

Amming kartlagt ved rutinedata

BAKGRUNN Studiens formål var å undersøke amming som helseindikator gjennom rutinedata registrert ved helsestasjoner. Vi har kartlagt forekomst av amming, ammeforløp og faktorer som påvirker amming.

MATERIALE OG METODE I en nyutviklet elektronisk helsestasjonsjournal (Helseprofil 0–20 år) ble ammestatus ved seks ukers og seks måneders alder og andre rutineopplysninger systematisk registrert for barn som møtte ved helsestasjonene i Bergen i perioden 2010–11. Opplysningene ble koblet til data fra Medisinsk fødselsregister.

RESULTATER Av 6 093 barn ble 73,6 % fullammet ved seks ukers alder og 18,9 % da de var seks måneder. I justerte analyser var det sammenheng mellom ammeslutt før seks måneder og faktorene røyking, ung mor, sivilstatus enslig, utilfredsstillende familiesituasjon og sosialt nettverk og fødselsvekt under 2 500 g. Ammekyndig helsestasjon og barn med usikkert/avvikende søvnmonster var forbundet med fortsatt amming etter seks måneder.

FORTOLKNING Journalsystemet Helseprofil 0–20 år koblet med Medisinsk fødselsregister var godt egnet for å studere faktorer som kan påvirke ammingen. Mødre og barn med økt behov for oppfølging ble fanget opp.

Målet med folkehelsearbeid er å fremme helse og utjevne effekten av sosiale ulikheter i befolkningen. Helseovervåking er nødvendig for å kunne prioritere og komme med målrettede tiltak i dette arbeidet (1). Ifølge gjeldende lovverk skal kommunene holde oversikt over befolkningens helse-tilstand og faktorer som påvirker den samt tilrettelegge for forskning. Helsestasjonene og skolehelsetjenesten har siden opprettelsen registrert data som har vært relevante for helseovervåking og epidemiologisk forskning, men opplysningene har i stor grad vært registrert som fritekst. For rapportering, samkjøring og analyser av data kreves det mer strukturerte opplysninger (2).

Fra 2008 har Bergen kommune i samarbeid med forskere ved Medisinsk fødselsregister, Universitetet i Bergen, Helse Bergen, Høgskolen i Bergen og Uni Research Helse utviklet journalsystemet Helseprofil 0–20 år (kortform Helseprofil). I dette systemet benyttes ordinære helseopplysninger, f.eks. høyde, vekt, amming, ernæring, tannhelse, søvn, utvikling/atferd, samspill/tilknytning og språk, fra elektroniske pasientjournaler i helsestasjons- og skolehelsetjenesten til lovbestemt helseovervåking og forskning. Helseprofil kan gi informasjon om tjenesteproduksjon, kvalitets- og fagutvikling og effekt av tiltak og danne grunnlag for levekårsundersøkelser. Systemet tilfredsstiller strenge krav til personvern og datasikkerhet og ble tatt i bruk i Bergen fra januar 2010.

Forskning viser at amming har enkelte helsemessige fordeler for mor og barn, både på kort og på lang sikt (3, 4). Fullamming frem til seks måneders alder fremfor fullamming i 3–4 måneder etterfulgt av delvis

aming kan gi færre tarminfeksjoner for barnet og vektreduksjon og utsettelse av menstruasjonen hos mor. Fullamming defineres som kun morsmelk de siste 24 timer, uten annen væske eller tørrstoff (3). I lavinntektsland er det spesielt viktig at alle barn fullammes i seks måneder og at ammingen opprettholdes til barnet er minst ett år (3–5).

Det er ikke dokumentert at fullamming har langsiktig forebyggende effekt på allergiutvikling, vekst, fedme, tannhelse, kognitive ferdigheter eller atferd hos barnet. Nasjonalt har det vært et mål at andelen spedbarn som fullammes ved seks måneders alder skulle øke fra 7 % til 20 % i perioden 2007–11 (6).

Nyere studier kan tyde på at barn i land som Norge har helsemessige fordeler av å bli introdusert for fast føde før de er seks måneder som forebygging av anemi, allergi og cøliaki (7, 8), men spørsmålet er fortsatt uavklart (9). Fordi morsmelk gir immunologisk beskyttelse, anbefales det fortsatt amming når fast føde introduseres (4, 10). I nordiske ernæringsanbefalinger fra 2012 tilrådes morsmelk som en del av dietten frem til 12 måneders alder og deretter delvis amming så lenge det passer mor og barn (9). Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) er morsmelk fortsatt en viktig energi- og næringsstoffkilde for barn i alderen 6–23 måneder (5).

Tidligere norske og svenske studier har vist at andelen som ammer er høyest for mødre med høy utdanning som er over 24 år, gift/samboende og med barn fra før. Andelen er lavere hos røykerne og mødre til barn med lav fødselsvekt (11–13). I den senere tid er liggetiden på barselavdelingene redusert. Barselkvinner reiser ofte hjem to-tre dager etter fødselen, før ammingen er godt etablert.

