

Har sociodemografin
betydelse för
amningsfrekvensen?

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnummer 2014-10-24
Publicerad www.socialstyrelsen.se, oktober 2014

Förord

Sverige har ställt sig bakom UNICEF/WHO:s rekommendation om att skydda, stödja och främja amning. Under de senaste decennierna har dock amningsfrekvensen sjunkit i Sverige. I Socialstyrelsens insamling över amningsstatistik saknas individdata och det är inte möjligt att studera orsaker till den nedåtgående trenden. I Uppsala- och Örebro läns landsting finns dock registeruppgifter över alla barn som är inskrivna i barnhälsovården vilket ger möjlighet att analysera bakomliggande orsaker till minskad amningsfrekvens.

Socialstyrelsen beslutade år 2011 att stödja en undersökning baserad på uppgifter från barnhälsovården i Uppsala- och Örebro län. Syftet var att studera amningsfrekvensens utveckling över tid i sociodemografiska grupper för att mer effektivt kunna arbeta förebyggande för barns hälsa.

En registerstudie har genomförts av Margaretha Magnusson och Thomas Wallby, forskare vid Uppsala universitet och verksamma vid Barnhälsovårdens länsavdelning, Uppsala läns landsting som huvudansvariga för projektet.

I denna rapport presenterar Socialstyrelsen en forskningsrapport, som även kommer att redovisas närmare i vetenskapliga artiklar. Rapporten har sammanställts av utredaren Karin Gottvall och ansvarig enhetschef har varit Marcus Gry.

Marcus Gry
Enhetschef
Epidemiologi och Metodstöd
Avdelning för Utvärdering och Analys

Innehåll

Förord	3
Innehåll	5
Sammanfattning	7
Inledning	8
Bröstmjölakens effekter	8
Amningsfrekvenser över tid	9
Hur länge ammar mödrarna – skillnader mellan olika grupper	11
Varför slutar mammor amma?	12
WHO:s rekommendation	14
Material och metod	15
Urval	15
Datakällor	15
Överväganden vid kategorisering av data	20
Statistiska metoder	20
Resultat	24
Generella resultat	24
Utbildning	27
Födelseregion	29
Familjetyp	31
Tobaksrökning	32
Moderns ålder	33
Födelseordning (paritet)	34
Börd	34
Född för tidigt	35
Kejsarsnitt	36
DISKUSSION	37
Huvudresultat	37
Amningsfrekvens - förändringar över tid	38
Skillnader i amningsfrekvens mellan olika grupper	40
Skillnader i amningsfrekvens över tid i olika grupper	42
WHO:s rekommendation	42
Metoddiskussion	43
Slutsatser	45
Referenser	46
Tabellbilaga	52
Innehållsförteckning – Tabellbilaga	52

Sammanfattning

Bakgrund - syfte

Andel mödrar som ammar sina barn har minskat sedan 2005. Minskningen gäller särskilt barn vid 6 månaders ålder. Denna studie har till syfte att få kunskap om hur amningsfrekvensen mellan olika inkomst- ålders- och utbildningsskikt skiljer sig åt. Har härkomst, paritet, och förlossningssätt betydelse för initiering och duration av amning och ser utvecklingen olika ut i dessa grupper över de senaste tio åren?

Metod

Till denna registerstudie har uppgifter från flera datakällor hämtats. Populationerna med tillhörande barnhälsovårdsdata har hämtats från kvalitetsregister-systemen Basta (Uppsala län) och BHV-system (Örebro län). Andra data är hämtade från Medicinska födelseregistret (MFR), registret över totalbefolkningen (RTB), inkomst- och taxeringsregistret (IoT) samt registret över befolkningens utbildning (UREG). Data som behandlar uppgifter om föräldrarna har länkats till varje barn via personnummer i Flergenerationsregistret. Statistiska centralbyrån (SCB) har ersatt barnets och föräldrarnas personnummer med löpnummer för att förhindra integritetsintrång. I analysen har logistiska regressionsmodeller i statistikprogrammet SPSS använts.

Urval

Den beskrivande statistiken baseras på barn födda 1986–2010 (165 577 barn). Den analys som beskriver skillnader i amningsfrekvens mellan olika grupper av mödrar och om förändringen i amningsfrekvens över tid skiljer sig mellan olika grupper begränsas till barn födda 2004–2010 (51 415 barn).

Resultat

Amningsfrekvensen har minskat över tid och i olika grad vid olika mätpunkter (barnets ålder). På grupp-nivå finns skillnader vad gäller om och hur länge mödrar ammar. Inga större skillnader föreligger dock när amningsfrekvensen jämförs mellan de olika grupperna över tid.

Konklusion

Resultatet från denna studie visar att amningen har minskat i alla samhällsgrupper av mödrar/barn. Skillnaderna mellan de olika grupperna pekar snarare på en minskning än en ökning av amningsfrekvensen. Den här studien kan alltså inte enstämigt peka ut riskgrupper där amningen minskat över tid mer än i andra grupper. Det finns alltså skäl att stärka de amningsstödjande åtgärderna till alla nyblivna mödrar samtidigt som sårbara grupper fortsatt bör få utökat stöd.

Inledning

Socialstyrelsen har samlat in amningsstatistik sedan 1964 med avbrott under perioden 1975–1985. Sedan 1986 omfattar statistiken exklusiv och delvis amning vid olika åldrar för barn inom det första levnadsåret och från alla län och kommuner i Sverige. Eftersom personuppgifter saknas är det inte möjligt att samköra uppgifter om amning med andra register och därmed begränsas möjligheten att studera bakomliggande orsaker till förändringar i amningsfrekvens.

Socialstyrelsen beslutade år 2011 att ge stöd till en registerbaserad studie med uppgifter från de två län i Sverige som har ett uppbyggt system för att följa upp kvaliteten i barnhälsovården.

Syftet var att analysera amningsbenägenhet hos olika sociodemografiska grupper av mödrar/barn. Studien genomfördes inom ramen för Socialstyrelsen uppdrag att tillsammans med andra statliga myndigheter arbeta för att stödja och främja amning för att förebygga ohälsa hos kvinnor och barn. Socialstyrelsen gav barnhälsovården i Uppsala läns landsting i uppdrag att genomföra studien i samarbete med Örebro läns landsting. Studien har genomförts av Margaretha Magnusson och Thomas Wallby verksamma vid Barnhälsovårdens länsavdelning, Uppsala läns landsting och Uppsala universitet.

Bröstmjölken effekter

Bröstmjolk är den naturliga födan för spädbarn. I utvecklingsländer där sjukdomar med diarréer och uttorkning är en fara för barnet på grund av orent vatten, kan bröstmjolk vara en nödvändig förutsättning för överlevnad. Bröstmjölken innehåller ämnen som stimulerar immunförsvaret hos barnet och minskar risken för infektioner. Bröstmjölken utgör även ett skydd för barn födda i västvärlden. Framförallt mot akut öroninflammation och övre luftvägsinfektioner, men också mot diarréer, atopisk dermatit, småbarnsastma, fetma och diabetes. Sannolikt ger även bröstmjölken ett skydd mot ohälsa senare i livet i form av övervikt och diabetes (1). Amning är också en skyddsfaktor för plötslig spädbarnsdöd (1-2). Alves m.fl. visar att barn med diabetes Typ1 jämfört med friska barn hade en kortare amningsperiod (3). McCrory m.fl. fann också att barn som ammas löper lägre risk för fetma. Risken blev allt lägre ju längre barnet ammade (4). Li m.fl. presenterar som en tänkbar förklaring att barn som matas med hjälp av flaska inte själva reglerar sitt näringsintag, vilket de ammade barnen gör. Det skulle alltså snarare vara administreringsättet, bröst eller flaska, än innehållet i flaskan, bröstmjolk eller ersättning, som avgör om barnet löper risk för övervikt (5). En svensk studie har visat att barn som fått bröstmjölkersättning vid 4 månader inte löper någon högre risk att utveckla obesitas vid 18 månader och 2 år jämfört med helammade barn. Däremot ökar risken för de barn som får välling från 4 månader (6). En annan svensk studie visar att exklusiv amning inte ger något skydd för fetma hos 4-åringar (7).

Vissa studier har visat att barnets kognitiva förmåga är bättre om det ammas (8) och Mortensen m.fl. refererar till två stickprov som visar på liknande resultat för ungdomar (9) medan andra studier visar att det inte är någon skillnad (10-11). Kramer m.fl. menar dock, baserat på en stor randomiserad kontrollerad studie (RCT), att man inte kunde visa att den kognitiva förmågan var bättre hos de barn som ammat exklusivt i 6 månader jämfört med dem som ammat exklusivt i 4 månader (12). Däremot visade Eriksen m.fl. att bröstmjölsuppfödning är en faktor som påverkar IQ, men att detta bara är marginellt och att de viktigaste påverkansfaktorerna är mammans IQ samt föräldrars utbildningsnivå (13). Holme m.fl. drog slutsatsen i sin studie att de tecken man kan se i skillnader i IQ hos 9-åringar står för confounding (14).

Att under graviditet och amning utesluta vissa livsmedel som kan ge allergi samt att amma exklusivt och senarelägga introduktionen av andra födoämnen har inte visat sig minska risken för allergi (15).

Enligt Jansen m.fl. har det vetenskapliga underlaget fram till 2008 inte kunnat visa att amning har en positiv effekt på kvalitén av mor-barnrelationen. Rekommendationer om amning bör därför baseras på de effekter amning har på barnets och moderns hälsa (16). Dock har man visat att mödrars känslighet för barnet ökade om kvinnan ammade (17).

Amning har inte bara positiva effekter för barnet utan det finns även fördelar för modern. Kvinnan har en minskad risk för att utveckla diabetes typ2 samt bröst- och äggstockscancer (18). Det har också visat sig att för flerbarnsmödrar fanns en minskad risk för postpartum-depression om mamman ammade, vilket man inte kunde se hos förstföderskor (19).

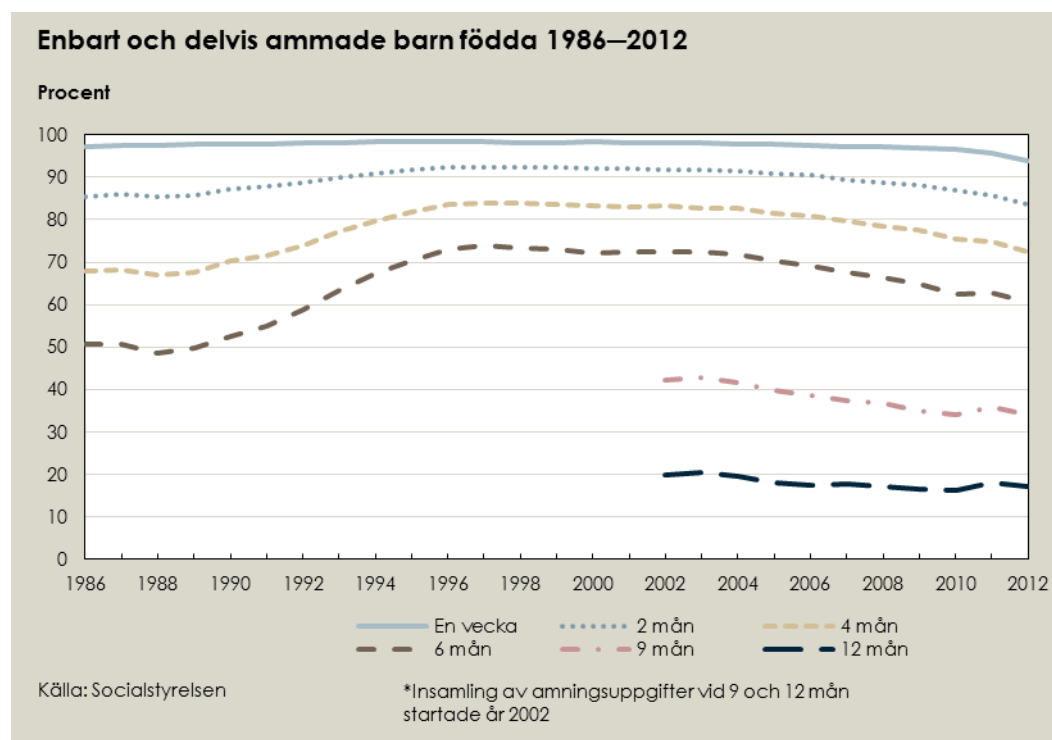
Idag finns det modersmjölksersättningar som alltmer liknar bröstmjölken och proteinhalten har successivt sänkts. I många länder är emellertid bröstmjölksersättning inte ett gott alternativ i uppfödningen av barnet eftersom bröstmjölksersättningar också kräver rent vatten.

Amningsfrekvenser över tid

Andelen mödrar som ammar sina barn i Sverige har varierat över tid. Amningen har också varierat i olika delar av landet. Dessutom har amningsfrekvensen varierat mellan olika samhällsklasser. Vid 1800-talets början kunde man finna att amningsfrekvensen i vissa socknar var högst bland de självägande bönderna, men man kunde också finna det motsatta. I till exempel Nedertorneå gav kvinnor hos de självägande bönderna komjolk med hjälp av dihorn till sina barn medan de fattiga torparna inte hade råd att köpa mjölk varför de ammade istället. Detta resulterade i en lägre spädbarnsdödlighet hos de fattiga torparna jämfört med de självägande bönderna (20).

Zetterström har beskrivit hur olika samhällsfaktorer liksom kampanjer påverkat amningsfrekvensen (21). År 1945 fick 95 % av barnen vid 2 månaders ålder bröstmjolk. Denna siffra sjönk dramatiskt till endast 20 % 1972. Zetterström menade att anledningen till minskningen var allt bättre modersmjölksersättningar samt att mödrarna började arbeta utanför hemmet i högre utsträckning. Amningen ökade successivt under 1980-talet upp till 80 % vid 2 månaders ålder. Förbud mot marknadsföring av modersmjölksersättningar på WHO/Unicefs initiativ 1981 var ett sätt att öka amningsfrekvensen. Emellertid stagnerade ökningen under perioden 1982-1990 för att sedan nå sin högsta

nivå under mitten av 1990-talet. Detta förklaras delvis av de amningsstödjande åtgärder, Baby Friendly Hospitals Initiative (BFHI), som startades på initiativ av UNICEF. Amningsvänlighet utvärderades på kvinnokliniker utifrån de 10 stegen till lyckad amning – att skydda och främja amning (22). Sådana utvärderingar gjordes i en stor del av världen där mödra- och barnhälsovård ofta var integrerad med förlossningsvården. Trots att instrumentet framförallt var anpassat till förlossningsvård användes det också inom mödra- och barnhälsovården, vilket ökade medvetenheten och kunskapsnivån hos personalen. De höga amningssiffrorna som fanns i början av 1990-talet fick sin första dip vid 6 månaders ålder i slutet av 1990-talet. Sedan dess har amningsfrekvensen successivt minskat (se figuren nedan).



Sverige har internationellt sett en generös föräldraförsäkring som säkert bidragit till att amningen ökade under 70-talet och framåt. Under 70-talet kom en lag som garanterade mödrarna att vara föräldralediga i 9 månader. Föräldraförsäkringen har sedan byggts ut. Föräldrapenningen uppgår idag till 80 % av månadslönen upp till en årsinkomst på 440 000 kronor, vilket innebär att alla familjer inte kan få ut detta om de har en årsinkomst som överstiger taket. Förutom de tio dagar som pappan kan vara hemma i samband med förlossningen kan båda föräldrarna ta ut 30 dagar gemensamt. 60 dagar är avsedda för föräldrarna var för sig. Regeringen har också infört en jämställdhetsbonus som innebär att om man delar på föräldraledigheten efter att ha utnyttjat de dagar som är avsatta för mamman eller pappan kan man få en extra bonus med 50 kronor vardera per dag (23). Pappornas uttag av föräldraförsäkringen ökade från 0,5 % 1974 till 23,7 % 2011 (24). I andra europeiska länder är rätten att vara hemma med spädbarn betydligt sämre tillgodosedd. EU garanterar 4 månaders föräldraledighet (25).

Hur länge ammar mödrarna – skillnader mellan olika grupper

Riskfaktorer för att sluta amma innan barnet är 6 månader är enligt en australiensisk studie om mamman är ung, har kort utbildning och kommer från Asien. Andra graviditetsrelaterade riskfaktorer som anges i samma studie är flerbörd, låg födelsevikt och om barnet har fått bröstmjölk ersättning under nyföddhetsperioden (26). Wallby har studerat hur kvinnor ammar utifrån födelseregion och inkomst. Studien visar att hög inkomst är en stark prediktor för att amma vid 6 månader. Vidare är det vanligare i alla invandrargrupper att amma längre än 12 månader jämfört med svenska mödrar (27).

Utbildning har visat sig vara den starkaste faktorn för hur länge kvinnan ammar under barnets första tre månader och utbildningens betydelse ökar med barnets ålder (28-29). En studie från Skåne visar också att kvinnans utbildning har betydelse för amningen. Lågutbildade kvinnor är oftare utsatta för hälsorisker, har sämre socialt stöd, fler riskfaktorer, högre vårdkonsumtion samt ammar kortare tid än högutbildade. Forskarna fann inte någon skillnad när det gällde frekvensen av amningsproblem, dock skiljde sig typen av problem. Det var vanligare hos lågutbildade att ange att de hade otillräckligt med mjölk medan högutbildade oftare angav problem med såriga bröstvårtor (30).

Moderns ålder har visat sig ha betydelse för hur länge kvinnan ammar. Äldre kvinnor ammar längre (29) och dessutom exklusivt (28). Unga mammor ammar kortare tid än äldre och det är främst socioekonomiska faktorer som påverkar yngre mödrars initiering av amning (31-32). Mammans ålder har också betydelse för exklusiv amning där det har visat sig att en amningsvänlig miljö, där normen är att amma och där man har positiva förväntningar på amningen, kan påverka unga mödrar att amma i minst sex månader (33).

Paritet, det vill säga hur många barn kvinnan har fött, påverkar hur länge hon ammar. Omfödskor ammar i större utsträckning jämfört med förstfödskor (34).

Ensamstående mödrar ammar kortare tid och de röker i högre grad än sammanboende mödrar (35).

Rökning har i flera studier visat negativa effekter på amningen. Man har diskuterat om det är tobaksröken i sig eller om det är de rökande mödrarnas attityder till att amma som är avgörande för amningstidens längd (36). Rökning under graviditeten medför också en ökad risk för att barnet skall utveckla övervikt (37).

Barnets kön har i vissa studier visat sig ha betydelse för hur länge mamman ammar. Pojkar ammas kortare tid (38) än flickor (39).

Mammans födelseregion påverkar i olika riktningar. Kvinnor som invandrade till Frankrike från andra länder ammade ofta längre (29) jämfört med infödda mödrar. Mödrar som immigrerade till Spanien ammade längre och dessa kvinnor arbetade dessutom hemma i högre grad (40). Vid en jämförelse mellan White British (WB) och Syd Asiater (SA) i Storbritannien fann man att mödrarnas från SA skäl för att amma styrdes av emotionella och moraliska aspekter. Författaren menar att det finns behov av att också ange andra skäl till att amma än att fokusera på kostnader och fördelar med amning (41). Europeiska mödrar ammade kortare tid jämfört med mödrar från södra och

östra Asien (34). Som skäl till att sluta amma angavs hos latinamerikanska kvinnor att de inte trodde att de hade tillräckligt med mjölk, att de ansåg att barnen blev mer mätta på tillägg samt att de hade för avsikt att börja arbeta (42).

Mödrar med låg inkomst som lever under stress redan under graviditeten är mindre motiverade till att börja amma (43). Familjens *inkomst, familjetyp eller arbetsituation* påverkade inte exklusiv amning vid 4 månaders ålder. Givet att mammans ålder och utbildningsnivå var lika så visade det sig dock att låg inkomst hade negativ inverkan på amningens längd (28).

Varför slutar mammor amma?

Föräldraförsäkring är sannolikt en bidragande orsak till att kvinnor i Sverige ammar förhållandevis länge. Emellertid är det inte en helt avgörande faktor för hur länge kvinnan ammar sitt barn men har sannolikt påverkat den positiva trend vi sett fram till slutet av 90-talet. En fransk studie visar att det inte spelade någon roll för amningen om kvinnan arbetar hel- eller deltid. Det är just återgången till arbete som ofta resulterar i att kvinnan slutar att amma (29). Vidare visar samma studie att kvinnor som är arbetslösa innan barnet föddes ammar längre.

Ett flertal studier har visat att mammans beslut att amma redan under graviditeten har betydelse för hur länge hon ammar. Bestämmer sig mamman för att ge ersättning slutar hon följaktligen att amma tidigare (34). En fransk studie visar också att det som har betydelse, förutom kvinnans planering för amningen, är det stöd hon får om problem uppstår (44). Mammans inställning till amning påverkar om hon slutar amma före 4 veckors ålder. Varken längre vistelsetid på förlossningsklinik, telefonkontakt eller hembesök påverkar detta beslut (45). Henderson fann i sin studie att barnmorskan spelar en viktig roll inför kvinnans beslut (46).

Attityder till spädbarnsuppfödning är den starkaste enskilda faktorn för hur länge kvinnan ammar (36). Därför är det viktigt att med tillförlitliga metoder mäta mammans attityd till barnets uppfödning under första levnadsåret. Det skulle kunna vara ett sätt att utvärdera insatser som främjar och upprätthåller amningen. Walburg med flera har studerat hur länge tyska och franska mödrar ammar. Tyska mödrar ammar längre än de franska. Författarna drar slutsatsen att tyska mödrar tänkte på fördelarna med amning medan fransyskorna tänkte mer på begränsningarna (47). Det är viktigt att ta fram metoder och program för att på ett respektfullt sätt ge kvinnor som är ambivalenta möjligheter att göra aktiva val kring amning (48). Pappans betydelse är inte heller oviktig för amningen. I en intervjustudie framkom att en av förutsättningarna för att män skall bli mer involverade i amningen var att även de fick ökad kunskap om amning (49).

