret for mors uddannelse, mors erhverv, familietype og passiv rygning, OR (95 % CI)
Gestationsalder			
Født til tiden	1 (reference)	1 (reference)	-
Tidlig født	1,48 (1,26-1,73)	1,24 (0,99-1,55)	-
Fødselsvægt			
2500 g. +	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)
Under 2500 g.	1,90 (1,60-2,25)	1,29 (1,01-1,64)	1,07 (0,84-1,36)
Flerfødt			
Enkeltfødt	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)
Flerfødt	2,56 (2,11-3,11)	1,63 (1,28-2,07)	1,96 (1,51-2,55)
Kejsersnit			
Nej	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)
Ja	1,98 (1,79-2,19)	1,55 (1,39-1,73)	1,63 (1,44-1,86)
Paritet			
Fliergangsfødende	1 (reference)	1 (reference)	-
Førstegangsfødende	1,17 (1,08-1,27)	0,95 (0,86-1,05)	-
Indlæggelseslængde			
Højest 6 timer	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)
6-24 timer	1,12 (0,89-1,38)	1,15 (0,90-1,47)	1,13 (0,88-1,46)
2-3 døgn	1,63 (1,46-1,81)	1,48 (1,30-1,68)	1,54 (1,36-1,75)
4 døgn eller senere	2,50 (2,21-2,82)	1,97 (1,69-2,30)	1,95 (1,67-2,29)
Komplikationer ved fødslen			
Nej	1,12 (1,01-1,24)	1,02 (0,91-1,13)	-
Ja	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)

^a 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 end i referencegruppen. Hvis sikkerhedsintervallet rummer værdien 1,0 er OR-værdien ikke signifikant forskellig fra referencegruppen. De resultater, der er signifikant forskellige fra referencegruppen er markeret med fed skrift.

Tabel 22. OR (95 % CI) for ikke at amme fuldt ved en måned efter forhold den første tid efter fødslen, der kun er i TM Sund journalen

	Ujusteret OR (95 % CI) ^a	Justeret OR (95 % CI)	Yderligere justeret for uddannelse, erhverv, familietype, passiv rygning, flerfødsel, kejsersnit og indlæggelseslængde OR (95 % CI)
Uro og gråd ved A-besøg			
Ja	2,45 (1,84-3,28)	2,02 (1,47-2,77)	1,91 (1,30-2,79)
Nej	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)
Bemærkning til forældre-barn kontakt ved A- besøg			
Ja	2,14 (1,74-2,63)	1,62 (1,28-2,05)	1,31 (0,98-1,74)
Nej	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)
Bemærkning til mors psykiske tilstand ved A-besøget			
Ja	1,90 (1,66-2,18)	1,72 (1,49-1,99)	1,49 (1,25-1,77)
Nej	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)

^a 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 end i referencegruppen. Hvis sikkerhedsintervallet rummer værdien 1,0 er OR-værdien ikke signifikant forskellig fra referencegruppen. De resultater, der er signifikant forskellige fra referencegruppen er markeret med fed skrift.



Tablet 23. OR (95 % CI) for ikke at amme fuldt ved en måned efter forhold der kun er besvaret i TM Sund journalen

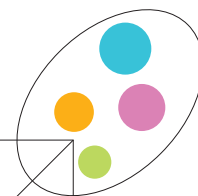
	Ujusteret OR (95 % CI) ^a	Justeret OR (95 % CI)	Yderligere justeret for mors herkomst, uddannelse, familietype, passiv rygning, flerfødsel, kejsersnit og indlæggelseslængde OR (95 % CI)
Tilskud af MME under indlæggelse			
Ja	5,30(4,78-5,89)	4,22 (3,75-4,75)	4,18 (3,59-4,87)
Nej	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)
Mor har erfaring med og viden om amning			
Ja	1,54 (1,40-1,70)	1,24 (1,10-1,39)	1,13 (0,98-1,32)
Nej	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)
Lagt til brystet inden for 2 timer efter fødslen			
Ja	3,42 (2,96)	1,23 (1,03-1,47)	1,05 (0,81-1,31)
Nej	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)
Mor ønsker at amme			
Ja	34,20 (24,4-47,88)	24,08 (16,75-34,62)	24,1 (15,5-38,4)
Nej	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)

^a 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 end i referencegruppen. Hvis sikkerhedsintervallet rummer værdien 1,0 er OR-værdien ikke signifikant forskellig fra referencegruppen. De resultater, der er signifikant forskellige fra referencegruppen er markeret med fed skrift.