Maren-Kristin Halvorsen

maren.kristin.halvorsen@kvamnet.no
Helsestasjons- og skolehelsetjenesten i Årstad
Bergen kommune

Eva Langeland

Institutt for sykepleiefag
Avdeling for helse- og sosialfag
Høgskolen i Bergen

Grethe Almanning

Byrådsavdeling for helse og omsorg
Bergen kommune

Siren Haugland

Uni Research Helse

Lorentz M. Irgens

Institutt for global helse og samfunnsmedisin
Universitetet i Bergen

Trond Markestad

Barneklippen
Haukeland universitetssykehus
og
Klinisk institutt 2
Universitetet i Bergen

Ragnhild Sollesnes

Institutt for sykepleiefag
Avdeling for helse- og sosialfag
Høgskolen i Bergen

e-tab 1 finnes i Tidsskriftets elektroniske utgaver



Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no

HOVEDBUDSKAP

Journalsystemet Helseprofil gir pålitelige opplysninger om andelen barn som ammes og om faktorer knyttet til barnet, mødrene og helsestasjonene

Det var lavere forekomst og kortere varighet av amming hos mødre som røykte eller var unge, enslige, hadde en utilfredsstillende familiesituasjon eller sosialt nettverk eller hadde barn med lav fødselsvekt

Ammekyndige helsestasjoner hadde høyere andel mødre som ammet seks måneder etter fødselen

All form for ekstra støtte, både fra helsepersonell og andre i mødrenes omgivelser (fedre, venner og egne foreldre), fremmer andelen mødre som ammer og varigheten av ammingen (14). Nasjonal kompetansetjeneste for amming ved Oslo universitetssykehus har i samarbeid med Landsgruppe for helsesøstre utarbeidet en kvalitetsstandard for ammeveiledning (15), og helsestasjoner der man arbeider i samsvar med kvalitetsstandard, blir sertifisert som ammekyndige.

Formålet med vår studie var å bruke Helseprofil koblet med Medisinsk fødselsregister til å kartlegge amming og faktorer som påvirker amming i barnets første seks måneder, deriblant faktorene mors alder og røykevaner samt barnets fødselsvekt. Vi har ikke funnet studier som belyser eventuelle fordeler ved ammekyndig helsestasjon og ønsket derfor spesielt å sammenlikne ammeforløpet mellom mødre med tilknytning til ordinær helsestasjon og mødre tilknyttet ammekyndig helsestasjon.

Materiale og metode

Utvalg

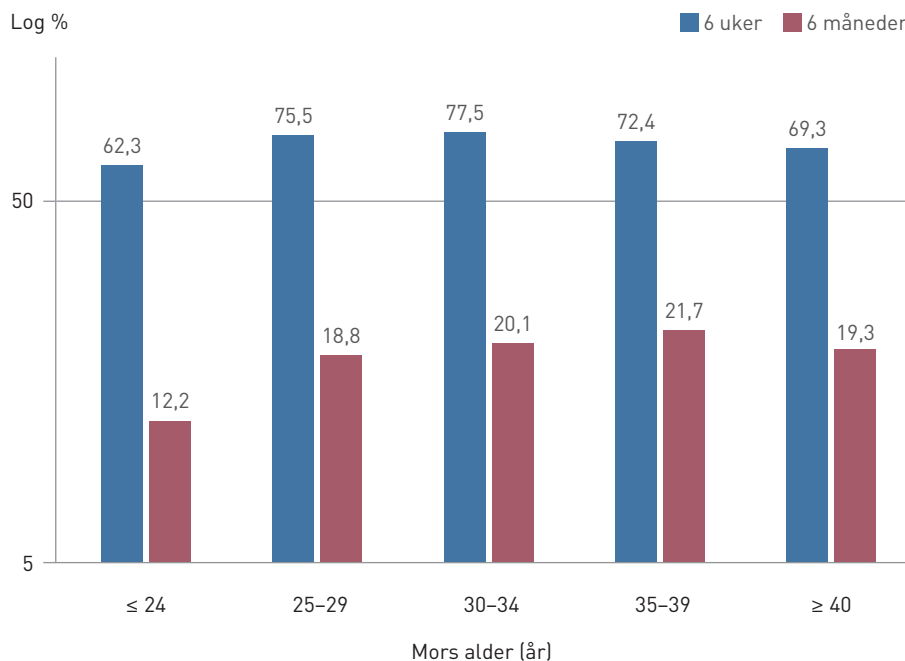
Studien inkluderer alle barn født i tidsrommet 1.1. 2010–31.12. 2011 som ble fulgt ved helsestasjonene i Bergen og hadde registrert konsultasjon i Helseprofil både ved seks ukers alder og seks måneders alder. Totalt ble det født 7 115 barn med tilknytning til helsestasjoner i Bergen, og for 6 093 barn (85,6%) forelå det opplysninger fra begge konsultasjonene.