Studier över vårdtidens betydelse för amning, det vill säga hur länge kvinnor stannar på BB efter förlossningen pekar åt olika håll. En studie visar att kvinnor som stannar kortare tid än 2 dygn lägger ned amningen tidigare än de som stannar längre (50). Vidare har man funnit att kvinnor som stannar 6 dagar eller längre har mindre problem med såriga bröstvårtor under den första veckan men mer problem 4-8 veckor efter förlossningen (51). Andra studier visar att om man stannar kort tid på BB medför det att man inte får

tillräcklig hjälp för att komma igång med amningen. En randomiserad studie visar att mödrarna i de grupper som gick hem tidigt från förlossningsklinik, 12-48 timmar efter förlossningen, var mer nöjda jämfört med de som gick hem efter 4 dagar. Vid en månads ålder ammar fler kvinnor exklusivt av de som gick hem tidigt jämfört med de som stannade 4 dagar (52). En tysk litteraturoversikt visar på relationen mellan vistelsetid på BB och amningsresultat såväl för fullgångna som prematura barn. Data kommer från observationsstudier vilket innebär att de bör tolkas med viss försiktighet. Studien visar en ökning av neonatal sjuklighet med 4 ggr för de som går hem före 30 timmar. Denna riskökning skulle emellertid kunna minskas med ett rigoröst uppföljningsprogram inkluderande hembesök. Man fann inga nackdelar med tidig hemgång avseende mor-barnrelation och amning (53). Samma resultat visar en fransk studie som jämfört mödrar som gick hem tidigt respektive stannade på förlossningskliniken enligt norm. Amningens längd visar inga signifikanta skillnader mellan grupperna (44). Det enda som har betydelse för amningslängden är om mödrarna är missnöjda med rådgivningen och hur de har planerat sin amning. En svensk studie beskriver emellertid att tidig hemgång hos mödrar med okomplicerad förlossning uppskattas av flertalet mödrar men kräver en säker organisation med hembesök (54).

Skäl till att kvinnan lägger ned amningen innan barnet är en månad är just att hon har svårt att få amningen att fungera (55). Trots att de flesta kvinnor börjar amma så slutar cirka en fjärdedel inom de första månaderna. En svensk studie med fenomenologisk design lyfter fram att det är existentiella frågor som uppstår för de kvinnor som slutar amma. Modern känner sig ensam och känner också att hon inte uppfyller sina egna förväntningar från graviditeten. Det finns en ambivalens i att möta sina egna, barnets och omgivningens behov (56).

Mödrars självkänsla att klara av amningen korrelerar med utfall på screening för depression. Kvinnor med låg självkänsla för att klara amningen gav oftare än de med hög självkänsla utfall på EPDS-skalan (57). Detta är en viktig aspekt att ta hänsyn till när det gäller amningsrådgivning.

Man har inte funnit några skillnader i hur amningen initierades beroende på förlossningssätt. Däremot finns skillnader i hur länge man ammar. En förlossning med kejsarsnitt medför att man ammar kortare tid än vid en vaginal förlossning (58). En norsk studie visar att hur länge kvinnan ammar hänger starkt samman med karaktäristika hos såväl mödrar som hos barn. Positiva förutsättningar för att barnet ska ammas exklusivt vid 4 månaders ålder är bland annat barnet är flicka och att föräldrarna är gifta. Ju fler barn man har ju längre ammar kvinnan exklusivt (39).

Vilket stöd som ges till den nyblivna familjen kan också påverka hur länge kvinnan ammar. En dansk studie visar att när sjuksköterskan, i samband med en strejk, inte gjorde hembesök som tidigare fick det till följd att mammorna ammade kortare tid (59). Program med hembesök som sträcker sig över en längre period visar också att det går att påverka amningstidens längd (60). Sjukhuspersonalens attityder och kunskaper är också viktiga. En amerikansk studie visar att genom att utbilda läkare enligt ett särskilt program, innehållande bland annat kunskap om hur man löser amningsproblem av olika slag, har det lett till att amningsfrekvensen ökat (61). Samtidigt visar en italiensk studie att trots en positiv attityd till amning hos familjeläkarna så kommer

man inte upp i de amningsnivåer som WHO:s kriterier rekommenderar (62). Genom formaliserade program för personal som arbetar med familjer med nyfödda barn ville man minska frekvensen av mödrar som lade ned amningen tidigt (44). Ett särskilt hembesöksprogram för alla förstabarnsmödrar i Kalifornien, "The welcome home Baby", medförde att ett ökat antal kvinnor bestämde sig för att amma (63). En jämförelse mellan förlossningskliniker som arbetar enligt Baby Friendly Initiative (BFI) och sådana som inte gjorde det visar att BFI påverkar initieringen positivt men däremot inte hur länge kvinnan ammar (64). Mödrars kunskap om amningens fördelar liksom deras attityd påverkar om man har för avsikt att amma (65). Om mödrarna upplever att skälen till att amma är starka medför det också att de vill amma.

WHO:s rekommendation

Fram till 2002 rekommenderade WHO att alla barn skulle ammas exklusivt fram till 4 - 6 månaders ålder. Från 2002 ändrades rekommendationen till att barnet skulle ammas exklusivt fram till 6 månaders ålder (66). Huruvida WHO:s amningspolicy med exklusiv amning upp till 6 månaders ålder är applicerbar i västvärlden har diskuterats. I England och många andra länder menar man att det finns evidens för exklusiv amning i 4 månader medan exklusiv amning i 6 månader kan ifrågasättas (67). Man hänvisar till Kramer (68) som i en uppföljningsstudie visar att det vid 6,5 års ålder inte fanns några skillnader förutom att de som ammat exklusivt i 6 månader har högre BMI. Fewtrell m.fl. (28) lyfter frågan om vilken evidens som finns för att rekommendera 6 månaders exklusiv amning. De pekar särskilt på risken för att vissa barn får ett för lågt intag av järn och att risken för födoämnesallergier och glutenintolerans ökar och föreslår en säker introduktion av komplement till bröstmjölken vid 4-6 månader (69).

Sverige har ställt sig bakom WHO:s rekommendation att spädbarn skall rekommenderas helamning till 6 månaders ålder. Men många länder med hög amningsfrekvens har emellertid svårt att nå WHO:s rekommendation om enbart amning i 6 månader, det gäller bland annat Norge (39) och Sverige (70).

Svenska barnläkarföreningen och Livsmedelsverkets gemensamma expertgrupp har gjort en sammanställning av aktuell forskning avseende amning och tillvänjning av fast föda för friska fullgångna barn. De konstaterar att det idag inte finns några vetenskapliga belägg för att det skulle finnas hälsomässiga nackdelar, eller fördelar, förknippade med att introducera tilläggskost mellan 4-6 månader förutsatt att mamman fortsätter amma (71).

En gradvis minskning av amningsfrekvensen har varit rådande i Sverige de senaste åren (72). Såväl helamning som delamning har minskat. År 2004 helammades 64 % av barnen vid 4 månaders ålder. För barn födda 2010 hade siffran sjunkit till knappt 51 %. Under samma period ökade andelen delvis ammade barn från 19 % till knappt 25 %. Totalt ger detta dock en minskad andel barn som överhuvudtaget amrades (70). I Uppsala län minskade under samma period andelen helammade barn vid 4 månaders ålder från 71 % till 61 % (73). Frågan är vad detta beror på? Är det socioekonomiska faktorer som styr eller finns det andra faktorer som leder till minskad amning trots de möjligheter att amma som kvinnor har idag?

Material och metod

Urval

Populationen i föreliggande rapport har hämtats från statistik- och informationsdatabaserna Basta, på Barnhälsovården i Uppsala län (74), och BHV-system, på barnhälsovården i Örebro (75). Urvalet består av barn födda 1986-2010, som den 31/12 det år de fyllde 1 år var folkbokförda i Uppsala eller Örebro län. Den beskrivande statistiken baseras på barn födda 1986-2010. Den analys som beskriver skillnader i amningsfrekvens mellan olika grupper av mödrar och om förändringen i amningsfrekvens över tid skiljer sig mellan olika grupper begränsar sig av statistiska och definitionsmässiga orsaker till barn födda 2004-2010. Inga andra urval eller begränsningar i populationen har gjorts. Studiepopulationen för den beskrivande statistiken (barn födda 1986-2010) består av 165 577 barn och studiepopulationen för gruppjämförelser och skillnader mellan grupper över tid (barn födda 2004-2010) består av 51 415 barn.

Datakällor

Uppgifterna som behandlas i den här studien kommer från flera olika datakällor. Populationerna med tillhörande barnhälsovårdsdata har hämtats från Basta och BHV-system. De externa data är hämtade från Medicinska födelseregistret på Socialstyrelsen (MFR) och från registret över totalbefolkningen (RTB), inkomst- och taxeringsregistret (IoT) och registret över befolkningens utbildning (UREG) på Statistiska Centralbyrån (SCB). Persondata från föräldrarna länkades till varje barn via personnummer i Flergenerationsregistret. SCB ersatte barnets och föräldrarnas personnummer med löpnummer för att förhindra integritetsintrång. Uppgifterna från registret över totalbefolkningen, inkomst- och taxeringsregistret och registret över befolkningens utbildning är hämtade från det kalenderår då barnet fyllde 1 år. Se tabell 7 för en sammanställning av de variabler som förekommer i rapporten.

Basta och BHV-system

Barnhälsovården i Uppsala och Örebro län har inhämtat statistik från länets barnavårdscentraler (BVC) avseende verksamhet och barns hälsa sedan mitten av 70-talet och är fortfarande de enda två individdatabaserade kvalitetsystemen för Barnhälsovård i landet. Från 1998 i Uppsala och från 2003 i Örebro registrerar länens BVC-sjuksköterskor i respektive databas via webbformulär. I databaserna sparas data om besök på BVC, besök i hemmet, besök i föräldragrupp, vaccinationer, utfall på nyckelålderskontroller, remisser, barnsjukdomar, långvariga hälsoproblem, paritet (förstabarn eller efterföljande barn, det vill säga om kvinnan är förstföderska eller omföderska), tillväxt, hemgångsdag från BB, amning samt uppgift om föräldrarnas rökning då barnet är 4 veckor respektive 9 månader gammalt. Data hämtas från barnets hälsovårdsjournal där bland annat amning och rökning ingår. Inmatningen är försedd med påminnelse-system och valideringskontroller för att öka

sannolikheten att data lämnas på rätt sätt och vid rätt tidpunkt (76). Databaserna uppdateras kontinuerligt via uppdateringsfiler hämtade från landstingens befolkningsregister som i sin tur uppdateras från registret över totalbefolkningen.

Nedanstående variabler är hämtade från, eller härledda från data hämtade från, Basta och BHV-system.

Amning

Om barnet ammas vid 1 vecka, 2 månader, 4 månader, 6 månader, 9 månader respektive 12 månaders ålder. Amning definieras på två sätt.

- *Helamning* definieras som att barnet vid tidpunkten för registreringen, vid ovanstående åldrar, inte fått annan föda än bröstmjolk, vatten, D-vitamin och eventuella läkemedel.
- *Någon amning* definieras som att barnet vid tidpunkten för registreringen, vid ovanstående åldrar, förutom bröstmjolk också fått annan föda, t.ex. modersmjölksersättning, välling, gröt eller vanlig mat.

Föräldrar röker då barnet är 4 veckor gammalt

Om modern respektive fadern röker dagligen, oavsett om rökningen sker inomhus, inomhus under fläkt eller utomhus, då barnet är 4 veckor gammalt.

Medicinska födelseregistret, MFR

1973 inrättades det medicinska födelseregistret med information om i stort sätt samtliga förlösta kvinnor och deras barn (77). Medicinska födelseregistret utvärderas för att följa upp och säkerställa kvaliteten på datamaterialet. Medicinska födelseregistret har utvärderats 3 gånger sedan registret inrättades 1973. Senaste utvärderingen gjordes år 2002 på registerdata från år 1998 (78).

Nedanstående variabler är hämtade från Medicinska födelseregistret.

Moderns ålder

Moderns ålder vid förlossningen uttryckt i år. För den statistiska analysen har variabelvärdena grupperats i tre grupper, ≤ 24 år, 25-34 år, ≥ 35 år.

Graviditetslängd

Graviditetslängd för modern uttryckt i antal fulla veckor. Används för att skapa variabel *prematuro* med uppgift om ifall barnet är fött efter en fullgången graviditet (född i v37 eller senare) eller är för tidigt född (född i vecka 36 eller tidigare).

Tabell 1. Översikt över variabler som ingår i analyserna. Variabelnamn, indelning, härledning och datakällor.

Variabel	Ursprunglig indelning	Härledning för denna rapport	Datakälla
Amning 1 vecka	Ammas helt, ammas delvis, ammas ej/slutat amma	Ammas helt/Någon amning/ Ammas ej	Basta och BHV-System
Amning 2 månader	Se ovan	Se ovan	Se ovan
Amning 4 månader	Se ovan	Se ovan	Se ovan
Amning 6 månader	Se ovan	Se ovan	Se ovan
Amning 9 månader	Se ovan	Se ovan	Se ovan

Variabel	Ursprunglig indelning	Härledning för denna rapport	Datakälla
Amning 12 månader	Se ovan	Se ovan	Se ovan
Rökning vid 4 veckor	Mor och Far: Ja, Nej, Vet ej	Mor: Ja/Nej/Vet ej	Basta och BHV-System
Kön	Pojke, Flicka		MFR
Moders ålder vid barnets födelse	Ålder i hela år	<=24, 25-34, >=35	MFR
Graviditetslängd	Graviditetslängd anges i hela veckor	< 37 veckor, >= 37 veckor.	MFR
Kejsarsnitt	Förlossning via kejsarsnitt, Ja	Ja, Nej	MFR
Födelseordning (Paritet)	Barnets ordningsnummer i syskonskaran. Är barnet moderns första barn?	1=Ja, >=2=Nej	MFR
Börd	Enkelbörd, flerbörd (t ex tvillingfödelse)		MFR
Födelseår, barn	Kalenderår		RTB
Födelseland	Födelseland i klartext.	Sverige, Övriga Norden, Väst ¹⁾ , Östra Europa, Mellanöstern, Afrika, Asien, Syd- Mellanamerika.	RTB
Län	Folkbokförings län	Uppsala, Örebro	RTB
Invandringsår	Kalenderår		RTB
Familjetyp	Familjetyp: Make-maka familj (inkl. partnerskap), Sambo-familj (med gemensamt barn), Ensamstående far, Ensamstående mor. Samtliga med minst ett hemmaboende barn under 18 år/18 år eller äldre.	Ensamstående mor med minst ett hemmaboende barn under 18 år = Ja.	RTB
Disponibel inkomst	Beloppet anges i hundratal kronor.	Kvartiler Q1-Q4 där Q1 är de 25 % i studiepopulationen med lägst inkomst.	IoT
Utbildningsnivå	Förgymnasial <9 år, Förgymnasial 9 år, Gymnasium <=2 år, Gymnasium 3 år, Eftergymnasial < 3 år, Eftergymnasial >=3 år, Forskarutbildning,	Förgymnasial = Kort, Gymnasium och Eftergymnasial <= 2 år = Medel, Eftergymnasial >= 3år och Forskarutbildning = Lång.	UREG

¹⁾ Väst=Australien, Belgien, Kanada, Danmark, Finland, Frankrike, Irland, Island, Israel, Italien, Luxemburg, Malta, Nederländerna, Norge, Nya Zeeland, Portugal, Schweiz, Spanien, Storbritannien och Nordirland, Tyskland, USA och Österrike.

Kejsarsnitt

Om förlossning är utförd med kejsarsnitt, oavsett planerat eller akut.

Födelseordning (Paritet)

Variabeln innehåller uppgift om det aktuella barnets ordningsnummer i syskonskaran. Moderns första barn har då ordningsnummer 1 och nästa syskon har ordningsnummer 2 osv. Variabeln har använts för att skapa en ny variabel, paritet, som innehåller uppgift om ifall det aktuella barnet är moderns första barn eller inte eller om modern är förstföderska eller omföderska.

Börd

Variabeln innehåller uppgift om antal barn i samma graviditet. Enkelbörd innebär ett barn och flerbörd innebär tvillingar eller flera.

Registret över totalbefolkningen

Registret över totalbefolkningen (RTB) inrättades 1968 vid Statistiska centralbyrån. Registret hämtar administrativa uppgifter från Skatteverkets folkbokföringssystem (79). Variabler som finns i RTB är bl.a. personnummer, namn, adress, folkbokföringsförhållanden, civilstånd, medborgarskap, födelseland. Fr.o.m. 1998 har registret utökats bl.a. med uppgifter om relationer (maka/make, registrerad partner, biologisk far, biologisk mor, vårdnadshavare) och föräldrarnas födelseland (80).

Följande variabler är hämtade från Registret över totalbefolkningen

Barnets födelseår

Födelseår för barnet. Uppgiften är ursprungligen hämtad från Folkbokföringsregistret och har använts för att definiera studiepopulationen.

Län

Ingående län i studien är Uppsala och Örebro. Amningsvariablerna har studerats baserat på länstillhörighet som enskild bakgrundsvariabel. I samtliga andra analyser ingår alla barn oavsett länstillhörighet.

Moderns födelseland

Det land i vilket modern är född. Grundinformationen ger uppgift om specifikt födelseland, eller i vissa fall grupper av födelseländer, utifrån vilken har skapats kategorier av geografiska områden. Dessa är Sverige, Övriga Norden, Väst (Australien, Belgien, Kanada, Danmark, Finland, Frankrike, Irland, Island, Israel, Italien, Luxemburg, Malta, Nederländerna, Norge, Nya Zeeland, Portugal, Schweiz, Spanien, Storbritannien och Nordirland, Tyskland, USA och Österrike), Östra Europa, Mellanöstern, Afrika, Asien och Syd- och Mellanamerika.

Senaste invandringsår

År för senaste invandring till Sverige för modern. Baserat på uppgift om barnets födelseår och moderns ålder vid födelsen har moderns ålder beräknats. Med hjälp av denna uppgift och uppgift om invandringsår har en variabel med uppgift om moderns ålder vid invandringen beräknats. Mödrar som invandrade när de var 5 år eller yngre har inte räknats med vid analys av födelselandets betydelse för amningen eftersom dessa mödrar vuxit upp i Sverige, i vissa fall som adoptivbarn till svenska föräldrar.

Familjetyp

Variabeln Familjetyp bygger på en så kallad RTB-familj som innehåller samtliga individer som har koppling till varandra och har samma folkbokföringsadress. Variabeln innehåller kategorierna: Make-maka-familj med barn <18 år, Sambofamilj med barn <18 år, Ensamstående far med barn <18 år och Ensamstående mor med barn <18 år. Variabeln *Ensam mor* är skapad från variabeln Familjetyp och kategorin Ja är Ensamstående mor med barn <18 år. Övriga är kodade som Nej.

Inkomst- och taxeringsregistret, IoT

Registret över befolkningens inkomster och skatter (IoT) på SCB (81) samlar registeruppgifter från Skatteverket, Försäkringskassan, Centrala studiestödsnämnden, Statens tjänstepensionsverk, Pliktverket och Socialstyrelsen. Registret innehåller variabler som sammanräknad förvärvsinkomst, beskattningsbar förvärvsinkomst, inkomst av kapital, kapitalvinster/förluster, pensioner, transfereringar och bidrag samt olika typer av skatter och skatte-reduktioner (82).

Nedanstående variabel är hämtad från Inkomst och taxeringsregistret.

Disponibel inkomst (individualiserat från familj)

Disponibel inkomst definieras som individens del av familjens sammanlagda disponibla inkomst. Den individualiserade delen beräknas genom att familjens sammanlagda inkomst divideras med familjens sammanlagda konsumtionsvikt, ett beräknat mått där en ensamboende vuxen har ett konsumtionsutrymme på 1,0, ett sammanboende par 1,51, en ytterligare vuxen 0,6, första barnet 0-19 år 0,52 och andra och påföljande barn 0-19 år 0,42 (83), och multipliceras med individens konsumtionsvikt. På så sätt blir värdet ett jämförbart mått på familjens inkomstnivå och de ekonomiska villkor under vilka barnet lever. För att skapa kategorier av denna variabel delades värdena in i kvartiler, fjärdedelar, där kvartil 1 är lika med de 25 % av barnen till mödrar med de lägsta disponibla inkomsterna och kvartil 4 de 25 % av barnen till mödrar med de högsta disponibla inkomsterna.

Registret över befolkningens utbildning, UREG

Utbildningsregistret (UREG) tillkom 1985 (84). Uppgifter om avklarad utbildning rapporteras kontinuerligt till SCB från landets skolor och utbildningsanordnare. Uppgifter om invandrades utbildning kommer framför allt från enkätundersökningar riktade till nyinvandrade födda utomlands samt från folk- och bostadsräkningar (85). Variabler i UREG är bl.a. högsta utbildning, utbildningsår och utbildningsort.

Nedanstående variabel är hämtad från Registret över befolkningens utbildning.

Utbildningsnivå

Sammanlagd nivå-variabel anpassad till svenska utbildningsförhållanden i 7 nivåer. Värdet avser högsta avslutade utbildning. Den ursprungliga variabeln är kategoriserad i 7 kategorier.

1. Förgymnasial utbildning kortare än 9 år
2. Förgymnasial utbildning 9 år
3. Gymnasial utbildning högst 2-årig
4. Gymnasial utbildning 3 år
5. Eftergymnasial utbildning kortare än 3 år
6. Eftergymnasial utbildning 3 år eller längre
7. Forskarutbildning

För analyserna i denna rapport kategoriserades variabeln om till 3 kategorier där förgymnasial utbildning kategoriserades som Kort utbildning, gymnasial

utbildning och eftergymnasial utbildning kortare än 3 år som Medellång utbildning och eftergymnasial utbildning 3 år eller längre och forskarutbildning som Lång utbildning.

Flergenerationsregistret

Flergenerationsregistret innehåller personer som har varit folkbokförda i Sverige någon gång sedan 1961 och som är födda 1932 eller senare, s.k. indexpersoner. Registret innehåller kopplingar mellan indexpersoner och deras biologiska föräldrar (86). För adopterade indexpersoner finns dessutom uppgift om adoptivföräldrar. Kopplingar i flergenerationsregistret har använts för att länka data från medicinska födelseregistret, registret över totalbefolkningen, inkomst- och taxeringsregistret och registret över befolkningens utbildning till data i Basta och BHV-system.

Överväganden vid kategorisering av data

Gruppindelningar av variablerna för analyserna i den aktuella rapporten har styrts av forskningsfrågan men också av den statistiska analysmetodens krav på tillräckligt stora grupper för att kunna dra slutsatser av resultaten. Framför allt gäller detta variablerna födelseland/region och moderns ålder. Vissa länder/regioner representeras av relativt få individer och behöver därför slås samman med andra regioner. Så är också fallet med de riktigt unga mödrarna som skulle kunna vara intressanta att studera som enskild grupp men som då blir så få att den statistiska styrkan inte räcker för att kunna visa på säkerställda resultat. Med ett större antal individer ökar möjligheterna att dela in materialet i flera kategorier med bibehållen statistisk styrka. Dock kan färre kategorier ibland ge en tydligare bild av resultaten.