Tabel 24. OR (95 % CI) for at blive ammet delvis efter sociodemografiske faktorer. Analysen omfatter kun børn, der ikke ammes fuld ved B-besøget

	Ujusteret OR (95 % CI) ^a	Indbyrdes justeret OR (95 % CI)	Yderligere justeret for fødselsvægt og flerfødsel OR (95 % CI)
Køn			
Pige	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)
Dreng	0,88 (0,78-0,99)	0,94 (0,82-1,08)	-
Etnisk herkomst			
Dansk herkomst	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)
Efterkommer	1,39 (1,07-1,82)	1,41 (1,05-1,88)	1,45 (1,09-1,96)
Indvandrer	2,06 (1,77-2,39)	2,45 (2,00-2,99)	2,44 (82,01-2,97)
Mors uddannelse			
Lang videregående uddannelse	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)
Kort eller mellemlang videregående uddannelse	1,27 (1,05-1,54)	1,23 (1,01-1,52)	1,24 (1,00-1,53)
Almen eller erhvervs gymnasial uddannelse	1,32 (1,03-1,70)	1,17 (0,88-1,56)	1,11 (0,84-1,47)
Erhvervsfaglig uddannelse.	1,06 (0,88-1,28)	0,99 (0,80-1,22)	1,01 (0,82-1,25)
Max tiende klasse (grundskole)	1,08 (0,86-1,32)	0,91 (0,71-1,18)	0,87 (0,68-1,10)
Mors alder ved fødslen			
<25 år	0,79 (0,66-0,94)	0,83(066-1,04)	-
25+	1 (reference)	1 (reference)	-
Mors erhvervstilknytning			
Mor i erhverv	1 (reference)	1 (reference)	-
Mor ikke i erhverv	1,20 (1,05-1,40)	0,94 (0,77-1,12)	-
Familietype			
Bor med begge forældre	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)
Bor ikke med begge forældre	1,01 (0,84-1,22)	-	-
Passiv rygning			
Ja	1,5 (1,21-1,86)	1,61 (1,15-2,05)	1,57 (1,23-2,02)
Nej	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)

^a 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 end i referencegruppen. Hvis sikkerhedsintervallet rummer værdien 1,0 er OR-værdien ikke signifikant forskellig fra referencegruppen. De resultater, der er signifikant forskellige fra referencegruppen er markeret med fed skrift.



**Tabel 25. OR (95 % CI) for at blive ammet delvis efter forhold relateret til fødslen.
Analysen omfatter kun børn, der ikke ammes fuldt ved B-besøget**

	Ujusteret OR (95 % CI) ^a	Justeret OR (95 % CI) indbyrdes justeret	Yderligere justeret for mors herkomst mors uddannelse, passiv rygning.
Gestationsalder			
Født til tiden	1 (reference)	1 (reference)	-
Tidlig født	1,31 (1,02-1,68)	1,21(0,87-1,68)	-
Fødselsvægt			
2500 g. +	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)
Under 2500 g.	0,72 (0,55-0,95)	0,60 (0,42-0,87)	0,66(0,46-0,93)
Flerfødt			
Enkeltfødt	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)
Flerfødt	1,37 (1,04-1,79)	1,71 (1,25-2,32)	1,88 (1,37-2,59)
Kejsersnit			
Nej	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)
Ja	0,96 (0,83-1,12)	-	-
Paritet			
Flergangsfødende	1 (reference)	1 (reference)	-
Førstegangsfødende	1,02 (0,90-1,15)	-	-
Indlæggelseslængde			
Højest 6 timer	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)
6-24 timer	1,00 (0,73-1,38)	-	-
2-3 døgn	0,98 (0,84-1,16)	-	-
4 døgn eller senere	0,93 (0,78-1,01)	-	-
Komplikationer ved fødslen			
Nej	1,03 (0,88-1,94)	-	-
Ja	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)

^a 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 end i referencegruppen. Hvis sikkerhedsintervallet rummer værdien 1,0 er OR-værdien ikke signifikant forskellig fra referencegruppen. De resultater, der er signifikant forskellige fra referencegruppen er markeret med fed skrift.



Table 26. OR (95 % CI) for being partially breastfed after conditions, which only answered in TM Sund journalen. The analysis includes only children, who are not fully breastfed at B-visit

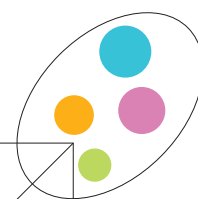
	Ujusteret OR (95 % CI) ^a	Justeret OR (95 % CI) indbyrdes justeret	Yderligere justeret for mors herkomst, mors uddannelse, passiv rygning, fødselsvægt og flertidspædsel.
Tilskud af MME under indlæggelse			
Nej	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)
Ja	1,74 (1,49-2,05)	1,15 (1,21-1,72)	1,64 (1,34-2,01)
Mor ønsker at amme			
Ja	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)
Nej	0,04 (0,02-0,07)	0,04 (0,02-0,82)	0,01 (0,00-0,06)
Lagt til brystet inden for 2 timer efter fødslen			
Ja	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)
Nej	0,50 (0,40-0,63)	0,90 (0,70-1,17)	-
Mor har erfaring med og viden om amning			
Ja	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)
Nej	0,81 (0,7-0,97)	0,90 (0,76-1,06)	-

^a 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 end i referencegruppen. Hvis sikkerhedsintervallet rummer værdien 1,0 er OR-værdien ikke signifikant forskellig fra referencegruppen. De resultater, der er signifikant forskellige fra referencegruppen er markeret med fed skrift.