Barna var fordelt på 21 helsestasjoner. Av disse var fem sertifisert som ammekyndige – to i 2009 (1 099 barn) og tre i 2011 (385 barn). Levekårsundersøkelsen i Bergen viser at de ammekyndige helsestasjonene benyttes av brede lag av befolkningen. To av dem tilhører en bydel med høy forekomst av negative markører for helse, som lavt utdanningsnivå hos foreldrene og høy andel familier med lav inntekt, sosialhjelp og kontakt med barnevernet (16).

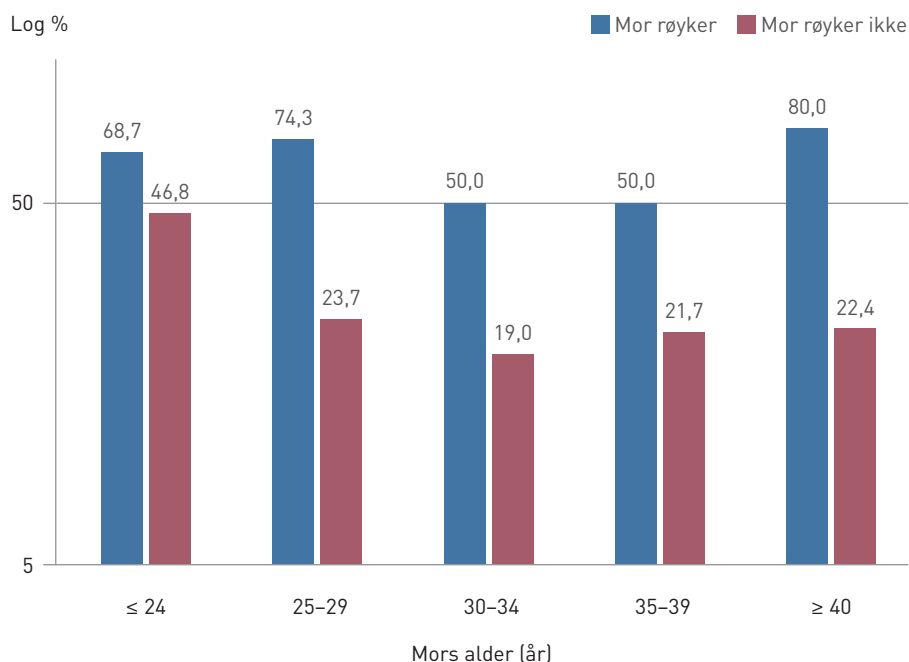
Registrering i Helseprofil

I den tradisjonelle elektroniske pasientjournalen for helsestasjons- og skolehelsetjenesten er temaene som skal tas opp ved hver konsultasjon satt opp i listeform. For hvert tema er det en avkryssingsboks. Ved å sette en hake i boksen har helsesøster eller lege bekreftet at temaet er tatt opp, men resultatet er ikke oppgitt. En «T» i boksen viser til et notat i et tekstfelt et annet sted i journalen.

For amming kan notatene være «ingen problemer med amming», «ammer ikke», «såre brystvorter» osv., med tekst utformet av den som registrerer. I Helseprofil gjøres registreringer systematisk og standardisert for hvert enkelt tema. For amming krysses



Figur 1 Fullamming ved 6 ukers og 6 måneders alder etter mors alder ved fødselen hos barn født i Bergen i perioden 2010–11. Logaritmisk skala



Figur 2 Ingen amming ved 6 måneders alder etter mors alder ved fødsel for røykere og ikke-røykere for barn født i Bergen i perioden 2010–11. Logaritmisk skala

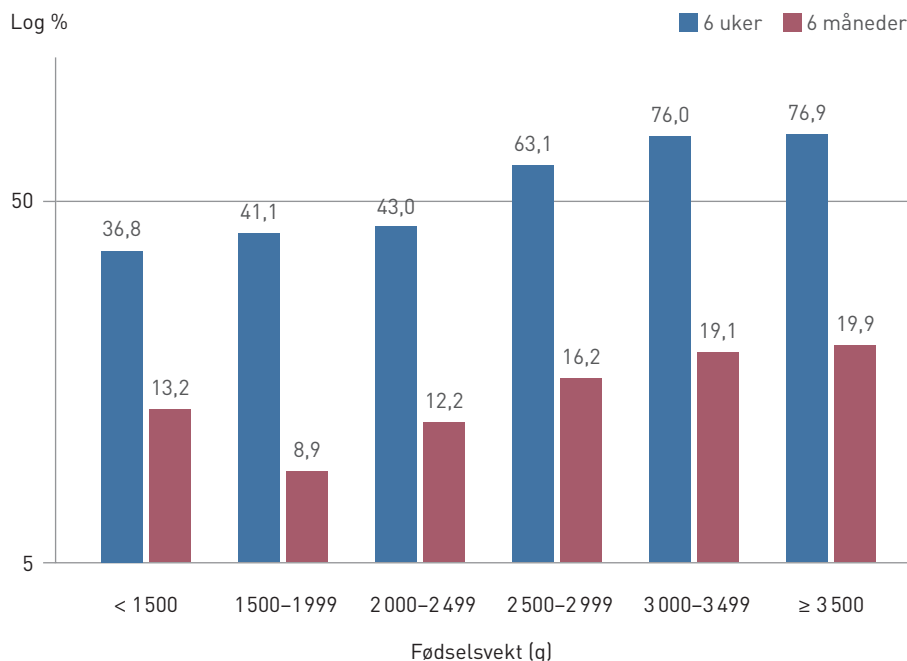
det av for «Fullamming», «Delvis amming» eller «Ingen amming». Når det krysses av for «Ingen amming», føres det også på tidspunkt for ammeslutt.