Statistiska metoder

Statistisk analys

Den beskrivande statistiken baseras på barn födda 1986-2010 och presenteras i tabeller, och grafiskt i diagram. Den analys som beskriver skillnader i amningsfrekvens mellan olika grupper av mödrar och om förändringen i amningsfrekvens över tid skiljer sig mellan olika grupper baseras på barn födda 2004-2010.

Bakgrundsvariablernas betydelse för skillnader i amning mellan olika grupper och över tid har analyserats med regressionsanalys, en statistisk metod med vars hjälp man kan förklara variationen i ett utfall, i detta fall amning, med hjälp av en eller flera bakgrundsfaktorer. I metoden kan man också samtidigt kontrollera utfallet för andra faktorer av betydelse. T.ex. kan en analys av sambandet mellan utbildning och amning tänkas vara påverkat av vilken ålder mödrarna har. En äldre moder kan antas ha hunnit utbilda sig i högre grad än en yngre. När man kontrollerar analysen för ålder görs jämförelsen mellan utbildningskategorierna fördelad på de olika ålderskategorierna. På så sätt jämförs t.ex. mödrar med lång utbildning i åldersgruppen 25-34 år med mödrar i de andra utbildningskategorierna endast inom samma åldersgrupp. På så sätt kan effekten av ålder på sambandet mellan utbildning och amning negligeras. Analyserna mellan de olika bakgrundsfaktorerna och

amning av olika grad, vid olika mättidpunkter, har på detta sätt kontrollerats för en uppsättning faktorer av betydelse för respektive samband.

Syftet med denna studie har varit att analysera tänkbara förklaringsfaktorer till skillnader i amningsfrekvens över den studerade tidsperioden. De variabler som vid preliminära kontrollerade analyser visats sig sakna eget förklaringsvärde har inte studerats vidare i kontrollerade analyser. Dessa variabler är län, kön och disponibel inkomst. Övriga variabler har analyserats med individuella uppsättningar kontrollvariabler, se tabell 2. Ingående kontrollvariabler i respektive analys har valts utifrån såväl teoretiska som statistiska perspektiv. Endast variabler med statistiskt säkerställt samband med såväl amningsvariabeln som analysens bakgrundsvariabel har valts som kontrollvariabler.

Tabell 2. Studievariabler för kontrollerade analyser, med kontrollvariabler.

Studerad variabel	Kontrollvariabler
Utbildningsnivå	Ålder, Rökning
Födelseregion	Disponibel inkomst, Ålder, Rökning, Familjetyp
Familjetyp	Ålder, Utbildning
Rökning, mor	Ålder, Utbildning
Ålder, mor	Utbildning, Födelseordning, Rökning, Familjetyp
Födelseordning (Paritet)	Ålder, Familjetyp
Börd	Ålder
Graviditetslängd	Rökning
Kejsarsnitt	Ålder

Metoden har också tagit hänsyn till det faktum att en moder kan ha flera barn, något som leder till att alla barn i populationen inte är helt oberoende av varandra. Man kan inte utesluta att de faktorer av olika slag som ligger till grund för hur en viss moder väljer att amma i viss mån kan antas vara likartade för alla hennes barn. Detta förhållande leder till att en viktig utgångspunkt i statistisk analys, att undersökningsobjekten är oberoende av varandra, inte kan upprätthållas. Därför förutsätter den statistiska analysen att barn till samma moder har en ökad sannolikhet att bli ammade på ett liknande sätt jämfört med barn födda av olika mödrar och justerar analysen för detta samband.

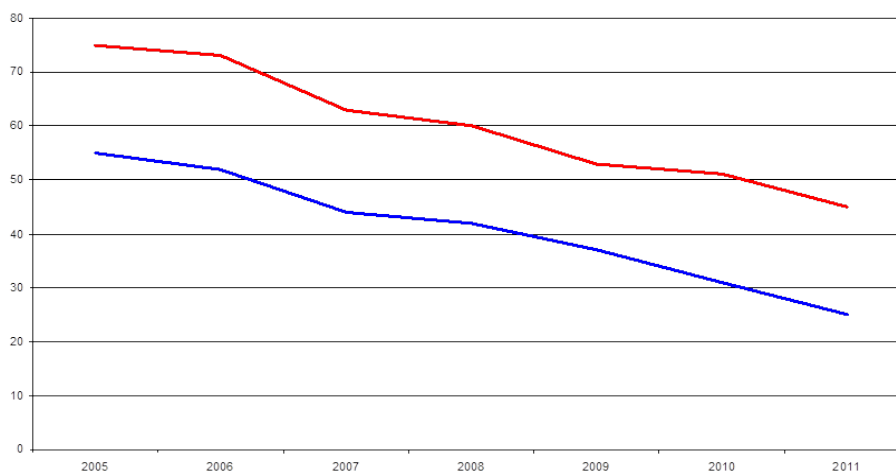
Oddsquoter, OR

Skillnaden i amningsfrekvens mellan olika grupper uttrycks som oddsquoter, OR. Den kategori mödrar som de andra kategorierna jämförs med har oddsquoten 1. Så är t.ex. Sverige jämförelsekategori i analysen av födelselandets betydelse för amningen. En kategori som har lägre amningsfrekvens än jämförelsekategori får en oddskvot mindre än 1, medan en kategori som har högre amningsfrekvens får en oddskvot större än 1. Eftersom analysen sträcker sig över en längre tidsperiod uttrycker oddskvoten den genomsnittliga skillnaden mellan de jämförda grupperna över den analyserade tidsperioden. Om man tänker sig förändringen över tid i två jämförbara grupper som två linjer längs en tidsaxel, där den grupp som har högst amningsfre-

kvens ligger överst och den grupp som har den lägre amningsfrekvensen ligger under så uttrycker oddskvoten skillnaden i höjd mellan linjerna, se exempel 1.

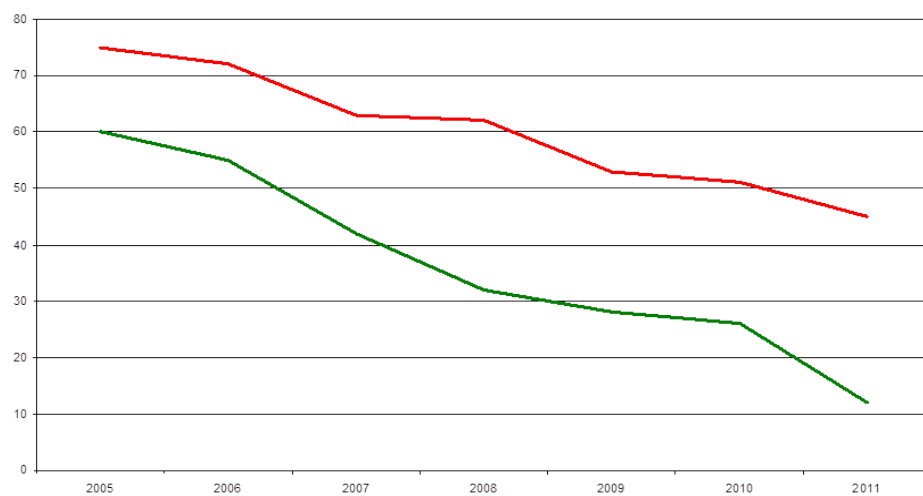
Varje statistisk analys försöker mäta förhållandet i den faktiska verkligheten men eftersom våra statistiska modeller inte kan ta hänsyn till alla faktiska omständigheter finns alltid en osäkerhet i resultaten. Det uppmätta värdet vi får i våra analyser är en uppskattning av det faktiska ”sanna” värdet som kan vara både högre eller lägre än det uppmätta. Ett mått på om ett analysvärde är statistiskt pålitligt är det s.k. konfidensintervallet (CI) som beräknar den undre och övre gränsen inom vilket det uppmätta värdet, med en viss sannolikhet, skulle kunna variera. En oddskvot kan anses tillräckligt säker (statistiskt säkerställd) om värdets konfidensintervall (CI) inte omsluter 1. En oddskvot på 1,2 med ett konfidensintervall som är 0,9–1,5 innesluter 1. Detta kan vi tolka som en statistisk osäkerhet kring oddskvoten där vi inte säkert kan fastslå vilken riktning resultatet har. Om det sanna värdet skulle ligga nära 0,9, dvs. under 1, så innebär det att den kategori som värdet representerar skulle amma i lägre utsträckning än jämförelsekategorin. Det omvända gäller om det sanna värdet skulle ligga nära 1,5, dvs. högre än 1. Om konfidensintervallet kring oddskvoten 1,2 istället skulle vara 1,1–1,3 ligger intervallets båda värden över 1 och oddskvoten kan anses statistiskt säkerställd.

Exempel 1.



Skillnaden i amningsfrekvens mellan olika grupper över tid, uttrycks med ett signifikansvärde (p-värde) som uttrycker för resultatets statistiska styrka. Ett värde lika med eller lägre än 0,05 anses som statistiskt säkerställt medan ett värde högre än 0,05 inte är det. Med samma illustration som ovan (med de båda linjerna) så uttrycker signifikansvärdet i hur hög grad de båda linjerna lutar olika mycket över tid, se Exempel 2. Ett signifikansvärde lika med eller mindre än 0,5 tyder på att de jämförda gruppernas amningsfrekvenser över tid utvecklats tillräckligt olika för att vara statistiskt säkerställd. Med andra ord skulle ett sådant resultat berätta för oss att amningsfrekvensen i en grupp minskat, eller ökat, mer över tid än jämförelsegruppen.

Exempel 2.



Statistikprogramvara

För databearbetningar och statistiska analyser i denna rapport har statistikprogramvaran SPSS version 20 för Windows använts (87).

Resultat

Resultatavsnittet presenteras uppdelat på de studerade bakgrundsfaktorerna. För varje bakgrundsfaktor presenteras resultatet uppdelat på helamning respektive någon amning, se definitioner under rubriken Basta och BHV-system. De resultat som presenteras är kontrollerade för andra relaterade bakgrundsfaktorer. Då helamning efter 6 månaders ålder inte rekommenderas presenteras vid 9 och 12 månaders ålder endast resultat för någon amning.

Den beskrivande statistiken baseras på barn födda 1986–2010. Den analys som beskriver skillnader i amningsfrekvens mellan olika grupper av mödrar och om förändringen i amningsfrekvens över tid skiljer sig mellan olika grupper begränsar sig till barn födda 2004–2010. Det årtal som presenteras på tidsaxeln i figurerna utgör det årtal som statistiken hämtas ifrån t.ex. - barn födda 2010 blev 1 år 2011 och deras data presenteras vid denna tidpunkt.

Generella resultat

Av den totala studiepopulationen (165 577 barn) var 92 421 barn (55,8 %) folkbokförda i Uppsala län och 73 156 barn (44,2 %) folkbokförda i Örebro län. Fördelat på kön var 51,4 % pojkar och 48,6 % flickor. 81,6 % av barnen är födda av svenskfödda mödrar, knappt 7 % av mödrar födda i övriga Europa eller s.k. västländer, se tabell 1, och knappt 11 % av mödrar födda i utomeuropeiska länder. Se tabell 3.

Tabell 3. Bakgrundsvariabler, modern. Antal och procentuella andelar.

Bakgrund		Antal	%
Län	Uppsala	92421	55,8
	Örebro	73156	44,2
	Total	165577	100,0
Kön	Pojke	85098	51,4
	Flicka	80479	48,6
	Total	165577	100,0
Rökning 1998-2011	Röker ej	85978	90,2
	Röker	6074	6,4
	Bortfall	3232	3,4
	Total	95284	100,0
Födelseregion	Sverige	135091	81,6
	Övriga Norden	4626	2,8
	Väst	1904	1,1
	Östra Europa	4960	3,0
	Mellanöstern	2970	1,8
	Afrika	3745	2,3
	Asien	9636	5,8
	Syd- och Mellanamerika	1272	0,8
	Bortfall	1373	0,8

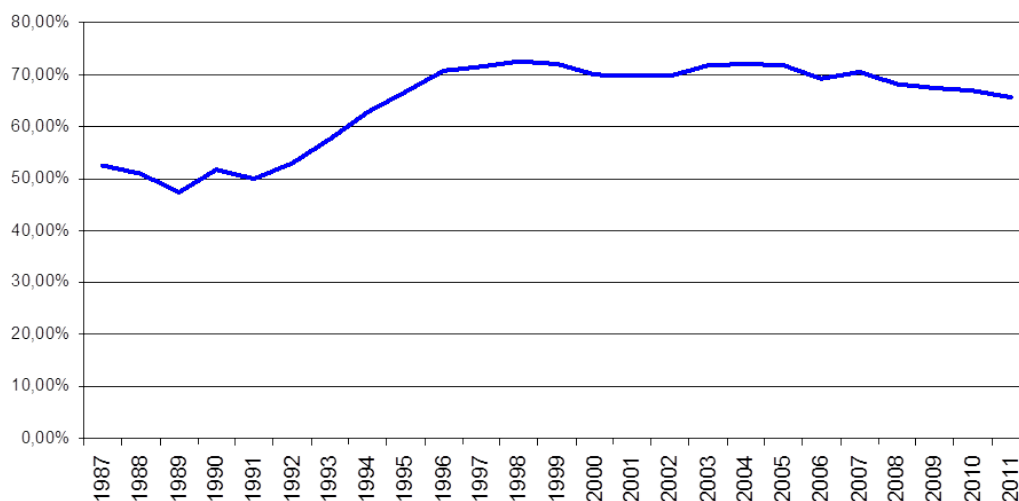
Bakgrund		Antal	%
	Total	165577	100,0
Disponibel inkomst	Kvartil 1	38264	23,1
Familj	Kvartil 2	38274	23,1
	Kvartil 3	38237	23,1
	Kvartil 4	38267	23,1
	Bortfall	12535	7,6
	Total	165577	100,0
Familjetyp	Sammanboende	145896	88,1
	Ensamstående	8695	5,3
	Bortfall	10986	6,6
	Total	165577	100,0
Utbildningsnivå	Kort	19553	11,8
	Medel	91277	55,1
	Lång	34569	20,9
	Bortfall	20178	12,2
	Total	165577	100,0
Börd	Enkelbörd	153756	92,9
	Flerbörd	4502	2,7
	Bortfall	7319	4,4
	Total	165577	100,0
Ålder	<=24	30241	18,3
	25-34 år	103040	62,2
	>=35 år	24977	15,1
	Bortfall	7319	4,4
	Total	165577	100,0
Prematur förlösning	Född >= v 37	148102	89,4
	Född < v 37	9960	6,0
	Bortfall	7515	4,5
	Total	165577	100,0
Kejsarsnitt	Nej	135710	82,0
	Ja	22545	13,6
	Bortfall	7322	4,4
	Total	165577	100,0
Paritet	Flerbarn	92074	55,6
	Första barnet	66184	40,0
	Bortfall	7319	4,4
	Total	165577	100,0

Av barnen till utlandsfödda mödrar var 9,1 % födda av mödrar som vid invandringstillfället var 5 år eller yngre. Dessa har vuxit upp i Sverige och kan antas ha påverkats mindre av amningsmönster i sina födelseländer än kvinnor som invandrat i högre ålder. I den förstnämnda gruppen finns sannolikt också en del internationellt adopterade som vuxit upp i familjer med svenskfödda föräldrar. Av dessa skäl har denna grupp inte räknats med vid analyser av sambandet mellan amning och födelseregion.

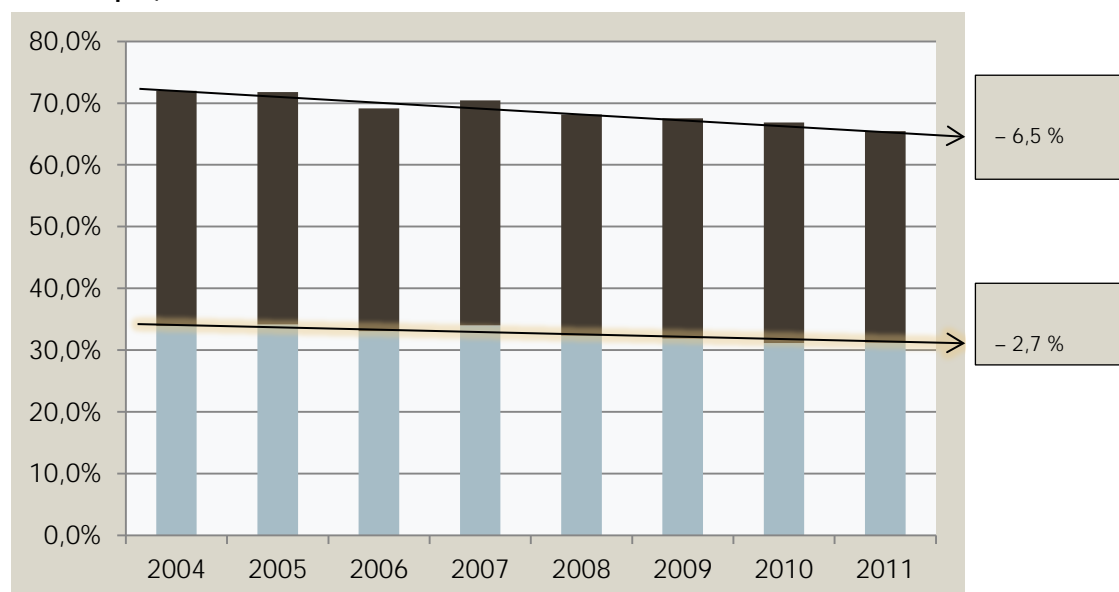
Andelen ammade barn har varierat över tid. Till exempel ammade 52,6 % av barnen vid 6 månader år 1987. Andelen ammade barn ökade sedan stadigt

och nådde sitt maximum 1998 med 72,6 % för att därefter ligga på denna nivå, eller något lägre, fram till år 2004 då andelen gradvis började minska ner till 65,5 % år 2011, se figur 1. Andelen ammade barn vid 6 månaders ålder kan delas upp i två grupper. De som ammat till 6 månader och sedan slutat amma före 9 månader och de som ammar till 9 månaders ålder eller längre. Sett ur ett promotivt perspektiv, där rekommendationen är att helamma till 6 månaders ålder och därefter gradvis införa annan kost, kan noteras att av den totala minskningen på -6,5 % mellan 2004 och 2011 så står den grupp barn som ammas vid 6 månader men slutar före 9 månaders ålder endast för - 2,7 %, se figur 2.

Figur 1. Andel någon amning av barn vid 6 månaders ålder 1987–2011.



Figur 2. Andelen ammade barn vid 6 månaders ålder 2004–2011. Jämförelse mellan andelen som ammat till och med 6 månader (ljusblå stapel) och andelen som ammat till 6 månader eller längre (ljusblå och mörkbrun stapel).



För övriga tabeller och diagram över amningsfrekvenser mellan åren 1987–2011, se tabellbilagan sist i rapporten.

I denna rapport har tänkbara förklaringsfaktorer till skillnader i amningsfrekvens över den studerade tidsperioden analyserats. De variabler som vid preliminära analyser visat sig sakna eget förklaringsvärde har inte studerats vidare i kontrollerade analyser. Dessa variabler är län, kön och disponibel inkomst. Övriga variabler har analyserats med individuella uppsättningar kontrollvariabler, se tabell 1. Resultat från dessa kontrollerade analyser presenteras nedan fördelat på respektive bakgrundsvariabel. Alla resultat som beskrivs är statistiskt säkerställda om inte annat anges. Resultat för helamning har analyserats endast t.o.m. 6 månader.

I de figurer nedan som presenterar skillnader i amningsutveckling över tid mellan olika grupper visas den relativa skillnaden uttryckt som oddskvoter (se beskrivning under rubriken Statistiska analyser, oddskvoter). Referensgruppen, som övriga grupper jämförs med, har genomgående oddskvoten 1 för alla år, medan den relativa oddskvoten visas för de jämförda grupperna. Om avståndet mellan linjerna för referensgruppen och den jämförda gruppen ökar över tid ska det tolkas som att referensgruppen haft en sämre utveckling, och den jämförda gruppen en bättre utveckling av amningsfrekvensen över den studerade tidsperioden. Den omvända tolkningen gäller om linjerna närmar sig varandra.

Utbildning

Helamning och någon amning

Mödrar med lång utbildning ammar i högre utsträckning än mödrar med medellång utbildning, som i sin tur ammar i högre utsträckning än mödrar med kort utbildning under hela första halvåret, det vill säga fram till och med mätningen vid 6 månader. Vid 12 månader är det vanligare att mödrar med kort utbildning ammar jämfört med mödrar med medellång och lång utbildning (tabell 4).

Tabell 4. Utbildningsnivåns betydelse för amning av barn i olika åldrar.

Kort utbildning är referensgrupp.

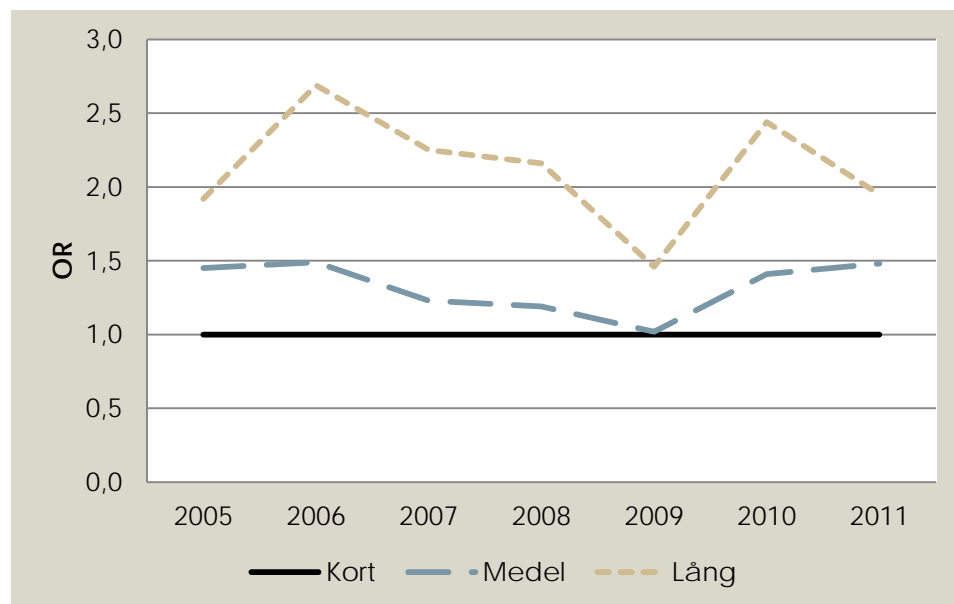
Ålder, barn	Utbildning, mor	Ammas/Ammas ej		Ammas helt/Ammas inte helt	
		OR	95% CI	OR	95% CI
Referens	Kort	1,00		1,00	
1 vecka	Medel	1,30	1,08–1,57	1,32	1,19–1,45
	Lång	3,25	2,56–4,13	2,09	1,87–2,34
2 månader	Medel	1,34	1,22–1,47	1,39	1,30–1,50
	Lång	3,34	2,97–3,75	2,58	2,38–2,80
4 månader	Medel	1,29	1,20–1,39	1,41	1,32–1,52
	Lång	3,05	2,80–3,34	2,73	2,53–2,95
6 månader	Medel	1,27	1,18–1,36	1,27	1,14–1,41
	Lång	2,93	2,71–3,18	1,93	1,73–2,15
9 månader	Medel	0,83	0,77–0,90		
	Lång	1,41	1,31–1,53		
12 månader	Medel	0,61	0,56–0,67		
	Lång	0,87	0,79–0,96		

Skillnader i amningsfrekvens över tid mellan grupper med olika utbildningsnivå

Under perioden 2006 t.o.m. 2009 minskade skillnaderna i helamning av barn vid 1 veckas ålder mellan utbildningsgrupperna markant men har de senaste åren åter ökat och mätningen 2011 uppvisar samma grad av skillnader som år 2005, se figur 3.