Table 27. OR (95 % CI) for being partially breastfed after conditions related to the first time after birth. The analysis includes only children, who are not fully breastfed at B-visit

	Ujusteret OR (95 % CI) ^a
Bemærkning til mors psykiske tilstand ved A- og/eller B-besøget	
Ja	0,93 (0,79-1,10)
Nej	1 (reference)
Bemærkning til motorik ved A- og/eller B-besøget	
Ja	1,01 (0,82-1,25)
Nej	1 (reference)
Bemærkning til forældre-barn kontakt ved A- og/eller B-besøget	
Ja	1,10 (0,89-1,37)
Nej	1 (reference)
Bemærkning til uro og gråd ved A- og/eller B-besøget	
Ja	1,01 (0,78-1,32)
Nej	1 (reference)

^a 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 end i referencegruppen. Hvis sikkerhedsintervallet rummer værdien 1,0 er OR-værdien ikke signifikant forskellig fra referencegruppen. De resultater, der er signifikant forskellige fra referencegruppen er markeret med fed skrift.





Temarapporter fra Databasen Børns Sundhed

0-årige børn

Amning, børn født i 2014

Sundhedsplejerskernes indsats for 0-årige, børn født i 2013

Gråd, uro og spisproblemer, børn født i 2012

Søvnproblemer blandt spædbørn, børn født i 2011

Sundhedsplejerskens vurdering af mors psykiske tilstand, børn født i 2010

Amning i 14 kommuner, børn født i 2009 og 2008

Indskolingsbørn

Allergi hos indskolingsbørn, skoleåret 2014/2015

Familiens betydning for indskolingsbørns sundhed og trivsel, skoleåret 2013/2014

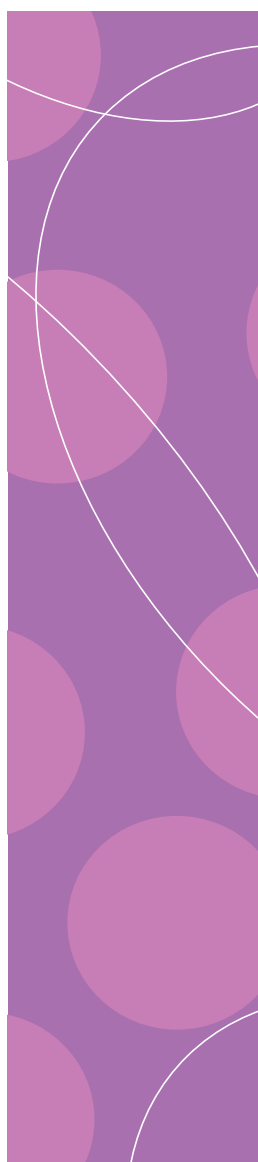
Børns trivsel ved indskolingen, skoleåret 2012/2013

Vægtstatus i første leveår og overvægt i indskolingsalderen, skoleåret 2011/2012

Motoriske vanskeligheder, skoleåret 2009/2010 og 2010/2011

Endvidere er der udarbejdet årsrapporter på børn født fra 2008, børn fra indskolingen i skoleåret 2009/2010 samt en rapport for Region Hovedstaden "Sundhed blandt børn i Region Hovedstaden.

Alle rapporter kan hentes på:
www.si-folkesundhed.dk / links / Databasen Børns Sundhed



Databasen Børns Sundheds visuelle elementer

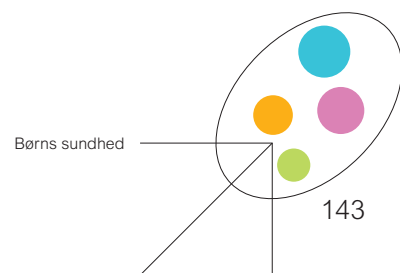
symboliserer de fire områder:

Grøn: Graviditet og fødsel

Gul/orange: 0 til 1-årige børn

Lilla: Børn i indskolingen

Blå: Unge i udskolingen





BØRNS SUNDHED

Samarbejde mellem
sundhedsplejersker og
Statens Institut for
Folkesundhed



Børn født
i 2014