Variabler

Data om moren og om barnets fødsel ble hentet fra Medisinsk fødselsregister, herunder paritet, mors alder og sivilstatus, røy-

kestatus ved svangerskapets begynnelse og slutt, barnets kjønn, fødselsår og -vekt og hvorvidt barnet ble overflyttet barneavdeling.

Fra Helseprofil var det opplysninger om mor fortsatt røykte (svaralternativer ja eller nei), helsestasjonstype (ordinær eller ammekyndig) og barnets alder (seks uker og seks måneder). I Helseprofil hadde variablene



Figur 3 Fullamming ved 6 ukers og 6 måneders alder etter fødselsvekt hos barn født i Bergen i perioden 2010–11. Logaritmisk skala

samspill/tilknytning, familiesituasjon og sosialt nettverk, barnets utvikling/atferd og søvn kategoriene «tilfredsstillende» eller «usikker/avvikende». Ved å krysse av for «usikker/avvikende» vises alternativer som definerer dette nærmere.

Statistikk

SPSS versjon 20 ble brukt for khikvadrattest og logistisk regresjon. I regresjonsanalysen ble ingen amming ved seks måneders alder brukt som utfallsvariabel. I den justerte analysen ble det kontrollert for sosiodemografiske og kliniske variabler som nevnt over. Statistisk signifikansnivå ble satt til $p \leq 0,05$. Resultatene er presentert som oddsratio (OR) med 95 % konfidensintervall (KI).

Etikk

Studien er et delprosjekt under forskningsprosjektet Forebygging av helseproblemer hos småbarn og skolebarn. Den er godkjent av regional etisk komité vest og basert på anonymiserte data uten innhenting av samtykke.

Resultater

For de 6 093 barna som møtte til konsultasjonen både ved seks ukers alder og da de var seks måneder, manglet det data om amming for 13 barn (0,2 %) ved seks ukers alder og for 18 seks måneder gamle barn (0,3 %). Totalt var 4 485 (73,6 %) fullammet ved seks ukers alder og 1 150 (18,9 %) da de var seks måneder. E-tabell 1 viser ammeforekomst i forhold til de ulike bakgrunnsvariablene.

Opplysninger om kvinnens røykevaner i

svangerskapet er basert på mødrene som samtykket til røykeopplysninger i Medisinsk fødselsregister (98 %). Alle mødrene ga opplysninger til helsestasjonen om sine røykevaner etter fødselen.

Forekomst av amming og faktorer som påvirket amming

Færre av de yngste og de eldste mødrene ammet og fullammet. Den høyeste ammehyppigheten ble observert i aldersgruppen 30–34 år da barnet var seks uker og i aldersgruppen 35–39 år da barnet var seks måneder (e-tab 1, fig 1).

Etter seks uker og seks måneder var det å være flergangsfødende assosiert med høyere forekomst av delvis amming og fullamming. Tilfredsstillende familiesituasjon og nettverk og det å leve med samboer eller ektefelle hadde også sammenheng med høyere forekomst av amming. Røyking i og etter svangerskapet hadde negativ sammenheng med amming (e-tab 1, fig 2).

Ved seks ukers alder ble rundt 40 % av barna med fødselsvekt under 2 500 g fullammet, mot 75,1 % av barna med vekt over 2 500 g. Ved seks måneders alder var tilsvarende tall 11 % og 19,2 % (fig 3). Av barna som ble overflyttet til barneavdeling like etter fødselen, var det en lavere andel som ble ammet (57,6 %) seks måneder etter fødselen enn av barna som ikke var overflyttet (74,3 %). Når barnets søvnmonster var registrert som «usikker/avvikende» ved seks måneders alder, var andelen som ble ammet høyere enn om søvnen var registrert som

«tilfredsstillende» (henholdsvis 83,9 % mot 70,3 %).