Figur 3. Helamning vid 1 veckas ålder efter utbildningsnivå.

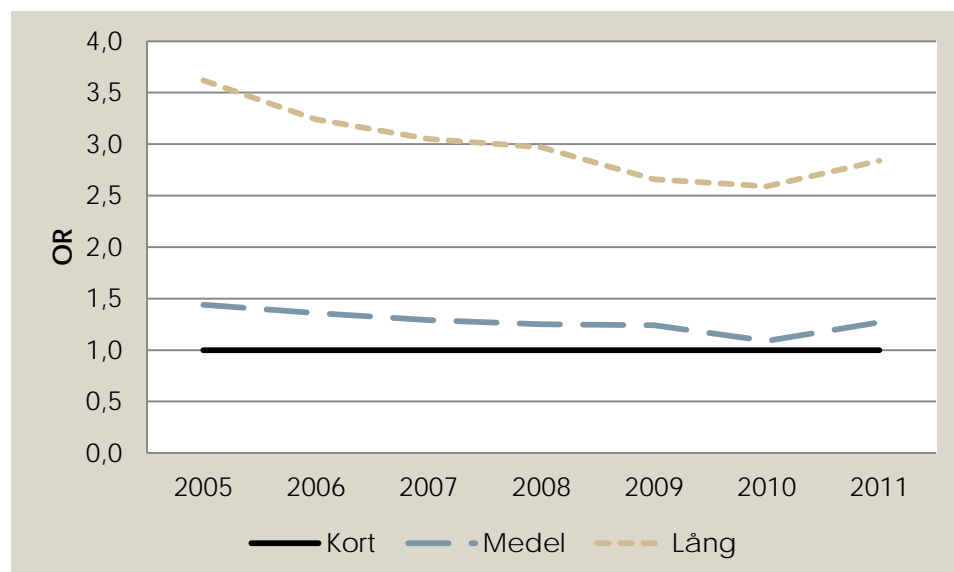
Linjerna anger oddskvoter med kort utbildning som referensgrupp. $p=0,02$.



Skillnaderna när det gäller någon amning vid 6 månaders ålder mellan mödrar med kort, medellång och lång utbildning har minskat under perioden 2005-2010. Dock har skillnaden mellan mödrar med kort utbildning och mödrar med medellång och lång utbildning åter ökat mellan 2010 och 2011, se figur 4.

Figur 4. Någon amning vid 6 månaders ålder efter utbildningsnivå.

Linjerna anger oddskvoter med kort utbildning som referensgrupp. $p=0,02$.



Födelseregion

Helamning

När det gäller helamning under första halvåret finns inga skillnader i amningsfrekvens baserat på moderns födelseland, se tabell 5.

Någon amning

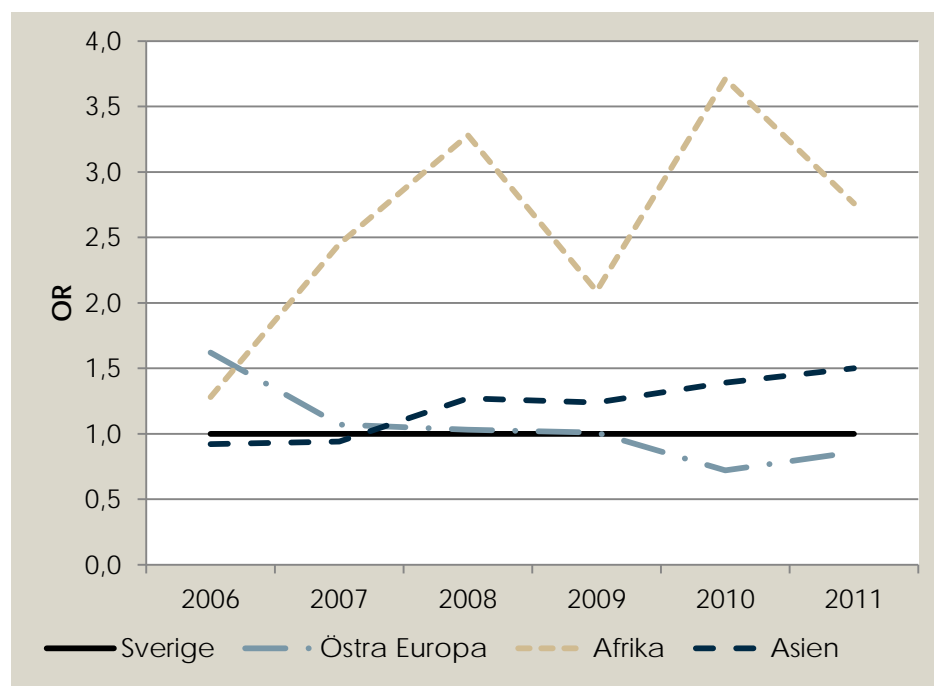
Vid 2, 4 och 6 månaders ålder ammar mödrar födda i utomeuropeiska länder i högre grad än mödrar födda i Sverige och andra västländer. Vid 6 månaders ålder ammar mödrar födda i övriga nordiska länder i högre utsträckning än mödrar födda i Sverige. Långtidsamning till 9 och 12 månader eller längre är vanligare hos mödrar födda i alla regioner utanför Sverige än bland svenskfödda mödrar, se tabell 5.

Skillnader i amningsfrekvens över tid mellan grupper med olika födelseregion.

För någon amning vid 4 och 6 månaders barnålder har mödrar från Östra Europa minskat sin amningsfrekvens jämfört med svenskfödda mödrar. Från att år 2006 ammat i högre utsträckning till att år 2011 amma i lägre utsträckning än svenskfödda mödrar. Det omvända gäller för mödrar födda i Afrika, Mellersta Östern och Asien som ökat i amningsfrekvens under samma period jämfört med svenskfödda mödrar (se figur 5 och 6).

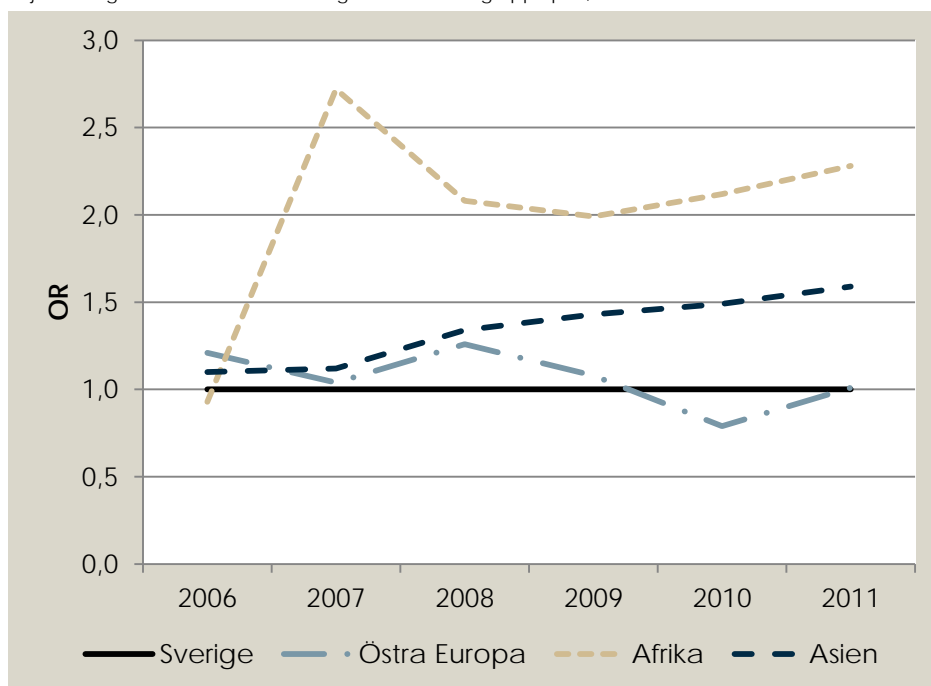
Figur 5. Någon amning vid 4 månaders ålder efter födelseland.

Linjerna anger oddskvoter med Sverige som referens. P=0,001.



Figur 6. Någon amning vid 6 månaders ålder efter födelseland.

Linjerna anger oddskvoter med Sverige som referensgrupp. $p=0,001$.



Tabell 5. Födelseregionens betydelse för amning i olika åldrar.

Sverige är referensgrupp.

Ålder, barn	Födelseregion, mor	Ammas/Ammas ej		Ammas helt/Ammas inte helt	
		OR	95% CI	OR	95% CI
Referens	Sverige	1,00		1,00	
1 vecka	Övriga Norden	1,11	0,54–2,29	0,90	0,69–1,19
	Väst	0,70	0,40–1,24	0,91	0,68–1,23
	Östra Europa	1,07	0,71–1,60	1,12	0,92–1,38
	Mellanöstern	1,54	0,89–2,64	1,21	0,94–1,56
	Afrika	1,31	0,82–2,09	0,84	0,68–1,02
	Asien	1,40	1,03–1,92	0,89	0,78–1,02
	Syd- och Mellanamerika	1,71	0,49–5,96	1,06	0,69–1,63
2 månader	Övriga Norden	1,24	0,89–1,73	1,01	0,84–1,23
	Väst	1,41	0,96–2,07	1,05	0,83–1,32
	Östra Europa	1,06	0,88–1,28	0,90	0,79–1,02
	Mellanöstern	1,42	1,11–1,81	1,06	0,89–1,26
	Afrika	2,96	2,24–3,90	1,04	0,90–1,21
	Asien	1,65	1,41–1,94	0,93	0,84–1,02
	Syd- och Mellanamerika	1,63	1,02–2,63	1,28	0,94–1,73
4 månader	Övriga Norden	1,16	0,93–1,46	1,19	1,00–1,42
	Väst	1,03	0,79–1,33	1,11	0,91–1,36
	Östra Europa	0,96	0,83–1,12	0,89	0,79–1,00
	Mellanöstern	1,33	1,09–1,62	1,05	0,89–1,23
	Afrika	2,62	2,14–3,19	1,01	0,88–1,15
	Asien	1,36	1,21–1,53	0,91	0,83–1,00
	Syd- och Mellanamerika	1,62	1,13–2,34	1,29	0,99–1,68
6 månader	Övriga Norden	1,33	1,09–1,63	1,19	0,97–1,46
	Väst	1,09	0,87–1,37	1,44	1,15–1,80

Ålder, barn	Födelseregion, mor	Ammas/Ammas ej		Ammas helt/Ammas inte helt	
		OR	95% CI	OR	95% CI
9 månader	Östra Europa	1,03	0,90–1,17	0,99	0,85–1,16
	Mellanöstern	1,34	1,13–1,60	1,29	1,06–1,56
	Afrika	1,92	1,64–2,26	1,11	0,92–1,33
	Asien	1,35	1,22–1,49	0,99	0,88–1,11
	Syd- och Mellanamerika	1,48	1,10–1,99	1,36	1,01–1,84
	Övriga Norden	1,28	1,07–1,54		
	Väst	1,61	1,32–1,97		
	Östra Europa	1,51	1,33–1,70		
	Mellanöstern	2,15	1,84–2,52		
	Afrika	2,34	2,03–2,69		
12 månader	Asien	2,02	1,84–2,21		
	Syd- och Mellanamerika	1,81	1,39–2,36		
	Övriga Norden	1,46	1,17–1,82		
	Väst	2,06	1,65–2,58		
	Östra Europa	2,04	1,78–2,34		
	Mellanöstern	2,64	2,22–3,13		
	Afrika	2,59	2,21–3,03		
	Asien	2,47	2,23–2,73		
	Syd- och Mellanamerika	2,08	1,56–2,77		

Familjetyp

Helamning och någon amning

Ensamstående mödrar ammar i lägre utsträckning än sammanboende mödrar. Detta gäller samtliga mätpunkter t.o.m. 6 månader. Mätningen vid 9 månader är inte statistiskt säkerställd. Vid 12 månader är det vanligare att ensamstående mödrar ammar jämfört med sammanboende, se tabell 6.

Tabell 6. Familjetypens betydelse för amning i olika åldrar.

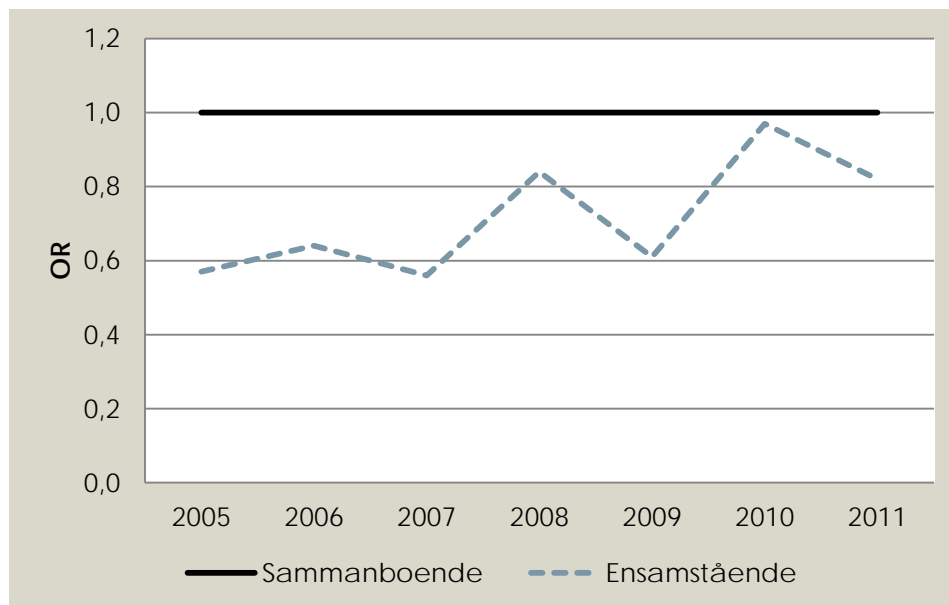
Sammanboende är referensgrupp.

Ålder, barn	Familjetyp, mor	Ammas/Ammas ej		Ammas helt/Ammas inte helt	
		OR	95% CI	OR	95% CI
Referens	Sammanboende	1,00		1,00	
1 vecka	Ensamstående	0,67	0,53–0,85	0,71	0,63–0,80
2 månader		0,66	0,59–0,73	0,73	0,67–0,80
4 månader		0,71	0,65–0,78	0,70	0,64–0,76
6 månader		0,78	0,71–0,85	0,78	0,69–0,89
9 månader		0,98	0,89–1,07		
12 månader		1,18	1,06–1,32		

Skillnader i amningsfrekvens över tid mellan sammanboende och ensamstående

Skillnaden i någon amning vid 4 månader mellan sammanboende och ensamstående har minskat gradvis under perioden 2005-2011, se figur 7. En liknande utveckling gäller även för någon amning vid 6 månader men förändringen är inte statistiskt säkerställd.

Figur 7. Någon amning vid 4 månaders ålder efter familjetyp.
 Linjerna anger oddskvoter med sammanboende som referensgrupp. $p=0,001$.



Tobaksrökning

Helamning och någon amning

Rökande mödrar ammar i lägre utsträckning än icke rökande mödrar. Detta gäller för såväl helamning som för någon amning och vid samtliga mätpunkter (åldrar på barnet), se tabell 7.

Tabell 7. Rökningens betydelse för amning i olika åldrar.

Icke rökare är referensgrupp.

Ålder, barn	Rökning, mor	Ammas/Ammas ej		Ammas helt/Ammas inte helt	
		OR	95% CI	OR	95% CI
Referens	Röker ej	1,00		1,00	
1 vecka	Röker	0,40	0,33–0,49	0,51	0,45–0,57
2 månader		0,35	0,31–0,39	0,39	0,36–0,43
4 månader		0,33	0,30–0,37	0,39	0,35–0,43
6 månader		0,34	0,31–0,38	0,41	0,35–0,49
9 månader		0,48	0,43–0,54		
12 månader		0,54	0,47–0,63		

Skillnaden i amningsfrekvens mellan rökande och icke rökande mödrar har under den studerade perioden varit relativt stabil.

Moderns ålder

Helamning

Mödrar yngre än 25 år helammar i högre utsträckning än äldre mödrar vid 1 veckas ålder men övergår till delamning tidigare än äldre mödrar. Vid 2 månaders ålder helammar mödrar 25-34 år i högre utsträckning än yngre mödrar. Vid 4 och 6 månaders ålder helammar mödrar 25 år och äldre i högre utsträckning än mödrar som är yngre än 25 år, se tabell 8.

Någon amning

Vid 1 veckas ålder finns ingen statistisk säkerställd skillnad mellan de olika åldersgrupperna när det gäller någon amning. Vid mätningarna från 2 till 12 månaders ålder ammar dock mödrar 25 år och äldre i högre utsträckning än mödrar yngre än 25 år. Vid samtliga dessa mätpunkter ammar dessutom mödrar 35 år och äldre i högre utsträckning jämfört med mödrar i åldersgruppen 25 t.o.m. 34 år, se tabell 8.

Skillnader i amningsfrekvens över tid mellan åldersgrupper

Inga statistiskt säkerställda skillnader i utveckling över tid mellan mödrar i olika åldersgrupper har kunnat påvisas.

Tabell 8. Moderns ålder och betydelse för amning vid olika barnåldrar.

Mödrar som är 24 år eller yngre är referensgrupp.

Ålder, barn	Ålder, mor	Ammas/Ammas ej		Ammas helt/Ammas inte helt	
		OR	95% CI	OR	95% CI
Referens	<= 24 år	1,00		1,00	
1 vecka	25-34 år	0,97	0,79-1,18	0,81	0,73-0,89
	>= 35 år	0,98	0,77-1,24	0,62	0,55-0,69
2 månader	25-34 år	1,36	1,25-1,48	1,09	1,02-1,16
	>= 35 år	1,54	1,38-1,72	0,98	0,91-1,07
4 månader	25-34 år	1,45	1,36-1,55	1,27	1,20-1,35
	>= 35 år	1,68	1,55-1,83	1,28	1,19-1,38
6 månader	25-34 år	1,48	1,39-1,57	1,23	1,12-1,35
	>= 35 år	1,79	1,66-1,94	1,47	1,32-1,63
9 månader	25-34 år	1,30	1,21-1,39		
	>= 35 år	1,92	1,77-2,08		
12 månader	25-34 år	1,26	1,15-1,38		
	>= 35 år	2,09	1,89-2,32		

Födelseordning (paritet)

Helamning

Barn till mödrar som får sitt första barn helammas i lägre utsträckning vid samtliga mätpunkter 2–6 månader jämfört med mödrar som får ytterligare barn (flerbarn), se tabell 9.

Någon amning

Mödrar som får sitt första barn ammar i högre utsträckning vid samtliga mätpunkter 1 vecka till 6 månader jämfört med mödrar som får ytterligare barn. Skillnaden minskar dock gradvis och vid 9 och 12 månader är det vanligare att flerbarnsmödrar fortfarande ammar, se tabell 9.

Tabell 9. Födelseordningens betydelse för amning i olika åldrar.

Barn till omfödernor (Fler barn)) är referensgrupp.

Ålder, barn	Paritet	Ammas/Ammas ej		Ammas helt/Ammas inte helt	
		OR	95% CI	OR	95% CI
Referens	Flerbarn	1,00		1,00	
1 vecka	Första barnet	2,09	1,84–2,38	1,05	0,99–1,12
2 månader		1,25	1,19–1,32	0,92	0,89–0,96
4 månader		1,09	1,05–1,14	0,94	0,91–0,97
6 månader		1,05	1,01–1,09	0,91	0,86–0,96
9 månader		0,90	0,87–0,93		
12 månader		0,86	0,82–0,90		

Skillnader i amningsfrekvens över tid mellan förstfödda barnet och efterföljande barn

Inga statistiskt säkerställda skillnader i amningsfrekvens över tid mellan mödrar som fått sitt första barn (förstfödernor) jämfört med mödrar som fått ytterligare barn (omfödernor) har kunnat påvisas.

Börd

Helamning och någon amning

Mödrar som föder ett barn ammar i högre utsträckning än mödrar som föder fler barn, dvs. tvillingar etc. Detta gäller såväl hel- som någon amning och vid samtliga mätpunkter, se tabell 10.

Tabell 10. Bördens betydelse för amning i olika åldrar.

Enkelbörd är referensgrupp.

Ålder, barn	Börd	Ammas/Ammas ej		Ammas helt/Ammas inte helt	
		OR	95% CI	OR	95% CI
Referens	Enkelbörd	1,00		1,00	
1 vecka	Flerbörd	0,44	0,31–0,63	0,16	0,13–0,18
2 månader		0,41	0,34–0,49	0,16	0,14–0,19
4 månader		0,33	0,28–0,39	0,19	0,16–0,23
6 månader		0,29	0,25–0,34	0,40	0,30–0,53
9 månader		0,43	0,35–0,51		
12 månader		0,52	0,40–0,66		

Skillnader i amningsfrekvens över tid mellan enkelbörd och flerbörd

Skillnaden i amningsfrekvens mellan mödrar som fött ett barn jämfört med mödrar som fött tvillingar eller fler har inte förändrats under den studerade perioden.