En høyere andel mødre som soknet til en ammekyndig helsestasjon fullammet seks måneder etter fødselen (24,7 %), sammenliknet med dem som soknet til ordinære helsestasjoner (17,0 %). Det var ingen signifikant forskjell mellom de to kategoriene av helsestasjoner seks uker etter fødselen.

Justerte analyser

I de justerte analysene (tab 2) ved seks måneders alder var mors røyking den sterkeste prediktoren for at hun ikke ammet (OR 3,9; 95 % KI 2,9–5,2). Andre prediktorer var lav fødselsvekt, mulig usikker/avvikende utvikling/atferd hos barnet samt det å være ung og enslig mor. Om kvinnen var knyttet til en helsestasjon uten status som ammekyndig, var også dette en prediktor for at hun ikke ammet barnet ved seks måneders alder. Usikker/avvikende søvn hos barnet var assosiert med høyere forekomst av amming.

Diskusjon

Studien viser at rutinedata fra helsestasjoner kan registreres på en måte som gjør det mulig å evaluere nasjonale helsemål i helsestasjonsarbeidet. Resultatene viste at kvinner i Bergen er nær det norske målet for fullamming når barnet er seks måneder (18,6 %).

Røyking, mors alder og sosiale tilknytning, barnets fødselsvekt og utvikling/atferd hadde sammenheng med om og i hvor stor grad mor ammet. Det ble registrert høyere forekomst av amming ved seks måneders konsultasjonen for mødre som var knyttet til en ammekyndig helsestasjon.

Styrker og begrensninger

Styrken ved studien er at den omfatter et stort utvalg barn og deres mødre, og at den er basert på data som registreres fortløpende. Tidligere studier har vist at mødre rapporterer pålitelig om amming når data innhentes nær opp mot situasjonen (17), og at de også i ettertid gir pålitelige opplysninger om ammingens varighet og omfang (18).

Kobling av helseopplysninger mot Medisinsk fødselsregister er en vesentlig styrke ved undersøkelsen. Meldeskjemaet for rapportering til Medisinsk fødselsregister er blitt brukt i lang tid, og opplysningene er kvalitetssikret. Med en deltakelse på 85,6 % av de aktuelle barna er det rimelig å anta at studien er representativ for befolkningen i Bergen. Det var et krav til inklusjon at barna var fulgt opp både ved seks ukers og seks måneders alder, og hovedgrunnen til frafall var sannsynligvis at familiene flyttet.

I spørreskjemaundersøkelser har det tidligere vært betydelig lavere deltakelse fra målgruppen og dermed fare for seleksjonsskjevhet. For eksempel var deltakerprosen-

ten i mor-og-barn-studien (MoBa-studien) 42,7 (19) og i Spedkost 2006–2007 67 (20).

Studier fra skolehelsetjenesten har vist at helsesøstre finner det uproblematisk å dokumentere fysisk helse i journalen (21), men sykepleiedokumentasjon kan påvirkes av organisatoriske forandringer (22). En ammekyndig helsestasjon skal ifølge retningslinjene kartlegge ammeforekomsten og arbeide for å fremme amming. Det kan derfor tenkes at man ved helsestasjoner med økt vekt på amming i større grad stiller mer spesifikke spørsmål om temaet, noe som kan ha påvirket den registrerte forekomsten.

En styrke ved studien var at hele 98 % av kvinnene hadde oppgitt om de røykte eller ikke i svangerskapet (Medisinsk fødselsregister) og 100 % ved oppfølging ved helsestasjonen etter fødselen (Helseprofil). Basert på et underutvalg i den prospektive MoBa-kohortstudien konkluderte forfatterne med at selvrapportert tobakksbruk var en valid markør for røyking (23). Det er derfor grunn til å tro at opplysningene var korrekte. En begrensning i datagrunnlaget fra Helseprofil var ulik føring av dato for ammeslutt (eksempelvis 3. mars, 3/3, 03.03, 0303 osv.), det var derfor vanskelig å beregne eksakt ammevarighet i studien.

Andelen som ammer

Det norske målet om at 20 % av barna skal fullammes ved seks måneders alder (6) var på det nærmeste nådd i dette utvalget. Verdens helseorganisasjons generelle anbefaling om fullamming i seks måneder (24) er nå til vurdering i Norge, da nyere studier tyder på at tidligere introduksjon av fast føde kan redusere utvikling av vitamin B₁₂-mangel (25), jernmangelanemi, matintoleranse og cøliaki i vestlige land (7, 8).

I et folkehelseperspektiv er det verdt å merke seg at det i denne studien med helsestasjonsdata var det en høyere andel som hadde sluttet å amme før barnet var seks måneder (26 %), sammenliknet med en tidligere norsk undersøkelse (20 %) (20). I den tidligere studien var det imidlertid betydelig lavere deltakelse og derfor risiko for at funnet ikke var representativt for befolkningen. I vår studie var andelen som fullammet derimot høyere både seks uker og seks måneder etter fødselen, sammenliknet med tidligere norske studier (11, 20) og undersøkelser fra utlandet (4, 26).