Född för tidigt

Helamning och någon amning

Barn födda efter fullgången graviditet ammas i högre utsträckning än barn som föds för tidigt (prematurt), dvs. tidigare än efter 37 fulla graviditetsveckor. Detta gäller både hel- och någon amning vid samtliga mätpunkter, se tabell 11.

Tabell 11. Graviditetslängdens betydelse för amning i olika åldrar.Barn födda i fullgången graviditet (≥ 37 veckor) är referensgrupp.

Ålder, barn	Grav. längd (v)	Ammas/Ammas ej		Ammas helt/Ammas inte helt	
		OR	95% CI	OR	95% CI
Referens	Född $\geq 37v$	1,00		1,00	
1 vecka	Född $< 37v$	0,41	0,34–0,50	0,34	0,30–0,37
2 månader		0,55	0,49–0,61	0,46	0,42–0,50
4 månader		0,56	0,51–0,60	0,55	0,51–0,60
6 månader		0,58	0,53–0,63	0,80	0,71–0,90
9 månader		0,76	0,70–0,83		
12 månader		0,77	0,69–0,87		

Skillnader i amningsfrekvens över tid mellan fullgångna barn och för tidigt födda barn

Under den studerade perioden har skillnaden i amningsfrekvens mellan mödrar som fött barn efter en fullgången graviditet jämfört med mödrar som fött barn för tidigt inte förändrats på ett statistiskt säkerställt sätt.

Kejsarsnitt

Helamning och någon amning

Mödrar som förlöst med kejsarsnitt ammar i lägre utsträckning än mödrar som förlöst vaginalt. Detta gäller både hel- och någon amning vid samtliga mätpunkter, se tabell 12.

Tabell 12. Förlossningssättets betydelse för amning i olika åldrar.

Vaginalförlösta barn är referensgrupp.

Ålder, barn	Förlossningssätt	Ammas/Ammas ej		Ammas helt/Ammas inte helt	
		OR	95% CI	OR	95% CI
Referens	Vaginal förlossning	1,00		1,00	
1 vecka	Kejsarsnitt	0,45	0,39–0,52	0,43	0,40–0,46
2 månader		0,54	0,50–0,58	0,54	0,51–0,57
4 månader		0,60	0,57–0,64	0,64	0,61–0,67
6 månader		0,64	0,61–0,67	0,84	0,78–0,90
9 månader		0,78	0,74–0,83		
12 månader		0,81	0,76–0,87		

Skillnader i amningsfrekvens över tid mellan vaginalförlösta barn och barn förlösta med kejsarsnitt

Skillnaden i amningsfrekvens mellan mödrar som fött barn efter en naturlig förlossning jämfört med mödrar som förlöst med kejsarsnitt har under perioden 2005-2011 legat stabil.

DISKUSSION

Huvudresultat

Syftet med denna studie var att försöka besvara frågor om hur amningsfrekvensen förändrats över tid, om det finns skillnader mellan grupper av mödrar och i så fall om amningsfrekvensen förändrats olika mycket över tid i de olika grupperna.

Amningsfrekvensen har minskat över tid och i olika grad vid olika mätpunkter.

- Amningsfrekvensen under barnets första levnadsvecka låg i stort sett på samma nivå 1987 som 2011, runt 97 %. Däremot minskade helamning med ca 4 procentenheter, vilket innebär att tillmatning med bröstmjölksersättning blivit vanligare.
- Vid 2 månaders ålder var det inte heller någon större skillnad i amningsfrekvens när det gäller någon amning, runt 88 %, medan helamning minskat från 75 % till 69 %.
- Vid 4 månaders ålder ökade amningen från knappt 72 % 1987 till 83 % vid slutet av 1990-talet för att därefter åter minska till 77 % 2011. I slutet av 1990-talet helammades drygt 70 % och 2011 helammades knappt 55 % vid 4 månaders ålder.
- Delamning vid 6 månaders ålder ökade från mitten av 1990-talet fram till 2011 beroende på att helamning under motsvarande tid minskade från 45 % till 15 %.
- Vid 9 månader amrades drygt 16 % 1987 och 34 % 2011 med en topp på 44 % 1998.
- Vid 12 månader har amningsfrekvensen legat konstant, runt 17–18 %, de sista åren.

Skillnader på gruppnivå över amningsfrekvens och hur länge mödrar ammar.

Resultaten från denna studie överensstämmer väl med andra studier.

- Ju högre utbildning ju högre amningsfrekvens.
- Ju högre inkomst ju högre amningsfrekvens.
- Omfödorskor ammar i högre utsträckning vid 9 och 12 månaders ålder medan förstfödorskor ammar längre och i högre utsträckning fram till 6 månaders ålder. Emellertid helammar omfödorskor i högre utsträckning från 2–6 månaders ålder.
- Ensamstående kvinnor ammar i lägre utsträckning än sammanboende. Vid 12 månaders ålder ammar dock ensamstående mödrar i högre utsträckning jämfört med sammanboende.
- Rökande kvinnor ammar i lägre utsträckning än icke rökande.
- Mödrar som är 24 år eller yngre ammar i lägre utsträckning än äldre kvinnor.

- Mödrar med födelseland i Afrika eller Asien ammar i höge utsträckning än Svenskfödda mödrar.

Inga större skillnader föreligger när man jämför amningsfrekvensens nivå mellan de olika grupperna över tid.

- Det finns ingen tydlig trend att minskningen av amning varit mer uttalad inom någon särskild grupp av mammor.
- Helamning vid 1 veckas ålder visar ökade skillnader mellan grupper med olika utbildningsnivå.
- Skillnader mellan mödrar med medellång och lång utbildning jämfört med kort utbildning minskade fram till 2009 för att sedan öka igen, se figurerna 3 och 4.
- Skillnaderna minskade för någon amning vid 6 månader efter utbildningsnivå fram till 2010 för att därefter öka.
- Skillnaderna mellan ensamstående och sammanboende minskar över tid.
- Förändringar baserat på mödrars födelseregion visar inte någon samstämmig bild. Amningsfrekvensen för kvinnor från Östra Europa minskar över tid jämfört med svenska mödrars för att sedan åter öka under 2011.

Amningsfrekvens - förändringar över tid

Hur länge mödrar ammar varierar över tid, vilket figur 1 visar. Samhällets attityder, syn på kunskap samt hur arbetsmarknaden ser ut kan vara faktorer som påverkar hur länge kvinnan ammar. Hur vi definierar att barnet är helammat eller ej har också betydelse. Amningen har minskat succesivt från slutet av 1990-talet fram till 2011. År 2003 rekommenderade WHO helamning fram till 6 månaders ålder och då ändrades också amningsdefinitionen för helamning från att tillåta smakportioner till att endast tillåta medicin, vitamin och vatten förutom bröstmjolk. Att helamning under en period då minskade är fullt naturligt och beror på att definitionen ändrades. Men även efter att den nya definitionen införts fortsatte amningen att minska. År 2010 införde Livsmedelsverket begreppet ”ytte pytte” vilket innebär att barnet kan smaka olika livsmedel i storleksordningen ett kryddmått. Ett barn som fått ”yttepytte” kategoriseras som icke helammat. Från och med 2014 kommer en ny amningskategori att tillföras som anger att barnet kan ammas övervägande. Denna definition har tagits fram i samband med arbetet kring det nationella kvalitetsregistret för barnhälsovård i Sverige, BHVQ (88). Definitionen utgår ifrån vad barnet fått de senaste 7 dagarna vid mättillfället. Har barnet fått

- **endast bröstmjolk** väljs *Ammat helt*,
- **bröstmjolk och tillägg av 1-2 mål** av annan kost och/eller ”pyttesmåkost”, oavsett antal, väljs *Ammat övervägande*,
- **bröstmjolk och tillägg av 3 eller fler mål** av annan kost väljs *Ammat delvis*,
- **endast** annan kost väljs *Ej ammat*.

Denna definition gör det möjligt att göra historiska jämförelser samtidigt som statistiken sannolikt blir mer tillförlitlig. Almqvist-Tangen visade i sin doktorsavhandling att det endast var 1,6 % av barn födda 2007 och 2008 som helammades vid 6 månaders ålder medan föreliggande studie visar på ca 9 % för motsvarande åldersgrupp. Den nationella siffran var runt 12 % (89). Det kan inte uteslutas att BVC-sjuksköterskorna gör egna tolkningar eller att föräldrar rapporterar att de helammar trots att de inte gör det.

År 2011 minskade helamningen till 15 % från att under mitten av 1990-talet legat runt 45 %. Under den tidsperioden ökade delamningen. Totalt sett är nedgången inte lika drastisk. Det är också viktigt att uppmärksamma att mätpunkten 6 månader inte innebär att kvinnan slutade amma vid 6 månader utan siffran amning vid 6 månader är just en mätpunkt som beskriver hur många som ammade just då. Nästa mätpunkt är 9 månader och de som ammar till 9 månader har ju följaktligen ammat vid 6 månader också, se figur 2.

För att besvara frågan varför förändringar sker över tid krävs det helt andra data än de som presenteras i föreliggande studie, dock kan man göra vissa spekulationer. När man frågar sjuksköterskor på BVC om orsak till att amningen minskat får man ofta svaret att det är pappors delaktighet och kvinnans självständighetsbehov, men är detta sanningen? Resultaten från föreliggande studie visade att amningen minskade i alla samhällsgrupper och att skillnaderna mellan grupperna har minskat. I Sverige finns en medveten strävan att föräldraledigheten skall bli mer jämlik och föräldrarna premieras om de delar på tiden som ligger utanför den period som är avsatt för partnern. Allt fler fäder, nästan en fjärdedel, tar ut föräldrapenningen. För många blir bytet från mammaledighet till pappaledighet efter 6 månader, vilket skulle kunna ha inverkan på amningen då just återgång till arbetet ofta leder till att man lägger ned amningen (28). Detta skulle också kunna förklara varför kvinnor med kort utbildning ammar längre då det är svårare att komma ut på arbetsmarknaden om man har kort utbildning. Kvinnor från andra födelse-regioner utanför Europa ammar också längre (27). Här har traditioner från hemlandet sannolikt betydelse.

Dagens mödrar är födda på 1980-talet och är runt trettio år när de får sitt första barn. Man kan tänka att de har andra förväntningar på föräldraledighet och uppfödning än vad mödrar hade på 1980- och 1990-talet. I en läkarexamensuppsats har Therese Larsson intervjuat mödrar födda på 1980-talet i syfte att få en ”ökad förståelse för vad som påverkar valet av att amma eller inte amma bland nyblivna mödrar födda på 80-talet” (90). Studien var kvalitativ och resulterade i fem teman: ”Naturligt val”, ”Bra OM det funkar”, ”Man måste hitta sitt eget sätt”, ”Att amma offentligt utan förbehåll” samt att ”Pappan blir utan föräldraroll”.

Kvinnorna tyckte att det var självklart att amma eftersom det är bäst för barnet. Men de såg det också som mest betydelsefullt för barnet i början och ju längre tiden led desto mer upplevde de amningsstunderna som en stund för närhet med barnet. Kvinnorna var också öppna för att det var okej att ge ersättning om och när amningen inte fungerade. De hade också stor förståelse för de som valt att inte amma. Det framkom att amningen är viktigast med första barnet och att ge ersättning är inget problem. Kvinnorna rapporterade också att de känt trycket att amma såväl från samhället som från hälsovården, vänner och föräldrar. Flera kvinnor menade också att de inte kände sig helt

bekväma med att amma offentligt. Kvinnorna var inte heller förberedda på att amningen skulle ta så mycket tid i anspråk. Några kände sig bundna. Någon tänkte ge nästa barn flaska just på grund av detta och för att pappan skulle kunna bli mer delaktig. De synpunkter som kommer fram i detta arbete visar på den ambivalens som finns hos dagens mödrar. Det är viktigt att bli-vande mödrar redan från början är förberedda på att amningen tar tid, särskilt innan den är etablerad. Pappans roll är viktig och fäderna bör också få kunskap om hur de den första tiden kan samspela med barnet och underlätta amningen (49).

Skillnader i amningsfrekvens mellan olika grupper

Födelseregion

Resultatet visar att amningsfrekvensen jämfört med svenska mödrar varierar i olika grupper. Vi finner ingen skillnad när det gäller helamning mellan de olika grupperna men när det gäller någon amning vid 2, 4 och 6 månader så ammar kvinnor som är födda i utomeuropeiska länder i högre grad än svenska. Dessutom långtidsammar de också i högre grad. Även mödrar från övriga nordiska länder ammar längre än svenska. Långtidsamning är vanligare i alla regioner jämfört med Sverige. Många faktorer kan påverka; hur har assimileringen till det svenska samhället skett? Arbetslösa och hemarbete-nde kvinnor har visat sig långtidsamma i större utsträckning (29). Amningsmönstret från den egna kulturen och förebilder i kvinnans omgivning, t.ex. huruvida kvinnans egen mor har ammat har också betydelse (40).

Det är förvånande att kvinnor från samtliga nordiska länder ammar i högre grad än mödrar födda i Sverige. Det skulle kunna bero på att de tillhör privilegierade grupper som har visat sig amma längre, det vill säga äldre kvinnor med lång utbildning och som inte röker.

Utbildning

Längden på mödrarnas utbildning spelar roll för hur länge de ammar. Särskilt de första 6 månaderna ammar mödrar med lång utbildning längre än de mödrar som har kort utbildning. Efter 6 månader framkommer dock en annan bild där mödrar med kort utbildning ammar i högre utsträckning än övriga utbildningsgrupper. En förklaring skulle kunna vara att mödrar med kort utbildning i större utsträckning är hemma och då uppstår inte den konflikt mellan amning och arbete som kan finnas hos mödrar med längre utbildning. Bonet (29) visar att mödrar slutar amma när de återgår till arbetet. Idag delar föräldrarna på föräldraledigheten i större utsträckning vilket innebär att kvinnan ofta prioriterar att vara hemma under barnets första månader, framförallt av skäl som att hon vill amma barnet. Om pappan tar ut föräldraledighet gör han det oftast efter 6 månader. Denna förändring har kommit i och med att samhället strävar efter att öka jämställdheten med bl.a. särskilda pappamånader.

Ekonomi

Mödrar med dåliga ekonomiska förutsättningar ammar kortare än de med höga inkomster. Kvinnor med låga inkomster har ofta också flera andra risk-

faktorer som kan resultera i kort amningstid. De är ofta unga mödrar med kort utbildning med sämre hälsa och med sämre stöd från omgivningen (30).

Födelseordning

Flerbarnsmödrar ammar sina barn i högre utsträckning än förstabarnsmödrar. Detta visar också Kim (34). Förklaringen skulle kunna vara att flerbarnsmödrar upplever amning som praktiskt och bekvämt och de bär också med sig erfarenhet av att det har fungerat tidigare, kanske trots initiala svårigheter. Samtidigt framkommer det i Larssons (90) uppsats att mödrarna känt sig bundna av amningen, något som de inte räknat med, vilket kan innebära att de inte kommer att amma nästa barn lika länge eller alls.

Mödrar som fött mer än ett barn vid samma tillfälle ammar under en kortare period. Även om det finns flera kvinnor med tvillingar som ammar så är det svårare att upprätthålla en lång amningsperiod.

Familjetyp

Ensamstående mödrar ammar i lägre utsträckning än sammanboende fram till att barnets ålder är 6 månader medan de ammar i högre utsträckning vid 12 månader jämfört med sammanboende. Kierman fann samma mönster men också att de ensamstående mödrarna rökte i högre grad och var mer sårbara vilket visade sig i form av ökad risk för depression (35).

Tobaksbruk

Ett flertal studier visar att rökande mödrar ammar i lägre utsträckning än icke rökande mödrar. Om det är själva tobaksbruket som medför att man ammar i lägre utsträckning eller om rökande mödrars attityder till amning är avgörande för hur länge man ammar är oklart (37). Tobaksbruk medför dock inte enbart negativa konsekvenser för modern. En kvinna som rökt under graviditeten riskerar att föda för tidigt, att barnet blir litet i förhållande till graviditetstid samt ger en ökad risk för övervikt hos barnet senare i livet (52). Det finns således starka skäl att diskutera tobaksbruk med gravida kvinnor. Efter födelsen bör föräldrarna diskutera hur de kan erbjuda sitt barn en rökfri miljö. Utlandsfödda fäder är oftare rökare jämfört med svenskfödda fäder medan utlandsfödda kvinnor röker mindre än svenskfödda kvinnor (91). Många kvinnor slutar ofta att röka under graviditet och amningsperiod. Den kritiska åldern för återfall inträffar i samband med att barnet slutat ammas och det är därför angeläget att barnhälsovårdspersonal lyfter frågan hos de mödrar som tidigare varit rökare.

Moderns ålder

Flera studier visar att det framförallt är yngre mödrar som slutar amma tidigt. Kvinnor som blir mödrar tidigt har många gånger inte samma förutsättningar som äldre mödrar som hunnit utbilda sig och redan kan vara etablerade på arbetsmarknaden. För en del unga mödrar finns inte heller en omgivning där amning är en självklarhet. Brown visade att det går att påverka amningsfrekvensen i positiv riktning för unga mödrar genom att föreslå dem att delta i en amningsstödande grupp samtidigt som de uppmuntras av omgivningen att amma och att ha positiva förväntningar på amningen (33).

Skillnader i amningsfrekvens över tid i olika grupper

Amningsfrekvensen minskar brett hos alla grupper av mödrar och skillnaderna mellan grupper är relativt stabil över tid. Utbildningsnivå, födelseregion och familjetyp är de grupper där man kan finna signifikanta skillnader i ökning/minskning inom grupperna över tid. Emellertid varierar resultaten år från år under hela den redovisade perioden. För utbildningsnivå minskade skillnaderna mellan grupperna under hela den studerade perioden för att sedan öka de sista åren. En positiv utveckling är att skillnaden i amningsfrekvens mellan ensamstående och sammanboende mödrar minskar. Den samlade bilden av analyserna kan inte enstämigt peka ut riskgrupper som minskar mer än andra utan det finns skäl att behålla och stärka det generella amningsstödjande arbetet. Samtidigt bör fortsättningsvis sårbara grupper få ökat stöd.

WHO:s rekommendation

De flesta länder i världen påverkas av de rekommendationer som WHO har utfärdat avseende amning. WHO ser amning som en folkhälsofråga och amning som prevention när det gäller framförallt immunförsvaret. År 1990 arrangerades ett möte i Florens med ledande hälsovårdspolitiker i världen där man enades om rekommendationer för att främja och stöda amning i den så kallade Innocentideklarationen (92). Den förordade spädbarnsuppfödning i form av enbart amning i 4-6 månader och att deklaraationsstaterna skulle underlätta amning under barnets första två år. Vidare initierades "Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI)" och de "10 stegen till lyckad amning". Förlossningskliniker i flera länder utvärderades avseende hur väl man främjade amning. Så gjordes även i Sverige i början av 1990-talet och att amningsfrekvensen ökade under den tidsperioden skulle kunna tyda på att vården i samband med förlossning har en avgörande betydelse för hur amningen initieras. Bartington (64) fann att initieringen av amningen påverkades av BFHI men kunde inte visa att effekten var bestående det vill säga att mödrarna ammade längre.

Orsakerna till att amningsfrekvenserna minskar är fortfarande okända. Emellertid finns det kunskap om varför mödrar lägger ned amningen tidigt och vi vet vilka grupper som är särskilt utsatta. Ofta har mödrar redan bestämt sig under graviditet för hur de ställer sig till amning. Ibland kan sådana beslut fattas i brist på kunskap och genom påverkan från omgivningen och partnern. Att tidigt involvera partnern är viktigt för att skapa medvetenhet om att denne medvetet eller omedvetet påverkar kvinnan i de val hon gör kring amning. Vården är skyldig att erbjuda föräldrar all tillgänglig kunskap så att de kan göra ett informerat val. Kvinnorna bör förutsättningslöst få möjlighet att reflektera över och diskutera vilka faktorer som påverkar dem inför de beslut de ska fatta. Det gäller inte bara de mödrar som inte vill amma utan även de som vill. Att ta del av dessa funderingar hjälper vården att förstå hur gravida kvinnor tänker vilket kan ligga till grund för utveckling av de amningsstödjande insatserna. Det är också viktigt att inte bara rikta in sig på alla fördelar med amning. Barnmorskor och BVC-sjuksköterskor måste också

vara medvetna om att många andra faktorer styr, förutom omgivningsfaktorer finns olika former av kultur och moral att ta hänsyn till (40). Det gäller att vara nyfiken för att förstå.

Ett skäl till att lägga ned amning är just att mödrarna upplever att de inte kan få amningen att fungera. De kan ha felaktiga förväntningar som presenteras av omgivning och media. Ett förhålligande budskap att det är lätt och enkelt att amma kan möta en verklighet som istället innehåller en tidsmässigt utdragen etablering av amningen med smärta och såriga bröstvårtor. Det är då viktigt att det i vården finns en väl fungerande vårdkedja och att råd baseras på gemensam kunskap. Inte sällan kan negativa attityder påverka amningen. Försök att utbilda brett så att även läkare får mer kunskap om amning har visat sig ha en positiv inverkan på amningsfrekvensen (61).

Resultatet från denna studie visar att amningen minskar i alla samhällsgrupper. Därför är det viktigt med en generell kunskapshöjning för såväl barnmorskor, BVC-sjuksköterskor och läkare. Det gäller inte bara kunskap om amningens fysiologi utan också om hur attityder påverkar. Här behövs det studier för att ta reda på hur mödrar i vårt land tänker och vad det är som styr deras beslut.

Det är en grannliga uppgift för hälsovårdspersonalen att dels följa WHO:s rekommendation om exklusiv amning fram till 6 månader och samtidigt stötta mödrar som av olika anledningar inte kan eller vill amma. Det individuella perspektivet får inte åsidosättas på bekostnad av det globala.

Metoddiskussion

Resultaten i denna rapport baseras på en stor longitudinell forskningsdatabas med individbaserade amningsdata i Sverige. Denna gör det möjligt att med tillräcklig statistisk säkerhet påvisa existerande skillnader mellan grupper såväl i genomsnitt som förändringar över tid.

Urval

Den beskrivande statistiken baseras på barn födda 1986-2011. Den analys som beskriver skillnader i amningsfrekvens mellan olika grupper av mödrar och om förändringen i amningsfrekvens över tid skiljer sig mellan olika grupper begränsar sig dock till barn födda 2004-2010. Det kan hävdas att denna begränsning påverkat möjligheterna att på ett tillräckligt nyanserat sätt analysera amningsmönstrets förändring över tid. Skälen till denna begränsning är flera. För det första har amningsfrekvensen i huvudsak varit i ökande mellan åren 1986 och 2004 och först därefter har den börjat minska. För det andra blir analysen, som försöker besvara frågor om skillnader över tid, begränsad och får otydliga resultat ifall frekvenserna rör sig mycket upp och ner under den studerade tidsperioden. Upp- och nedgångarna tar då ut varandra. Det kan därför ur statistisk synvinkel anses att begränsningen förbättrat möjligheterna att korrekt analysera såväl den genomsnittliga förändringen över tid och den relativa skillnaden mellan grupper över tid. Det tredje skälet till begränsningen är att amningsdefinitionerna 2004 ändrades så att definitionen av helamning blev tydligare och lättare att följa för de sjuksköterskor som haft till uppgift att tolka in föräldrarnas information om amningsstatus i de statistiska kategorierna. Före 2004 var definitionen så god-

tycklig att det i alltför hög grad var slumpmässigt om ett barn blev kategoriserat som hel- eller delammat. Att studera skillnader mellan hel- och delamning före 2004 är av detta skäl inte meningsfullt.

Statistiska begränsningar

Det finns naturligtvis begränsningar för hur långt den statistiska analysen kan drivas. Den statistiska säkerheten kräver att grupper som jämförs är tillräckligt stora. I kontrollerade analyser delar man upp det totala antalet barn i undergrupper som har samma egenskaper vad gäller t.ex. utbildning, tobaksrökning, inkomst, ålder, familjetyp etc. Därför kan storleken på en analysgrupp som består av rökande mödrar av afrikanskt ursprung med låg ålder och hög inkomst av naturliga skäl bli begränsad även om den totala studiepopulationen omfattar mer än 100 000 individer. Man tvingas därför att begränsa antalet kontrollvariabler och därmed blir förklaringsgraden lägre, d.v.s. vi kan inte kontrollera för alla de faktorer som har betydelse även om vi hade haft uppgifter om alla dessa. Det kan därför inte uteslutas att analysen, av ovanstående skäl, kan ha misslyckats med att påvisa skillnader som faktiskt finns. Exempelvis kan sammanslagningen av alla möjliga födelse-land på den afrikanska kontinenten till en analysgrupp av mödrar födda i Afrika dölja en möjlig skillnad gällande för mödrar födda i ett specifikt land som hade kunnat visas om antalet i studiepopulationen varit ännu större.

Detta är också skälet till att valet av kontrollvariabler varierar mellan analyserna av de olika bakgrundsvariablerna, se tabell 2.

Val av mått på socioekonomisk status

Socioekonomisk status (SES) är ett mått som ofta används som förklaringsvariabel i vetenskapliga undersökningar för att mäta individens ekonomiska bärkraft och social position. Ofta används individens yrke, utbildning eller inkomst för att uttrycka SES. I metodlitteraturen har hävdats att en mix av flera mått är att föredra framför enskilda mått (93). Det finns dock ingen konsensus om den idealiska mixen. Istället har flera forskare förordat att flera möjliga mått ska övervägas och testas och valet ska avgöras av forskningsfrågan och den population man studerar (93-95). I denna rapport har både disponibel inkomst och utbildningsnivå testats. Uppgift om yrke har inte funnits tillgänglig i databasen. I de justerade analyserna, där analysen kontrollerats för andra variabler har dock endast utbildningsnivå använts, utom i analysen av födelse-land där disponibel inkomst använts. Både utbildningsnivå och disponibel inkomst har samband med amningsfrekvensen i olika åldrar. Utbildningsnivå har dock i många vetenskapliga studier visat sig vara ett betydligt känsligare förutsägande mått än inkomst. Preliminära analyser i föreliggande studie, där mödrar i olika utbildningsnivåer jämfördes endast med de mödrar som ingick i samma inkomstkvarter visade att inkomstens betydelse för amningen i det närmaste försvann. Utbildningsnivå är dock ett dåligt mått på SES i invandrapopulationen. Det finns stora bortfall i Utbildningsregistret och de uppgifter som finns underskattar ofta invandrarnas utbildningsnivå systematiskt (96). I de analyser där födelse-land ingår som bakgrundsvariabel har därför disponibel inkomst använts istället för utbildningsnivå. Dock kan ingen SES-variabel, eller ens flera variabler tillsammans eller i ett index, förväntas att fullt ut innefatta alla aspekter av so-

cioekonomiska levnadsförhållanden. Oavsett val av variabel finns därför alltid oförklarad variation som hänför sig till socioekonomiska faktorer.

Generaliserbarhet

Resultaten i föreliggande rapport baserar sig på en population hämtad från 2 av Sveriges 21 län, Uppsala län och Örebro län. Det kan resa frågetecken kring hur resultaten i dessa två län kan sägas representera förhållandena avseende amning även i Sveriges övriga 19 län, så kallad generaliserbarhet. Det som kan påverka generaliserbarheten är om de bakomliggande faktorerna som vi tror är av betydelse för hur mödrar väljer att amma skiljer sig åt på ett påfallande sätt mellan Uppsala och Örebro, å ena sidan, och övriga län, å andra sidan. Är t.ex. andel högutbildade i Uppsala/Örebro betydligt fler än i övriga landet är det rimligt att förvänta sig en skillnad i amningsmönstret mellan Uppsala/Örebro och landets övriga län vilket skulle påverka generaliserbarheten negativt. Enligt tillgänglig statistik från Statistiska Centralbyrån skiljer det dock marginellt mellan ett genomsnitt för Uppsala/Örebro och övriga landet när det gäller utbildningsbakgrund, medelinkomst, åldersfördelning och andel utlandsfödda (97). Vår uppfattning är därför att resultaten i denna studie bör kunna generaliseras till landet som helhet.

Slutsatser

- Amningsfrekvensen har minskat över tid och i olika grad vid olika mätpunkter.
- På gruppnivå finns skillnader vad gäller hur länge mödrar ammar.
- Inga större skillnader föreligger när man jämför amningsfrekvensen mellan de olika grupperna över tid.
- Resultaten från denna studie visar att amningen minskar i alla samhällsgrupper och att skillnaderna mellan grupperna snarare har minskat än ökat.
- Den samlade bilden av analyserna kan alltså inte enstämigt peka ut riskgrupper som minskar mer än andra utan det finns skäl att behålla och stärka de generella amningsstödande åtgärderna samtidigt som sårbara grupper fortsättningsvis bör få utökat stöd.
- Mycket talar för att faktakunskap i det amningsstödande arbetet och samstämmiga kunskaper och attityder baserade på vetenskap och beprövad erfarenhet, i samtliga yrkeskategorier i hela vårdkedjan, har betydelse för hur amningsrekommendationerna uppfattas hos dagens mödrar. Tydlighet och en samstämmig vårdkedja kan förhoppningsvis bidra till att den negativa amningstrenden vi ser idag kan brytas.

Referenser

1. American Academy of Pediatrics. *SIDS and Other Sleep-related Infant Deaths: Expansion of Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment*. Pediatrics. 2011;128:e1341.
2. Vennemann MM, Bajanowski T, Brinkmann B, Jorch G, Yucesan K, Sauerland C et al. *Does Breastfeeding Reduce the Risk of Sudden Infant Death Syndrome?* Pediatrics. 2009;123:e406.
3. Alves JG, Figueiroa JN, Meneses J, Alves GV. *Breastfeeding protects against type 1 diabetes mellitus: a case-sibling study*. Breastfeed Med. 2012 Feb;7(1):25-8.
4. McCrory C, Layte R. *Breastfeeding and risk of overweight and obesity at nine-years of age*. SocSci Med. 2012 Jul;75(2) :323-30.
5. Li R, Magadia J, Fein SB, Grummer-Strawn LM. *Risk of bottle-feeding for rapid weight gain during the first year of life*. Arch Pediatr Adolesc Med. 2012 May;166(5):431-6.
6. Almqvist-Tangen G, Dahlgren J, Roswall J, Bergman S, Alm B. *Milk cereal drink increases BMI risk at 12 and 18 months, but formula does not*. Acta Paediatr. 2013;102:1174-1179.
7. Huus K, Ludvigsson JF, Enskär K, Ludvigsson J. *Exclusive breastfeeding of Swedish children and its possible influence on the development of obesity: a prospective cohort study*. BMC Pediatr. 2008 Oct 9;8:42doi: 10.1186/1471-2431-8-42.
8. Belfort MB, Rifas-Shiman SL, Kleinman KP, Guthrie LB, Bellinger DC, Taveras EM et al. *Infant feeding and childhood cognition at ages 3 and 7 years: Effects of breastfeeding duration and exclusivity*. JAMA Pediatr. 2013 Sep;167(9):836-44.
9. Mortensen EL, Michaelsen KF, Sanders SA, Reinisch JM. *The association between duration of breastfeeding and adult intelligence*. JAMA 2002 May 8;287(18):2365-71.
10. Willatts P, Forsyth S, Agostoni C, Casaer P, Riva E, Boehm G. *Effects of long-chain PUFA supplementation in infant formula on cognitive function in later childhood*. Am J Clin Nutr. 2013 Aug;98(2):536S-42S.
11. Quigley M A, Hockley C, Carson C, Kelly Y, Renfrew M J, Sacker A. *Breastfeeding is Associated with Improved Child Cognitive Development; A Population-Based Cohort Study*. The Journal of Pediatrics 2012;160(1);25-32.
12. Kramer MS, Kakuma R. *Optimal duration of exclusive breastfeeding* Published Online: 15 AUG 2012 Assessed as up-to-date: 17 JUN 2011 DOI: 10.1002/14651858.CD003517.pub2 Editorial Group: Cochrane Pregnancy and Childbirth Group.
13. Eriksen HL, Kesmodel U, Underbjerg M, Kilburn TR, Bertrand J, Mortensen EL. *Predictors of Intelligence at the Age of 5: Family, Pregnancy and Birth Characteristics, Postnatal Influences, and Postnatal Growth* LoS One. 2013; 8(11): e79200. Published online 2013 November 13. doi:[10.1371/journal.pone.0079200](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0079200) PMID: PMC3827334.
14. Holme A, MacArthur C, Lancashire R. *The effects of breastfeeding on cognitive and neurological development of children 9 years*. Child Care Health Dev 2010 jul;36(4):583-90.

15. Badina L, Barbie E, Berti I, Radillo O, Matarazzo L, Ventura A et al. *The dietary paradox in food allergies: yesterday's mistakes, today's evidence and lessons for tomorrow*. *Curr Pharm Des*. 2012;18(35):5782-7.
16. Jansen J, de Weerth C, Riksen-Walraven M. *Breastfeeding and the mother-infant relationship - A review*. *Developmental Review*. Volume 28, Issue 4, December 2008 Pages 503-521.
17. Tharner A, Luijk MP, Raat H, Ijzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Moll HA et al. *Breastfeeding and its relation to maternal sensitivity and infant attachment*. *J Dev Behav Pediatr*. 2012 Jun;33(5):396-404.
18. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, Trikalinos T, Lau J. *Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries* Rep Technol Assess (Full Rep). 2007 Apr;(153):1-186.
19. Sibolboro Mezzacappa E, Endicott J. *Parity mediates the association between infant feeding method and maternal depressive symptoms in the postpartum*. *Arch Womens Mental Health*. 2007;10(6):259-266.
20. Bengtsson Levin M. Barnhälsans historia i Sundin J. Svenska folkets hälsa i historiskt perspektiv. Statens folkhälsoinstitut R 2005:8.
21. Zetterström R. *Breastfeeding and infant-mother interaction*. *Acta Paediatr Suppl*. 1999 Aug;88(430):1-6.
22. WHO. *Protecting, promoting and Supporting Breastfeeding: The Special Role of Maternity Services*, a joint WHOP /CUNIEF statement published by the World Health Organization.
23. http://www.forsakringskassan.se/privatpers/foralder/barnet_fott/foraldrapenning.
24. SFR 2012:9. Föräldrappening – Analys av användandet 1974-2011.
25. <http://www.regeringen.se/sb/d/12583/a/156481>.
26. Forde KA, Miller LJ. *2006-07 north metropolitan Perth Breastfeeding cohort study: how long are mothers breastfeeding?* *Breastfeed Rev*. 2010;18(2):14-24.
27. Wallby T, Hjern A. *Region of birth, income and breastfeeding in a Swedish county*. *Acta Paediatr*. 2009;98(11):1799-1884.
28. Dubois L, Girard M. *Social determinants of initiation, duration and exclusivity of breastfeeding at the population level: the results of the Longitudinal Study of Child Development in Quebec (ELDEQ 1998-2002)*. *Can J Public Health*. 2003 Jul-Aug;94(4):300-5.
29. Bonet M, Marchand L, Kaminski M, Fohran A, Betoko A, Charles MA et al. *Breastfeeding duration, social and occupational characteristics of mothers in the French 'EDEN Mother-Child' cohort*. *Matern Child Health J*. DOI 10.1007/s10995-012-1053-4.
30. Mangrio E, Hansen K, Lindström M, Köhler M, Rosvall M. *Maternal educational level, parental preventive behavior, risk behavior, social support and medical care consumption in 8-month-old children in Malmö, Sweden*. *BMC Public Health* 2011, 11:891. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/891>
31. Apostolakis-Kyrus K, Valentine C, Defranco E. *Factors associated with breastfeeding initiation in adolescent mothers*. *J Pediatr* 2013 Nov;163(5):1489-94.
32. Uzun AK, Orhon FS, Baskan S, Ulukol B. *A comparison between adolescent mothers and adult mothers in terms of maternal and infant outcomes at follow-ups*. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2013 Mar;26(5):454-8.
33. Brown A, Raynor P, Lee M. *Young mothers who choose to breast feed: the importance of being part of a supportive breast-feeding community*. *Midwifery*. 2011 Feb;27(1):53-9.
34. Kim E, Hoetmer SE, Li Y, Vandenberg JE. *Relationship between intention to supplement with infant formula and breastfeeding duration*. *Can J Public Health* 2013 Sep 12;104(5):e388-93.

35. Kiernan K, Pickett KE. *Marital status disparities in maternal smoking during pregnancy, breastfeeding and maternal depression*. Soc Sci Med. 2006 Jul;63(2):335-46.
36. Bertino E, Varalda A, Magnetti F, Di Nicola P, Cester E, Occhi L et al. *Is breastfeeding duration influenced by maternal attitude and knowledge? A longitudinal study during the first year of life*. J MaternFetal Neonatal Med. 2012 Oct;25Suppl 3:32-6.
37. Matijasevich A, Brion MJ, Menezes AM, Barros AJ, Santos IS, Barros FC. *Maternal smoking during pregnancy and offspring growth in childhood: 1993 and 2004 Pelotas cohort studies*. Arch Dis Child. 2011 Jun;96(6):519-25.
38. Raghavan V, Bharti B, Kumar P, Mukhopadhyay K, Dhaliwal L. *First Hour Initiation of Breastfeeding and Exclusive Breastfeeding at Six Weeks: Prevalence and Predictors in a Tertiary Care Setting*. Indian J Pediatr. 2013 Aug;81(8):743-50.
39. Lande B, Andersen LF, Baerug A, Trygg KU, Lund-Larsen K, Veierød MB et al. *Infant feeding practices and associated factors in the first six months of life: the Norwegian infant nutrition survey*. Acta Paediatr. 2003;92(2):152-61.
40. OvesSuárez B, Escartín Madurga L, Samper Villagrasa MP, Cuadrón Andrés L, Alvarez Sauras ML, LasarteVelillas JJ et al. *Immigration and factors associated with breastfeeding. CALINA study*. An Pediatr (Barc).2014 Jul;81(1):32-8.
41. Lawton R, Ashley L, Dawson S, Waiblinger D, Conner M. *Employing an extended Theory of Planned Behaviour to predict breastfeeding intention, initiation, and maintenance in White British and South-Asians mothers living in Bradford*. Br J Health Psychol (2012),nov; 17(4):854– 71.
42. Bartick M and Reyes C. *Las Dos Cosas: An Analysis of Attitudes of Latina Women on Non-Exclusive Breastfeeding*. Breastfeed Med 2012 Feb;7(1):19-21.
43. Dozier AM, Nelson A, Brownell E. *The relationship between Life Stress and Breastfeeding Outcomes among Low Income Mothers*. Adv Prev Med. 2012;902487. Doi: 10. 1155/2012/902487. Epub 2012 Dec 31.
44. Cambonie G, Rey V, Sabarros S, Baum TP, Fournier-Favre S, Mazurier E et al. *Early postpartum discharge and breastfeeding: an observational study from France*. Pediatr Int. 2010 Apr;52(2):180-6.
45. Sheehan D, Watt S, Kreuger P, Sword W. *The Impact of a New Universal Postpartum Program on Breastfeeding Outcomes*. J Hum Lact. 2006;22(4):398-408.
46. Henderson J, Redshaw M. *Midwifery factors associated with successful breastfeeding*. Child Care Health Dev. 2011 Sep;37(5):744-53.
47. Walburg V, Goehlich M, Conquet M, Callahan S, Schölmerich A, Chabrol H. *Breast feeding initiation and duration: comparison of French and German mothers*. Midwifery. 2010 Feb;26(1):109-15.
48. Wilkins C, Ryan K, Green J, Thomas P. *Infant Feeding Attitudes of Women in the United Kingdom during Pregnancy and after Birth*. J Hum Lact November 2012; 28(4):547–555.
49. Mitchell-Box K, Braun K. *Fathers' thoughts on breastfeeding and implications for a theory-based intervention*. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2012 Nov-Dec;41(6):E41-50.
50. Heck KE, Schoendorf KC, Chávez GF, Braveman P. *Does postpartum length of stay affect breastfeeding duration? A population-based study*. Birth. 2003 Sep;30(3):153-9.
51. Waldenström U, Aarts C. *Duration of breastfeeding and breastfeeding problems in relation to length of postpartum stay: a longitudinal cohort study of a national Swedish sample*. Acta Paediatr. 2004 May;93(5):669-76.

52. Carty EM, Bradley CF. *A randomized, controlled evaluation of early postpartum hospital discharge*. Birth. 1990 Dec;17(4):199-204.
53. Poets CF, Harms K. *Early post-partum discharge of mother and child: a literature review*, Z Arztl Fortbild Qualitatssich. 2002 Dec;96(10):671-5.
54. Darj E, Stålnacke B. *Very early discharge from hospital after normal deliveries*. Ups J Med Sci. 2000;105(1):57-66.
55. Almqvist-Tangen G, Bergman S, Dahlgren J, Roswall J, Alm B. *Factors associated with discontinuation of breastfeeding before 1 month of age*. Acta Paediatr. 2012 Jan;101(1):55-60.
56. Palmér L, Carlsson G, Mollberg M, Nyström M. *Severe breastfeeding difficulties: Existential loss as a mother-Women's lived experiences of initiating breastfeeding under severe difficulties*. Int J Qual Stud Health Well-being. 2012; 7: 10.3402/qhw.v7i0.10846.
57. Haga S, Ulleberg P, Slinning K, Kraft P, Steen T, Staff A, *A longitudinal study of postpartum depressive symptoms: multilevel growth curve analyses of emotion regulation strategies, breastfeeding self-efficacy, and social support*. Arch Womens Ment Health 2012 Jun;15(3):175-84.
58. Ahluwalia IB, Li R, Morrow B. *Breastfeeding Practices: Does Method of Delivery Matter?* Matern Child Health J. 2012 Dec;16 Suppl 2:231-7.
59. Kronborg H, Vaeth M, Kristensen I. *The Effect of early postpartum Home Visits by Health Visitors; A Natural Experiment*. Public Health Nursing;29(4):289-301.
60. Kemp L, Harris E, McMahon C, Matthey S, Vimpani G, Anderson T et al. *Child and family outcomes of a long-term nurse home visitation programme: a randomised controlled trial*. Arch Dis Child. 2011;96:533-540.
61. Holmes AV, McLeod AY, Thesing C, Kramer S, and Howard CR. *Physician breastfeeding education leads to practice changes and improved clinical outcomes*. Breastfeeding Medicine 2012 Dec;7(6):403-8.
62. Radaell G, Riva E, Verduci E, Agosti M, Giovannini M. *Attitudes and practices of family paediatricians in Italy regarding infant feeding*. Acta Paediatr. 2012 Oct; 101(10):1063-8.
63. Hedges S, Simmes D, Marinez AM, Linder C, Brown S. *A home visitation program welcomes home first-time moms and their infants*. Home healthcare Nurse;23(5):286-9.
64. Bartington S, Griffiths LJ, Tate AR, Dezateux C; Millennium Cohort Study Health Group. *Are breastfeeding rates higher among mothers delivering in Baby Friendly accredited maternity units in the UK?* Int J Epidemiol. 2006 Oct;35(5):1178-86.
65. Stuebe AM, Bonuck K. *What predicts intent to breastfeed exclusively? Breastfeeding knowledge, attitudes, and beliefs in diverse urban population*. Breastfeed Med 2011 Dec;6(6):413-20.
66. WHO, UNICEF: *Global Strategy for Infant Feeding & Young Child Feeding*. World Health Organization, Geneva; 2003.
67. Forsyth JS. *Policy and pragmatism in breastfeeding*. Arch Dis Child October 2011;96(10):909-10.
68. Kramer MS, Matush L, Bogdanovich N, Aboud F, Mazer B, Fombonne E et al *Health and development outcomes in 6.5-y-old children breastfed exclusively for 3 or 6 mo*. Am J Clin Nutr. 2009 Oct;90(4):1070-4.
69. Fewtrell M, Wilson D C, Booth I, Lucas A. *Six months of exclusive breast feeding: how good is the evidence?* BMJ 2011;342:c5955.
70. Socialstyrelsen. Sveriges Officiella statistik. Hälsa- och sjukvård. *Amning och föräldrars rökvanor. Barn födda 2010*. Publiceringsår 2012.