Sammenheng mellom amming og andre variabler

Risikofaktorer for tidlig ammeslutt i denne studien samsvarte med funn i andre norske og i svenske studier (11–13). Omtrent halvparten av mødrene til barn med lav fødselsvekt hadde sluttet å amme seks måneder etter fødselen. Andre har også rapportert at det er

Tabell 2 Oddsratio (OR) for ingen amming ved 6 måneders alder etter ulike bakgrunns karakteristika hos barn født i Bergen 2010–11

	Ujusterte verdier (n = 6 093)		Justerte verdier (n = 6 093)	
Bakgrunns karakteristika	OR	(95 % KI)	OR ¹	(95 % KI)
Type helsestasjon				
Ordinær (referanse)	1,0		1,0	
Ammekyndig	0,8	[0,7–0,9]	0,7	[0,6–0,9]
Paritet				
Flergangsfødende (referanse)	1,0		1,0	
Førstegangsfødende	1,4	[1,2–1,5]	1,1	[0,9–1,2]
Fødselsvekt (g)				
≥ 2 500 (referanse)	1,0		1,0	
2 000–2 499	2,8	[2,0–3,6]	2,4	[1,8–3,4]
1 500–1 999	3,4	[2,0–5,8]	2,4	[1,3–4,3]
< 1 500	3,3	[1,7–6,3]	2,6	[1,3–5,4]
Mors alder (år)				
30–34 (referanse)	1,0		1,0	
≤ 24	3,9	[3,3–4,6]	3,2	[2,7–3,9]
25–29	1,4	[1,2–1,6]	1,4	[1,2–1,6]
35–39	1,2	[1,0–1,4]	1,2	[1,0–1,4]
≥ 40	1,4	[1,0–1,9]	1,1	[0,8–1,6]
Sivilstatus				
Gift/samboer (referanse)	1,0		1,0	
Annet	2,9	[2,3–3,5]	1,8	[1,4–2,3]
Barnet overflyttet til barneavdelingen				
Nei (referanse)	1,0		1,0	
Ja	2,1	[1,6–2,6]	1,3	[1,0–1,8]
Mor røyker ved 6 uker				
Nei (referanse)	1,0		1,0	
Ja	5,5	[4,2–7,3]	3,9	[2,9–5,2]
Familiesituasjon og sosialt nettverk 6 måneder				
Tilfredsstillende (referanse)	1,0		1,0	
Usikker/avvikende	1,8	[1,5–2,2]	1,4	[1,1–1,8]
Barnets utvikling/atferd ved 6 uker				
Tilfredsstillende (referanse)	1,0		1,0	
Usikker/avvikende	1,2	[1,0–1,5]	1,4	[1,1–1,6]
Barnets søvn ved 6 måneder				
Tilfredsstillende (referanse)	1,0		1,0	
Usikker/avvikende	0,5	[0,4–0,5]	0,5	[0,4–0,5]

¹ Oddsratio (OR) og 95 % konfidensintervall (KI) er justert for alle variabler inkludert i tabellen

færre barn med lav fødselsvekt som ammes lenge (20), til tross for at amming på kort og på lang sikt kan være spesielt gunstig for disse (4). Det at de fleste mødrene som røykte hadde sluttet å amme seks måneder etter fødselen, er også i samsvar med tidligere studier (11, 13). Dette indikerer at grupper med risikofaktorer som beskrevet over kan ha behov for spesiell oppfølging ved helsestasjonen.

Ved seks måneders alder var amming assosiert med høyere forekomst av søvnvansker hos barna. Dette funnet er interessant å sammenholde med resultater fra den store norske mor-og-barn-studien, som viste at amming ved seks måneders alder var assosiert med nattlig oppvåkning, men ikke predikerte søvnvansker ett år senere. Samsoving ble fremhevet som en selvstendig prediktor for nattlig oppvåkning (27). Det kan tenkes at fullamming oftere fører til oppvåkning på grunn av sult når barna blir større og får økt næringsbehov.

En annen mulig forklaring kan være etablering av et mønster med leggeproblemer, innsovningsvansker, oppvåkning og kontakt med mor, eventuelt gjennom samsoving. Det er også en mulig fortolkning at barn med leggeproblemer, innsovningsproblemer eller nattlig oppvåkning ammes for å få dem til å sovne.

Ammekyndig helsestasjon

Undersøkelsen viste at signifikant flere mødre fortsatt ammet da barnet var seks måneder dersom de ble fulgt opp ved en ammekyndig helsestasjon. Dette er i tråd med studier fra andre land, som viser at all form for ekstra støtte i forbindelse med amming øker forekomsten (14). Ved seks ukers alder var det ingen signifikant forskjell, det skyldes trolig at forekomsten av tidlig amming i Norge er svært høy uansett kvinnes bakgrunn (6, 11, 14).

Den høye forekomsten av tidlig amming har antakelig sammenheng med den sterke ammekulturen og den generelt tette oppfølgingen ved barselavdelingen og den første tiden på helsestasjonen. Det kan tenkes at sertifisering av helsestasjonen som ammekyndig påvirker mest i perioden etter at barnet er blitt seks uker. Hele 91 % av mødrene ammet da barnet var seks uker, og det var bare en svak tendens til høyere ammefrekvens hos kvinnene som ble fulgt ved ammekyndig helsestasjon.

Helsesøstre ved ammekyndige helsestasjoner har gjennomgått grundig opplæring i ammerregistrering. Det kan tenkes at man ved ordinære helsestasjoner kan være mer liberale i forhold til definisjonen «fullamming», og at den egentlige forskjellen i forekomst av fullamming var større enn den som er registrert. De ammekyndige helsestasjonene i studien hadde ikke vært sertifisert like

lenge. Dette kan ha bidratt til at full effekt av amme fremmende arbeid ikke var oppnådd.

Folkehelsearbeid

Samhandlingsreformen vektlegger forebygging og tidlig innsats samt bedre samarbeid mellom ulike ledd i helsetjenesten (1). Ifølge faglige retningslinjer for ammeveiledning skal helsestasjonene bidra til etablering av en enhetlig arbeidende tiltakskjede i føde/barsel/neonatalavdeling og helsestasjon.

Ammekyndige helsestasjoner arbeider for ensartet og god kvalitet på ammeveiledningen og kartlegging av amme forekomsten (15). Denne studien tyder på at satsing på ammekyndige helsestasjoner kan være av vesentlig betydning for en stor andel mødre og deres barn etter de første seks ukene med amming, og at data fra helsestasjonstjenesten kan gi viktig informasjon om hvor innsatsen bør settes inn. I et folkehelseperspektiv vil det derfor være viktig at alle norske helsestasjoner bringes opp på samme kompetansenivå.

Funnene i studien viser at det med journalsystemer som Helseprofil er mulig å oppnå en nær komplett registrering av viktige helse mål. En slik bruk av data fra helsestasjoner er også i tråd med forsknings- og innovasjonsstrategiene som er beskrevet i HelseOmsorg21 (28).

I Norge har det tidligere ikke vært mulig å koble data fra helsestasjonene med andre helseregistre, og opplysninger fra helsestasjonstjenesten har i all hovedsak vært nedtegnet som fritekst. Selv om dette er en enkeltstående populasjonsbasert studie i Bergen kommune og ikke kan sies å være representativ for hele landet, avdekkes viktige sammenhenger. Det gir grunnlag for å etablere kunnskapsbaserte tiltak. I levekårsundersøkelsen i Bergen i 2011 ble det brukt data fra Helseprofil for å få kunnskap om befolkningens helsetilstand, som bakgrunn for planer og tiltak (16).

Konklusjon og implikasjoner

Studien viser at enslige, unge og første gangsfødende og mødre til barn med lav fødselsvekt kan ha behov for økt støtte og tilrettelegging dersom de ønsker og har mulighet for å amme. Ammekyndige helsestasjoner ser ut til å kunne gi en økt andel kvinner som ammer etter de seks første ukene.

Arbeidsverktøy som det foreliggende sikrer tilgang til data fra hele befolkningen innenfor rammen av ordinær virksomhet og kan gi grunnlag for å fastslå behov for innsats og evaluere intervensjoner. Utvikling av slike journalsystemer er avhengig av godt samarbeid mellom helsepersonell med kompetanse om tjenestene og programleverandører for å sikre gode spesifikasjoner. Samarbeid mellom tjenestene og forsknings-

miljøer med kunnskap om helseregistre er vesentlig både for utvikling og publisering, for å sikre prosedyrer knyttet til personvern, etikk og statistisk metode og for å bidra til praksisnær forskning. Endelig har det stor egenverdi at ansatte ved helsestasjonene selv bidrar med kunnskap fra egen tjeneste.

Maren-Kristin Halvorsen (f. 1964)

har en mastergrad i klinisk sykepleie, fagspesialitet helsesøster, og arbeider som fagutviklingshelsesøster. Hun har vært systemansvarlig for HsPro i Kvam herad.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Eva Langeland (f. 1957)

er dr.polit. og førsteamanuensis.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Grethe Almenning (f. 1965)

er utdannet helsesøster. Hun er systemkoordinator for HsPro og Profdoc og prosjektleder for utviklingen av Helseprofil 0–20 år, 2008–10.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Siren Haugland (f. 1961)

er dr.med. og har en mastergrad helsefremmende arbeid. Hun er forsker og fastlege

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Lorentz M. Irgens (f. 1942)

er professor emeritus i forebyggende medisin.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Trond Markestad (f. 1945)

er professor og forskningskoordinator.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Ragnhild Sollesnes (f. 1957)

er helsesøster og har en mastergrad i helsefremmende arbeid. Hun er førstelektor og studiekoordinator for masterutdanningen i klinisk sykepleie studieretning helsesøster, del 1.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201 [20.11.2014].
2. Dahl C, Stoltenberg C. Gode helseregistre – bedre helse. Strategi for modernisering og samordning av sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre 2010–2020. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2009: 48.
3. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 8: CD003517.