71. Hörnell A, Hernell O, Silfverdal SA. *Amning och tillvänjning till fast föda för friska fullgångna barn. En kunskapsöversikt från Barnläkarföreningen och livsmedelsverket*. Läkartidningen 2013;110(8):405-9.
72. Socialstyrelsen. Sveriges Officiella statistik. Hälso- och sjukvård. *Amning och föräldrars rökvanor. Barn födda 2012*. Publiceringsår 2014.
73. Magnusson, M., Wallby T, Lucas S, *Barnhälsovården i Uppsala län - Årsrapport 2011*. 2012, Barnhälsovårdens länsavdelning: Uppsala.
74. Magnusson, M., Wallby T, Lucas S, *Barnhälsovården i Uppsala län - Årsrapport 2012*. 2013, Barnhälsovårdens länsavdelning: Uppsala.
75. Ekholm, L. and M. Lindh, *Barnhälsovården, Statistik 2012, med barnhälsoindex*. 2013, Barnhälsovårdens länsenhet: Örebro.
76. Wallby, T., et al., *Basta - Validitet i ett regionalt barnhälsovårdregister*. 2011, Barnhälsovården i Uppsala län: Uppsala.
77. Socialstyrelsen, *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn. Medicinska födelseregistret 1973–2009. Assisterad befruktning 1991–2008*, S.o. statistik, Editor. 2011, Socialstyrelsen: Stockholm.
78. Socialstyrelsen, *Utvärdering av det svenska Medicinska födelseregistret*, in *Forskningsrapport från EpC*, B. Källén, Editor. 2002, Epidemiologiskt Centrum: Stockholm.
79. Statistiska Centralbyrån. *Registret över totalbefolkningen (RTB)*. http://www.scb.se/Pages/List_257499.aspx. 2009 [cited 2012 2012 01 20].
80. Statistiska Centralbyrån, *SCB-data för forskning 2011*. p. 7. 2011: Örebro.
81. Statistiska Centralbyrån. *Inkomster och skatter 2010, preliminär*. http://www.scb.se/Statistik/HE/HE0110/_dokument/HE0110_BS_2010_Prel.pdf. 2011 [cited 2012 2012 01 20].
82. Statistiska Centralbyrån, *SCB-data för forskning 2011*. p. 12. 2011: Örebro.
83. Statistiska Centralbyrån, *Hushållens ekonomiska standard 2012*, in *Hushållens ekonomiska standard*, S. Centralbyrån, Editor. 2012: Stockholm - Örebro.
84. Statistiska Centralbyrån. *Registret över befolkningens utbildning*. http://www.scb.se/Pages/List___257696.aspx. 2009 [cited 2012 2012 01 20].
85. Statistiska Centralbyrån, *SCB-data för forskning 2011*. p. 35. 2011: Örebro.
86. Statistiska Centralbyrån, *Flergenerationsregistret 2010. En beskrivning av innehåll och kvalitet. Befolknings- och välfärdsstatistik 2011:1*, in *Befolknings- och välfärdsstatistik 2011:1*. 2011: Örebro.
87. SPSS Inc. *PASW Statistics 18*. 2011 [2011-05-30]; Available from: <http://www.spss.com/se/>.
88. BHVQ Nationellt kvalitetsregister för barnhälsovård i Sverige. Variabeldefinitioner, beräkningar och utdata. Version 14.5 2014. www.bhvq.se.
89. Almqvist-Tangen G. Health, nutrition and growth in infancy [Avhandling]. Pediatriska institutionen, Sahlgrenska akademien, Göteborg. Göteborg 2014.
90. Larsson T. *Jag kanske inte trodde att det skulle vara en så stor grej som det faktiskt är, att man är väldigt bunden*. Läkarexamensuppsats, Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Uppsala universitet, 2012.
91. Wallby, T. and A. Hjern, *Parental region of birth, socio-economic status and infants' exposure to second-hand smoke*. *Acta Paediatr*, 2008. **97**(11): p. 1542-5.
92. www.unicef.org/nutrition/index_24807.html
93. Bradley, R.H. and R.F. Corwyn, *Socioeconomic status and child development*. *Annu Rev Psychol.*, 2002. **53**: p. 371-99.
94. Braveman P, Cubbin C, Marchi K, Egerter S, Chavez G, *Measuring Socioeconomic Status/Position in Studies of Racial/Ethnic Disparities: Maternal and Infant Health*. *Public Health Reports*, 2001. **116**: p. 449-63.
95. Braveman, P.A., et al., *Socioeconomic status in health research: one size does not fit all*. *JAMA*. 2005. 294(22): p. 2879-88.

96. Statistiska Centralbyrån, *Evalvering av utbildningsregistret. 2006:4*, in *Befolknings- och välfärdsstatistik. 2006*.
97. Statistiska centralbyrån, S. http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/.2014 [cited 2014 2014 04 09].

Tabellbilaga

Innehållsförteckning – Tabellbilaga

Tabell nummer:

1. Studiepopulationen fördelad på barnets kön, Uppsala och Örebro län 1987–2011
2. Studiepopulationen fördelad på län, Uppsala och Örebro län 1987–2011
3. Studiepopulationen fördelad på moderns tobaksrökning, Uppsala och Örebro län 1987–2011
4. Studiepopulationen fördelad på amning av barn vid 1 veckas ålder, Uppsala och Örebro län 1987–2011
5. Studiepopulationen fördelad på amning av barn vid 2 månaders ålder, Uppsala och Örebro län 1987–2011
6. Studiepopulationen fördelad på amning av barn vid 4 månaders ålder, Uppsala och Örebro län 1987–2011
7. Studiepopulationen fördelad på amning av barn vid 6 månaders ålder, Uppsala och Örebro län 1987–2011
8. Studiepopulationen fördelad på amning av barn vid 9 månaders ålder, Uppsala och Örebro län 1987–2011
9. Studiepopulationen fördelad på amning av barn vid 12 månaders ålder, Uppsala och Örebro län 1987–2011
10. Studiepopulationen fördelad på familjetyp, moder (sammanboende, ensamboende), Uppsala och Örebro län 1987–2011
11. Studiepopulationen fördelad på moderns utbildningsnivå (kort, medel, lång), Uppsala och Örebro län 1987–2011
12. Studiepopulationen fördelad på börd (enkelbörd, flerbörd), Uppsala och Örebro län 1987–2011
13. Studiepopulationen fördelad på moderns ålder (åldersgrupper), Uppsala och Örebro län 1987–2011
14. Studiepopulationen fördelad på graviditetstid vid förlossningen (<37; ≥37 fullgångna graviditetsveckor), Uppsala och Örebro län 1987–2011
15. Studiepopulationen fördelad på kejsarsnitt (Ja/Nej), Uppsala och Örebro län 1987–2011
16. Studiepopulationen fördelad på paritet (Första barnet=förstföderskor/Efterföljande barn=omföderskor), Uppsala och Örebro län 1987–2011
17. Studiepopulationen fördelad på moderns födelse land/region, Uppsala och Örebro län 1987–2011
18. Studiepopulationen fördelad på familjens disponibla inkomst (kvartil 1–4), Uppsala och Örebro län 1987–2011

Tabellbilaga

**Tabell 1. Studiepopulationen fördelad på barnets kön
Uppsala och Örebro län 1987–2011**

Redovisningsår	Pojke		Flicka		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
1987	1579	50,3%	1562	49,7%	3141	100,0%
1988	1679	51,5%	1579	48,5%	3258	100,0%
1989	3479	51,2%	3317	48,8%	6796	100,0%
1990	1864	51,1%	1785	48,9%	3649	100,0%
1991	4422	51,8%	4107	48,2%	8529	100,0%
1992	4208	50,2%	4169	49,8%	8377	100,0%
1993	4114	50,9%	3962	49,1%	8076	100,0%
1994	4113	51,7%	3844	48,3%	7957	100,0%
1995	3689	50,7%	3582	49,3%	7271	100,0%
1996	3506	51,8%	3257	48,2%	6763	100,0%
1997	3335	51,5%	3141	48,5%	6476	100,0%
1998	3178	51,6%	2984	48,4%	6162	100,0%
1999	3139	51,3%	2981	48,7%	6120	100,0%
2000	3065	51,5%	2891	48,5%	5956	100,0%
2001	3236	52,4%	2943	47,6%	6179	100,0%
2002	3251	51,7%	3042	48,3%	6293	100,0%
2003	3310	51,1%	3168	48,9%	6478	100,0%
2004	3383	50,6%	3298	49,4%	6681	100,0%
2005	3521	51,2%	3359	48,8%	6880	100,0%
2006	3450	51,0%	3316	49,0%	6766	100,0%
2007	3705	51,8%	3451	48,2%	7156	100,0%
2008	3877	52,6%	3500	47,4%	7377	100,0%
2009	4042	52,2%	3707	47,8%	7749	100,0%
2010	3864	50,7%	3750	49,3%	7614	100,0%
2011	4089	51,9%	3784	48,1%	7873	100,0%
Totalt	85098	51,4%	80479	48,6%	165577	100,0%

**Tabell 2. Studiepopulationen fördelad på län
Uppsala och Örebro län 1987–2011**

Redovisningsår	Uppsala		Örebro		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
1987	3141	100,0%	0		3141	100,0%
1988	3258	100,0%	0		3258	100,0%
1989	3398	50,0%	3398	50,0%	6796	100,0%
1990	3649	100,0%	0		3649	100,0%
1991	3897	45,7%	4632	54,3%	8529	100,0%
1992	3856	46,0%	4521	54,0%	8377	100,0%
1993	3769	46,7%	4307	53,3%	8076	100,0%
1994	3761	47,3%	4196	52,7%	7957	100,0%
1995	3904	53,7%	3367	46,3%	7271	100,0%
1996	3592	53,1%	3171	46,9%	6763	100,0%
1997	3431	53,0%	3045	47,0%	6476	100,0%
1998	3298	53,5%	2864	46,5%	6162	100,0%
1999	3288	53,7%	2832	46,3%	6120	100,0%
2000	3119	52,4%	2837	47,6%	5956	100,0%
2001	3263	52,8%	2916	47,2%	6179	100,0%
2002	3435	54,6%	2858	45,4%	6293	100,0%
2003	3540	54,6%	2938	45,4%	6478	100,0%
2004	3699	55,4%	2982	44,6%	6681	100,0%
2005	3898	56,7%	2982	43,3%	6880	100,0%
2006	3769	55,7%	2997	44,3%	6766	100,0%
2007	4092	57,2%	3064	42,8%	7156	100,0%
2008	4146	56,2%	3231	43,8%	7377	100,0%
2009	4427	57,1%	3322	42,9%	7749	100,0%
2010	4305	56,5%	3309	43,5%	7614	100,0%
2011	4486	57,0%	3387	43,0%	7873	100,0%
Totalt	92421	55,8%	73156	44,2%	165577	100,0%

**Tabell 3. Studiepopulationen fördelad på moderns tobaksrökning
Uppsala och Örebro län 1987–2011**

Redovisningsår	Röker ej		Röker		Uppgift saknas		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
1997	3518	54,3%	404	6,2%	2554	39,4%	6476	100,0%
1998	4891	79,4%	451	7,3%	820	13,3%	6162	100,0%
1999	4973	81,3%	386	6,3%	761	12,4%	6120	100,0%
2000	4865	81,7%	437	7,3%	654	11,0%	5956	100,0%
2001	5173	83,7%	491	7,9%	515	8,3%	6179	100,0%
2002	5342	84,9%	438	7,0%	513	8,2%	6293	100,0%
2003	5567	85,9%	459	7,1%	452	7,0%	6478	100,0%
2004	5851	87,6%	387	5,8%	443	6,6%	6681	100,0%
2005	5987	87,0%	411	6,0%	482	7,0%	6880	100,0%
2006	5968	88,2%	322	4,8%	476	7,0%	6766	100,0%
2007	6290	87,9%	367	5,1%	499	7,0%	7156	100,0%
2008	6581	89,2%	371	5,0%	425	5,8%	7377	100,0%
2009	6933	89,5%	389	5,0%	427	5,5%	7749	100,0%
2010	6864	90,1%	394	5,2%	356	4,7%	7614	100,0%
2011	7175	91,1%	367	4,7%	331	4,2%	7873	100,0%
Totalt	85978	51,9%	6074	3,7%	73525	44,4%	165577	100,0%

**Tabell 4. Studiepopulationen fördelad på amning av barn vid 1 veckas ålder
Uppsala och Örebro län 1987–2011**

Redovisningsår	Ammas enbart		Ammas delvis		Ej ammat/slutat		Uppgift saknas		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
1987	2747	87,5%	174	5,5%	81	2,6%	139	4,4%	3141	100,0%
1988	2895	88,9%	174	5,3%	82	2,5%	107	3,3%	3258	100,0%
1989	6001	88,3%	416	6,1%	182	2,7%	197	2,9%	6796	100,0%
1990	3243	88,9%	187	5,1%	86	2,4%	133	3,6%	3649	100,0%
1991	6602	77,4%	514	6,0%	193	2,3%	1220	14,3%	8529	100,0%
1992	6674	79,7%	509	6,1%	163	1,9%	1031	12,3%	8377	100,0%
1993	6626	82,0%	437	5,4%	158	2,0%	855	10,6%	8076	100,0%
1994	6570	82,6%	400	5,0%	142	1,8%	845	10,6%	7957	100,0%
1995	6369	87,6%	266	3,7%	141	1,9%	495	6,8%	7271	100,0%
1996	5986	88,5%	232	3,4%	105	1,6%	440	6,5%	6763	100,0%
1997	5410	83,5%	270	4,2%	98	1,5%	698	10,8%	6476	100,0%
1998	5261	85,4%	252	4,1%	109	1,8%	540	8,8%	6162	100,0%
1999	5151	84,2%	237	3,9%	94	1,5%	638	10,4%	6120	100,0%
2000	5021	84,3%	288	4,8%	97	1,6%	550	9,2%	5956	100,0%
2001	5252	85,0%	298	4,8%	120	1,9%	509	8,2%	6179	100,0%
2002	5328	84,7%	336	5,3%	112	1,8%	517	8,2%	6293	100,0%
2003	5568	86,0%	303	4,7%	113	1,7%	494	7,6%	6478	100,0%
2004	5670	84,9%	403	6,0%	118	1,8%	490	7,3%	6681	100,0%
2005	5772	83,9%	447	6,5%	110	1,6%	551	8,0%	6880	100,0%
2006	5625	83,1%	409	6,0%	133	2,0%	599	8,9%	6766	100,0%
2007	5862	81,9%	486	6,8%	142	2,0%	666	9,3%	7156	100,0%
2008	6199	84,0%	605	8,2%	148	2,0%	425	5,8%	7377	100,0%
2009	6495	83,8%	647	8,3%	160	2,1%	447	5,8%	7749	100,0%
2010	6440	84,6%	630	8,3%	178	2,3%	366	4,8%	7614	100,0%
2011	6593	83,7%	703	8,9%	223	2,8%	354	4,5%	7873	100,0%
Totalt	139360	84,2%	9623	5,8%	3288	2,0%	13306	8,0%	165577	100,0%

Tabell 5. Studiepopulationen fördelad på amning av barn vid 2 månaders ålder

Uppsala och Örebro län 1987–2011

Redovisningsår	Ammas enbart		Ammas delvis		Ej ammat/slutat		Uppgift saknas		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
1987	2246	71,5%	400	12,7%	344	11,0%	151	4,8%	3141	100,0%
1988	2302	70,7%	453	13,9%	390	12,0%	113	3,5%	3258	100,0%
1989	4550	67,0%	1041	15,3%	1011	14,9%	194	2,9%	6796	100,0%
1990	2608	71,5%	490	13,4%	411	11,3%	140	3,8%	3649	100,0%
1991	5090	59,7%	1155	13,5%	1038	12,2%	1246	14,6%	8529	100,0%
1992	5344	63,8%	1057	12,6%	955	11,4%	1021	12,2%	8377	100,0%
1993	5359	66,4%	977	12,1%	885	11,0%	855	10,6%	8076	100,0%
1994	5375	67,6%	962	12,1%	769	9,7%	851	10,7%	7957	100,0%
1995	5424	74,6%	741	10,2%	602	8,3%	504	6,9%	7271	100,0%
1996	5138	76,0%	682	10,1%	503	7,4%	440	6,5%	6763	100,0%
1997	4712	72,8%	641	9,9%	427	6,6%	696	10,7%	6476	100,0%
1998	4588	74,5%	591	9,6%	435	7,1%	548	8,9%	6162	100,0%
1999	4449	72,7%	609	10,0%	424	6,9%	638	10,4%	6120	100,0%
2000	4295	72,1%	642	10,8%	442	7,4%	577	9,7%	5956	100,0%
2001	4518	73,1%	660	10,7%	476	7,7%	525	8,5%	6179	100,0%
2002	4620	73,4%	649	10,3%	494	7,8%	530	8,4%	6293	100,0%
2003	4849	74,9%	633	9,8%	479	7,4%	517	8,0%	6478	100,0%
2004	4845	72,5%	836	12,5%	495	7,4%	505	7,6%	6681	100,0%
2005	4930	71,7%	803	11,7%	573	8,3%	574	8,3%	6880	100,0%
2006	4723	69,8%	801	11,8%	620	9,2%	622	9,2%	6766	100,0%
2007	4958	69,3%	885	12,4%	633	8,8%	680	9,5%	7156	100,0%
2008	5079	68,8%	1099	14,9%	752	10,2%	447	6,1%	7377	100,0%
2009	5258	67,9%	1215	15,7%	801	10,3%	475	6,1%	7749	100,0%
2010	5172	67,9%	1173	15,4%	879	11,5%	390	5,1%	7614	100,0%
2011	5185	65,9%	1394	17,7%	922	11,7%	372	4,7%	7873	100,0%
Totalt	115617	69,8%	20589	12,4%	15760	9,5%	13611	8,2%	165577	100,0%

Tabell 6. Studiepopulationen fördelad på amning av barn vid 4 månaders ålder

Uppsala och Örebro län 1987–2011

Redovisningsår	Ammas enbart		Ammas delvis		Ej ammat/slutat		Uppgift saknas		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
1987	1566	49,9%	535	17,0%	830	26,4%	210	6,7%	3141	100,0%
1988	1650	50,6%	524	16,1%	945	29,0%	139	4,3%	3258	100,0%
1989	3083	45,4%	1268	18,7%	2200	32,4%	245	3,6%	6796	100,0%
1990	1855	50,8%	639	17,5%	978	26,8%	177	4,9%	3649	100,0%
1991	3587	42,1%	1324	15,5%	2310	27,1%	1308	15,3%	8529	100,0%
1992	3881	46,3%	1320	15,8%	2101	25,1%	1075	12,8%	8377	100,0%
1993	4114	50,9%	1140	14,1%	1937	24,0%	885	11,0%	8076	100,0%
1994	4364	54,8%	1053	13,2%	1659	20,8%	881	11,1%	7957	100,0%
1995	4435	61,0%	1008	13,9%	1301	17,9%	527	7,2%	7271	100,0%
1996	4378	64,7%	786	11,6%	1143	16,9%	456	6,7%	6763	100,0%
1997	4019	62,1%	784	12,1%	961	14,8%	712	11,0%	6476	100,0%
1998	3915	63,5%	758	12,3%	904	14,7%	585	9,5%	6162	100,0%
1999	3707	60,6%	828	13,5%	917	15,0%	668	10,9%	6120	100,0%
2000	3485	58,5%	902	15,1%	940	15,8%	629	10,6%	5956	100,0%
2001	3639	58,9%	938	15,2%	1034	16,7%	568	9,2%	6179	100,0%
2002	3676	58,4%	1000	15,9%	1050	16,7%	567	9,0%	6293	100,0%
2003	3882	59,9%	1026	15,8%	1011	15,6%	559	8,6%	6478	100,0%
2004	4061	60,8%	981	14,7%	1065	15,9%	574	8,6%	6681	100,0%
2005	4181	60,8%	925	13,4%	1133	16,5%	641	9,3%	6880	100,0%
2006	3826	56,5%	1043	15,4%	1204	17,8%	693	10,2%	6766	100,0%
2007	3852	53,8%	1310	18,3%	1194	16,7%	800	11,2%	7156	100,0%
2008	4009	54,3%	1394	18,9%	1457	19,8%	517	7,0%	7377	100,0%
2009	4153	53,6%	1514	19,5%	1556	20,1%	526	6,8%	7749	100,0%
2010	4034	53,0%	1511	19,8%	1622	21,3%	447	5,9%	7614	100,0%
2011	4077	51,8%	1636	20,8%	1728	21,9%	432	5,5%	7873	100,0%
Totalt	91429	55,2%	26147	15,8%	33180	20,0%	14821	9,0%	165577	100,0%

**Tabell 7. Studiepopulationen fördelad på amning av barn vid 6 månaders ålder
Uppsala och Örebro län 1987–2011**

Redovisningsår	Ammas enbart		Ammas delvis		Ej ammat/slutat		Uppgift saknas		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
1987	714	22,7%	788	25,1%	1356	43,2%	283	9,0%	3141	100,0%
1988	745	22,9%	838	25,7%	1518	46,6%	157	4,8%	3258	100,0%
1989	1490	21,9%	1567	23,1%	3410	50,2%	329	4,8%	6796	100,0%
1990	751	20,6%	1027	28,1%	1653	45,3%	218	6,0%	3649	100,0%
1991	1807	21,2%	1750	20,5%	3569	41,8%	1403	16,4%	8529	100,0%
1992	2119	25,3%	1708	20,4%	3386	40,4%	1164	13,9%	8377	100,0%
1993	2405	29,8%	1720	21,3%	3021	37,4%	930	11,5%	8076	100,0%
1994	2684	33,7%	1729	21,7%	2629	33,0%	915	11,5%	7957	100,0%
1995	2732	37,6%	1737	23,9%	2235	30,7%	567	7,8%	7271	100,0%
1996	2834	41,9%	1604	23,7%	1827	27,0%	498	7,4%	6763	100,0%
1997	2427	37,5%	1668	25,8%	1624	25,1%	757	11,7%	6476	100,0%
1998	2266	36,8%	1739	28,2%	1513	24,6%	644	10,5%	6162	100,0%
1999	1894	30,9%	1992	32,5%	1521	24,9%	713	11,7%	6120	100,0%
2000	1633	27,4%	2047	34,4%	1584	26,6%	692	11,6%	5956	100,0%
2001	1665	26,9%	2211	35,8%	1688	27,3%	615	10,0%	6179	100,0%
2002	1643	26,1%	2320	36,9%	1722	27,4%	608	9,7%	6293	100,0%
2003	1631	25,2%	2579	39,8%	1658	25,6%	610	9,4%	6478	100,0%
2004	1797	26,9%	2546	38,1%	1689	25,3%	649	9,7%	6681	100,0%
2005	1762	25,6%	2671	38,8%	1742	25,3%	705	10,2%	6880	100,0%
2006	1209	17,9%	2954	43,7%	1856	27,4%	747	11,0%	6766	100,0%
2007	949	13,3%	3472	48,5%	1856	25,9%	879	12,3%	7156	100,0%
2008	1060	14,4%	3592	48,7%	2175	29,5%	550	7,5%	7377	100,0%
2009	1085	14,0%	3742	48,3%	2321	30,0%	601	7,8%	7749	100,0%
2010	1059	13,9%	3698	48,6%	2356	30,9%	501	6,6%	7614	100,0%
2011	1106	14,0%	3727	47,3%	2550	32,4%	490	6,2%	7873	100,0%
Totalt	41467	25,0%	55426	33,5%	52459	31,7%	16225	9,8%	165577	100,0%