>>>

4. Eidelman AI, Schanler RJ, Johnston M et al. Breast-feeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012; 129: e827–41.
5. World Health Organisation. Infant and the young child feeding. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en/ [30.10.2014].
6. Handlingsplan for et bedre kosthold i befolkningen (2007–2011). www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/ernaring-og-mattrygghet/handlingsplan-for-bedre-kosthold-i-befol.html?id=532171 [20.11.2014].
7. Fewtrell M, Wilson DC, Booth I et al. Six months of exclusive breast feeding: how good is the evidence? *BMJ* 2011; 342: c5955.
8. Størdal K, White RA, Eggesbø M. Early feeding and risk of celiac disease in a prospective birth cohort. *Pediatrics* 2013; 132: e1202–9.
9. Nordic Nutrition Recommendations 2012. Integrating nutrition and physical activity. 5. utg. København: Nordisk Ministerråd, 2014.
10. Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M et al. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2008; 46: 99–110.
11. Kristiansen AL, Lande B, Øverby NC et al. Factors associated with exclusive breast-feeding and breast-feeding in Norway. *Public Health Nutr* 2010; 13: 2087–96.
12. Östlund A, Nordström M, Dykes F et al. Breast-feeding in preterm and term twins – maternal factors associated with early cessation: a population-based study. *J Hum Lact* 2010; 26: 235–41.
13. Haug K, Irgens LM, Baste V et al. Secular trends in breastfeeding and parental smoking. *Acta Paediatr* 1998; 87: 1023–7.
14. Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 5: CD001141.
15. Oslo universitetssykehus. Ammekyndig helsestasjon. www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/avdelinger/_nasjonal-kompetansetjeneste-for-amming/_Sider/ammekyndig-helsestasjon.aspx [29.10.2014].
16. Bergen kommune. Levekår og helse i Bergen 2011. <https://www.bergen.kommune.no/omkommunen/avdelinger/skoler/li-skole/8569/article-97394> [16.12.2012].
17. Li R, Scanlon KS, Serdula MK. The validity and reliability of maternal recall of breastfeeding practice. *Nutr Rev* 2005; 63: 103–10.
18. Natland ST, Andersen LF, Nilsen TIL et al. Maternal recall of breastfeeding duration twenty years after delivery. *BMC Med Res Methodol* 2012; 12: 179.
19. Magnus P, Irgens LM, Haug K et al. Cohort profile: the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Int J Epidemiol* 2006; 35: 1146–50.
20. Øverby NC, Kristiansen AL, Andersen LF et al. Spedkost – 6 måneder: landsomfattende kostundersøkelse blant 6 måneder gamle barn. Oslo: Helsedirektoratet, 2008.
21. Clausson E, Petersson K, Berg A. School nurses' view of schoolchildren's health and their attitudes to document it in the school health record – a pilot study. *Scand J Caring Sci* 2003; 17: 392–8.
22. Björvell C, Wredling R, Thorell-Ekstrand I. Long-term increase in quality of nursing documentation: effects of a comprehensive intervention. *Scand J Caring Sci* 2002; 16: 34–42.
23. Kvalvik LG, Nilsen RM, Skjærven R et al. Self-reported smoking status and plasma cotinine concentrations among pregnant women in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *Pediatr Res* 2012; 72: 101–7.
24. World Health Organisation. Long-term effects of breastfeeding: a systematic review. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/breastfeeding_long_term_effects/en/ [30.10.2013].
25. Torsvik I, Ueland PM, Markestad T et al. Cobalamin supplementation improves motor development and regurgitations in infants: results from a randomized intervention study. *Am J Clin Nutr* 2013; 98: 1233–40.
26. Socialstyrelsen. Amning och föräldrars rökvanor – barn födda 2011. www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-9-18 [16.1.2014].
27. Hysing M, Harvey AG, Torgersen L et al. Trajectories and predictors of nocturnal awakenings and sleep duration in infants. *J Dev Behav Pediatr* 2014; 35: 309–16.
28. HelseOmsorg21 – et kunnskapssystem for bedre folkehelse. Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2014.

Mottatt 3.2. 2014, første revisjon innsendt 7.7. 2014, godkjent 20.11. 2014. Redaktør: Tor Rosness.