**Tabell 8. Studiepopulationen fördelad på amning av barn vid 9 månaders ålder
Uppsala och Örebro län 1987–2011**

Redovisningsår	Ammas enbart		Ammas delvis		Ej ammat/slutat		Uppgift saknas		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
1987	61	1,9%	391	12,4%	2275	72,4%	414	13,2%	3141	100,0%
1988	60	1,8%	427	13,1%	2578	79,1%	193	5,9%	3258	100,0%
1989	48	0,7%	416	6,1%	2704	39,8%	3628	53,4%	6796	100,0%
1990	51	1,4%	440	12,1%	2855	78,2%	303	8,3%	3649	100,0%
1991	46	0,5%	498	5,8%	2787	32,7%	5198	60,9%	8529	100,0%
1992	65	0,8%	643	7,7%	2891	34,5%	4778	57,0%	8377	100,0%
1993	68	0,8%	791	9,8%	2779	34,4%	4438	55,0%	8076	100,0%
1994	81	1,0%	932	11,7%	2635	33,1%	4309	54,2%	7957	100,0%
1995	94	1,3%	1092	15,0%	2580	35,5%	3505	48,2%	7271	100,0%
1996	89	1,3%	1170	17,3%	2209	32,7%	3295	48,7%	6763	100,0%
1997	660	10,2%	1578	24,4%	3365	52,0%	873	13,5%	6476	100,0%
1998	623	10,1%	1750	28,4%	3019	49,0%	770	12,5%	6162	100,0%
1999	407	6,7%	1699	27,8%	3192	52,2%	822	13,4%	6120	100,0%
2000	327	5,5%	1660	27,9%	3159	53,0%	810	13,6%	5956	100,0%
2001	306	5,0%	1763	28,5%	3383	54,7%	727	11,8%	6179	100,0%
2002	237	3,8%	1744	27,7%	3603	57,3%	709	11,3%	6293	100,0%
2003	213	3,3%	1886	29,1%	3681	56,8%	698	10,8%	6478	100,0%
2004	163	2,4%	2083	31,2%	3688	55,2%	747	11,2%	6681	100,0%
2005	118	1,7%	2150	31,3%	3797	55,2%	815	11,8%	6880	100,0%
2006	55	0,8%	2070	30,6%	3747	55,4%	894	13,2%	6766	100,0%
2007	37	0,5%	2165	30,3%	3912	54,7%	1042	14,6%	7156	100,0%
2008	43	0,6%	2360	32,0%	4340	58,8%	634	8,6%	7377	100,0%
2009	47	0,6%	2448	31,6%	4549	58,7%	705	9,1%	7749	100,0%
2010	50	0,7%	2453	32,2%	4522	59,4%	589	7,7%	7614	100,0%
2011	43	0,5%	2443	31,0%	4796	60,9%	591	7,5%	7873	100,0%
Totalt	3992	2,4%	37052	22,4%	83046	50,2%	41487	25,1%	165577	100,0%

**Tabell 9. Studiepopulationen fördelad på amning av barn vid 12 månaders ålder
Uppsala och Örebro län 1987–2011**

Redovisningsår	Ammas enbart		Ammas delvis		Ej ammat/slutat		Uppgift saknas		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
1996	2	0,0%	0,00%	0,0%	2	0,0%	6759	99,9%	6763	100,0%
1997	240	3,7%	686	10,6%	4524	69,9%	1026	15,8%	6476	100,0%
1998	266	4,3%	742	12,0%	4170	67,7%	984	16,0%	6162	100,0%
1999	167	2,7%	728	11,9%	4192	68,5%	1033	16,9%	6120	100,0%
2000	111	1,9%	664	11,1%	4143	69,6%	1038	17,4%	5956	100,0%
2001	101	1,6%	768	12,4%	4417	71,5%	893	14,5%	6179	100,0%
2002	91	1,4%	897	14,3%	4481	71,2%	824	13,1%	6293	100,0%
2003	63	1,0%	941	14,5%	4637	71,6%	837	12,9%	6478	100,0%
2004	38	0,6%	1055	15,8%	4643	69,5%	945	14,1%	6681	100,0%
2005	34	0,5%	1089	15,8%	4731	68,8%	1026	14,9%	6880	100,0%
2006	21	0,3%	1018	15,0%	4619	68,3%	1108	16,4%	6766	100,0%
2007	15	0,2%	998	13,9%	4810	67,2%	1333	18,6%	7156	100,0%
2008	12	0,2%	1227	16,6%	5392	73,1%	746	10,1%	7377	100,0%
2009	18	0,2%	1243	16,0%	5623	72,6%	865	11,2%	7749	100,0%
2010	12	0,2%	1264	16,6%	5606	73,6%	732	9,6%	7614	100,0%
2011	13	0,2%	1255	15,9%	5858	74,4%	747	9,5%	7873	100,0%
Totalt	1204	0,7%	14575	8,8%	71848	43,4%	20896	47,1%	108523	100,0%

**Tabell 10. Studiepopulationen fördelad på familjetyp, moder
(sammanboende, ensamboende), Uppsala och Örebro län 1987–2011**

Redovisningsår	Sammanboende		Ensamboende		Uppgift saknas		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
1987	2852	90,8%	125	4,0%	164	5,2%	3141	100,0%
1988	2974	91,3%	131	4,0%	153	4,7%	3258	100,0%
1989	6058	89,1%	282	4,1%	456	6,7%	6796	100,0%
1990	3297	90,4%	166	4,5%	186	5,1%	3649	100,0%
1991	7186	84,3%	413	4,8%	930	10,9%	8529	100,0%
1992	6077	72,5%	347	4,1%	1953	23,3%	8377	100,0%
1993	6496	80,4%	342	4,2%	1238	15,3%	8076	100,0%
1994	6569	82,6%	355	4,5%	1033	13,0%	7957	100,0%
1995	6123	84,2%	331	4,6%	817	11,2%	7271	100,0%
1996	5764	85,2%	283	4,2%	716	10,6%	6763	100,0%
1997	5421	83,7%	238	3,7%	817	12,6%	6476	100,0%
1998	5141	83,4%	256	4,2%	765	12,4%	6162	100,0%
1999	5636	92,1%	342	5,6%	142	2,3%	6120	100,0%
2000	5500	92,3%	333	5,6%	123	2,1%	5956	100,0%
2001	5669	91,7%	350	5,7%	160	2,6%	6179	100,0%
2002	5758	91,5%	389	6,2%	146	2,3%	6293	100,0%
2003	5946	91,8%	369	5,7%	163	2,5%	6478	100,0%
2004	6105	91,4%	399	6,0%	177	2,6%	6681	100,0%
2005	6307	91,7%	400	5,8%	173	2,5%	6880	100,0%
2006	6168	91,2%	424	6,3%	174	2,6%	6766	100,0%
2007	6567	91,8%	437	6,1%	152	2,1%	7156	100,0%
2008	6792	92,1%	477	6,5%	108	1,5%	7377	100,0%
2009	7171	92,5%	479	6,2%	99	1,3%	7749	100,0%
2010	7008	92,0%	511	6,7%	95	1,2%	7614	100,0%
2011	7311	92,9%	516	6,6%	46	0,6%	7873	100,0%
Totalt	145896	88,1%	8695	5,3%	10986	6,6%	165577	100,0%

**Tabell 11. Studiepopulationen fördelad på moderns utbildningsnivå
(kort, medel, lång), Uppsala och Örebro län 1987–2011**

Redovisningsår	Kort		Medel		Lång		Uppgift saknas		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
1987	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3141	100,0%	3141	100,0%
1988	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3258	100,0%	3258	100,0%
1989	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	6796	100,0%	6796	100,0%
1990	614	16,8%	2424	66,4%	575	15,8%	36	1,0%	3649	100,0%
1991	1512	17,7%	5584	65,5%	928	10,9%	505	5,9%	8529	100,0%
1992	1332	15,9%	5573	66,5%	883	10,5%	589	7,0%	8377	100,0%
1993	1238	15,3%	5366	66,4%	874	10,8%	598	7,4%	8076	100,0%
1994	1238	15,6%	5435	68,3%	901	11,3%	383	4,8%	7957	100,0%
1995	1029	14,2%	5088	70,0%	933	12,8%	221	3,0%	7271	100,0%
1996	924	13,7%	4750	70,2%	830	12,3%	259	3,8%	6763	100,0%
1997	890	13,7%	4459	68,9%	798	12,3%	329	5,1%	6476	100,0%
1998	861	14,0%	4148	67,3%	839	13,6%	314	5,1%	6162	100,0%
1999	813	13,3%	4056	66,3%	956	15,6%	295	4,8%	6120	100,0%
2000	746	12,5%	3845	64,6%	1120	18,8%	245	4,1%	5956	100,0%
2001	671	10,9%	3911	63,3%	1296	21,0%	301	4,9%	6179	100,0%
2002	707	11,2%	3803	60,4%	1491	23,7%	292	4,6%	6293	100,0%
2003	725	11,2%	3801	58,7%	1651	25,5%	301	4,6%	6478	100,0%
2004	689	10,3%	3794	56,8%	1865	27,9%	333	5,0%	6681	100,0%
2005	781	11,4%	3653	53,1%	2128	30,9%	318	4,6%	6880	100,0%
2006	673	9,9%	3520	52,0%	2225	32,9%	348	5,1%	6766	100,0%
2007	766	10,7%	3600	50,3%	2504	35,0%	286	4,0%	7156	100,0%
2008	794	10,8%	3645	49,4%	2688	36,4%	250	3,4%	7377	100,0%
2009	867	11,2%	3678	47,5%	2919	37,7%	285	3,7%	7749	100,0%
2010	842	11,1%	3559	46,7%	2950	38,7%	263	3,5%	7614	100,0%
2011	841	10,7%	3585	45,5%	3215	40,8%	232	2,9%	7873	100,0%
Totalt	19553	11,8%	91277	55,1%	34569	20,9%	20178	12,2%	165577	100,0%

**Tabell 12. Studiepopulationen fördelad på börd
(enkelbörd, flerbörd), Uppsala och Örebro län 1987–2011**

Redovisningsår	Enkelbörd		Flerbörd		Uppgift saknas		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
1987	2996	95,40%	52	1,70%	93	3,00%	3141	100,0%
1988	3135	96,20%	56	1,70%	67	2,10%	3258	100,0%
1989	6538	96,20%	131	1,90%	127	1,90%	6796	100,0%
1990	3526	96,60%	76	2,10%	47	1,30%	3649	100,0%
1991	7874	92,30%	184	2,20%	471	5,50%	8529	100,0%
1992	7675	91,60%	234	2,80%	468	5,60%	8377	100,0%
1993	7519	93,10%	220	2,70%	337	4,20%	8076	100,0%
1994	7444	93,60%	245	3,10%	268	3,40%	7957	100,0%
1995	6864	94,40%	207	2,80%	200	2,80%	7271	100,0%
1996	6368	94,20%	181	2,70%	214	3,20%	6763	100,0%
1997	5971	92,20%	220	3,40%	285	4,40%	6476	100,0%
1998	5686	92,30%	194	3,10%	282	4,60%	6162	100,0%
1999	5334	87,20%	182	3,00%	604	9,90%	6120	100,0%
2000	5432	91,20%	221	3,70%	303	5,10%	5956	100,0%
2001	5637	91,20%	218	3,50%	324	5,20%	6179	100,0%
2002	5807	92,30%	163	2,60%	323	5,10%	6293	100,0%
2003	5970	92,20%	156	2,40%	352	5,40%	6478	100,0%
2004	6128	91,70%	209	3,10%	344	5,10%	6681	100,0%
2005	6299	91,60%	203	3,00%	378	5,50%	6880	100,0%
2006	6246	92,30%	153	2,30%	367	5,40%	6766	100,0%
2007	6626	92,60%	189	2,60%	341	4,80%	7156	100,0%
2008	6872	93,20%	190	2,60%	315	4,30%	7377	100,0%
2009	7214	93,10%	216	2,80%	319	4,10%	7749	100,0%
2010	7131	93,70%	208	2,70%	275	3,60%	7614	100,0%
2011	7464	94,8%	194	2,5%	215	2,7%	7873	100,0%
Totalt	153756	92,9%	4502	2,7%	7319	4,4%	165577	100,0%

Tabell 13. Studiepopulationen fördelad på moderns ålder (åldersgrupper), Uppsala och Örebro län 1987–2011

Redovisningsår	<=24 år		25-34 år		>=35 år		Uppgifts saknas		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
1987	696	22,2%	1929	61,4%	423	13,5%	93	3,0%	3141	100,0%
1988	788	24,2%	1996	61,3%	407	12,5%	67	2,1%	3258	100,0%
1989	1855	27,3%	4047	59,5%	767	11,3%	127	1,9%	6796	100,0%
1990	867	23,8%	2217	60,8%	518	14,2%	47	1,3%	3649	100,0%
1991	2181	25,6%	4968	58,2%	909	10,7%	471	5,5%	8529	100,0%
1992	2023	24,1%	4992	59,6%	894	10,7%	468	5,6%	8377	100,0%
1993	1924	23,8%	4877	60,4%	938	11,6%	337	4,2%	8076	100,0%
1994	1834	23,0%	4925	61,9%	930	11,7%	268	3,4%	7957	100,0%
1995	1521	20,9%	4626	63,6%	924	12,7%	200	2,8%	7271	100,0%
1996	1366	20,2%	4329	64,0%	854	12,6%	214	3,2%	6763	100,0%
1997	1247	19,3%	4140	63,9%	804	12,4%	285	4,4%	6476	100,0%
1998	1135	18,4%	3944	64,0%	801	13,0%	282	4,6%	6162	100,0%
1999	923	15,1%	3803	62,1%	790	12,9%	604	9,9%	6120	100,0%
2000	992	16,7%	3819	64,1%	842	14,1%	303	5,1%	5956	100,0%
2001	907	14,7%	3972	64,3%	976	15,8%	324	5,2%	6179	100,0%
2002	937	14,9%	4022	63,9%	1011	16,1%	323	5,1%	6293	100,0%
2003	908	14,0%	4114	63,5%	1104	17,0%	352	5,4%	6478	100,0%
2004	905	13,5%	4311	64,5%	1121	16,8%	344	5,1%	6681	100,0%
2005	903	13,1%	4322	62,8%	1277	18,6%	378	5,5%	6880	100,0%
2006	860	12,7%	4311	63,7%	1228	18,1%	367	5,4%	6766	100,0%
2007	941	13,1%	4529	63,3%	1345	18,8%	341	4,8%	7156	100,0%
2008	1022	13,9%	4622	62,7%	1418	19,2%	315	4,3%	7377	100,0%
2009	1117	14,4%	4773	61,6%	1540	19,9%	319	4,1%	7749	100,0%
2010	1193	15,7%	4627	60,8%	1519	20,0%	275	3,6%	7614	100,0%
2011	1196	15,2%	4825	61,3%	1637	20,8%	215	2,7%	7873	100,0%
Total	30241	18,3%	103040	62,2%	24977	15,1%	7319	4,4%	165577	100,0%

Tabell 14. Studiepopulationen fördelad på graviditetens längd vid förlossningen (<37; ≥37 veckor), Uppsala och Örebro län 1987–2011

Redovisningsår	Född >= v 37		Född < v 37		Uppgift saknas		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
1987	2880	91,7%	168	5,3%	93	3,0%	3141	100,0%
1988	3003	92,2%	187	5,7%	68	2,1%	3258	100,0%
1989	6273	92,3%	386	5,7%	137	2,0%	6796	100,0%
1990	3374	92,5%	225	6,2%	50	1,4%	3649	100,0%
1991	7547	88,5%	497	5,8%	485	5,7%	8529	100,0%
1992	7420	88,6%	480	5,7%	477	5,7%	8377	100,0%
1993	7154	88,6%	571	7,1%	351	4,3%	8076	100,0%
1994	7148	89,8%	536	6,7%	273	3,4%	7957	100,0%
1995	6599	90,8%	469	6,5%	203	2,8%	7271	100,0%
1996	6113	90,4%	427	6,3%	223	3,3%	6763	100,0%
1997	5748	88,8%	435	6,7%	293	4,5%	6476	100,0%
1998	5534	89,8%	339	5,5%	289	4,7%	6162	100,0%
1999	5187	84,8%	321	5,2%	612	10,0%	6120	100,0%
2000	5279	88,6%	367	6,2%	310	5,2%	5956	100,0%
2001	5474	88,6%	372	6,0%	333	5,4%	6179	100,0%
2002	5601	89,0%	358	5,7%	334	5,3%	6293	100,0%
2003	5739	88,6%	381	5,9%	358	5,5%	6478	100,0%
2004	5939	88,9%	394	5,9%	348	5,2%	6681	100,0%
2005	6058	88,1%	433	6,3%	389	5,7%	6880	100,0%
2006	6006	88,8%	387	5,7%	373	5,5%	6766	100,0%
2007	6377	89,1%	431	6,0%	348	4,9%	7156	100,0%
2008	6584	89,3%	472	6,4%	321	4,4%	7377	100,0%
2009	6975	90,0%	438	5,7%	336	4,3%	7749	100,0%
2010	6869	90,2%	450	5,9%	295	3,9%	7614	100,0%
2011	7221	91,7%	436	5,5%	216	2,7%	7873	100,0%
Totalt	148102	89,4%	9960	6,0%	7515	4,5%	165577	100,0%

Tabell 15. Studiepopulationen fördelad på kejsarsnitt (Ja/Nej), Uppsala och Örebro län 1987–2011

Redovisningsår	Nej		Ja		Uppgift saknas		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
1987	2714	86,4%	334	10,6%	93	3,0%	3141	100,0%
1988	2830	86,9%	361	11,1%	67	2,1%	3258	100,0%
1989	6062	89,2%	607	8,9%	127	1,9%	6796	100,0%
1990	3217	88,2%	385	10,6%	47	1,3%	3649	100,0%
1991	7192	84,3%	866	10,2%	471	5,5%	8529	100,0%
1992	6984	83,4%	925	11,0%	468	5,6%	8377	100,0%
1993	6881	85,2%	858	10,6%	337	4,2%	8076	100,0%
1994	6748	84,8%	941	11,8%	268	3,4%	7957	100,0%
1995	6175	84,9%	896	12,3%	200	2,8%	7271	100,0%
1996	5777	85,4%	772	11,4%	214	3,2%	6763	100,0%
1997	5475	84,5%	716	11,1%	285	4,4%	6476	100,0%
1998	5121	83,1%	759	12,3%	282	4,6%	6162	100,0%
1999	4738	77,4%	778	12,7%	604	9,9%	6120	100,0%
2000	4817	80,9%	836	14,0%	303	5,1%	5956	100,0%
2001	4972	80,5%	880	14,2%	327	5,3%	6179	100,0%
2002	4985	79,2%	985	15,7%	323	5,1%	6293	100,0%
2003	5119	79,0%	1007	15,5%	352	5,4%	6478	100,0%
2004	5266	78,8%	1071	16,0%	344	5,1%	6681	100,0%
2005	5380	78,2%	1122	16,3%	378	5,5%	6880	100,0%
2006	5220	77,2%	1179	17,4%	367	5,4%	6766	100,0%
2007	5547	77,5%	1268	17,7%	341	4,8%	7156	100,0%
2008	5802	78,6%	1260	17,1%	315	4,3%	7377	100,0%
2009	6119	79,0%	1311	16,9%	319	4,1%	7749	100,0%
2010	6048	79,4%	1291	17,0%	275	3,6%	7614	100,0%
2011	6521	82,8%	1137	14,4%	215	2,7%	7873	100,0%
Totalt	135710	82,0%	22545	13,6%	7322	4,4%	165577	100,0%

Tabell 16. Studiepopulationen fördelad på paritet (Första barnet/Efterföljande barn), Uppsala och Örebro län 1987–2011

Redovisningsår	Flerbarn		Förstbarn		Uppgift saknas		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
1987	1853	59,0%	1195	38,0%	93	3,0%	3141	100,0%
1988	1863	57,2%	1328	40,8%	67	2,1%	3258	100,0%
1989	3965	58,3%	2704	39,8%	127	1,9%	6796	100,0%
1990	2102	57,6%	1500	41,1%	47	1,3%	3649	100,0%
1991	4811	56,4%	3247	38,1%	471	5,5%	8529	100,0%
1992	4690	56,0%	3219	38,4%	468	5,6%	8377	100,0%
1993	4727	58,5%	3012	37,3%	337	4,2%	8076	100,0%
1994	4571	57,4%	3118	39,2%	268	3,4%	7957	100,0%
1995	4365	60,0%	2706	37,2%	200	2,8%	7271	100,0%
1996	3958	58,5%	2591	38,3%	214	3,2%	6763	100,0%
1997	3627	56,0%	2564	39,6%	285	4,4%	6476	100,0%
1998	3481	56,5%	2399	38,9%	282	4,6%	6162	100,0%
1999	3266	53,4%	2250	36,8%	604	9,9%	6120	100,0%
2000	3306	55,5%	2347	39,4%	303	5,1%	5956	100,0%
2001	3339	54,0%	2516	40,7%	324	5,2%	6179	100,0%
2002	3422	54,4%	2548	40,5%	323	5,1%	6293	100,0%
2003	3494	53,9%	2632	40,6%	352	5,4%	6478	100,0%
2004	3571	53,5%	2766	41,4%	344	5,1%	6681	100,0%
2005	3722	54,1%	2780	40,4%	378	5,5%	6880	100,0%
2006	3704	54,7%	2695	39,8%	367	5,4%	6766	100,0%
2007	3854	53,9%	2961	41,4%	341	4,8%	7156	100,0%
2008	3983	54,0%	3079	41,7%	315	4,3%	7377	100,0%
2009	4134	53,3%	3296	42,5%	319	4,1%	7749	100,0%
2010	3985	52,3%	3354	44,1%	275	3,6%	7614	100,0%
2011	4281	54,4%	3377	42,9%	215	2,7%	7873	100,0%
Totalt	92074	55,6%	66184	40,0%	7319	4,4%	165577	100,0%

Tabell 17. Studiepopulationen fördelad på moderns födelseregion, Uppsala och Örebro län 1987–2011

Redovisningsår	Sverige		Övriga Norden		Väst ¹⁾		Östra Europa		Mellanöstern		Afrika		Asien		Syd- och Mellanamerika		Uppgift saknas		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
1987	2716	86,5%	163	5,2%	34	1,1%	38	1,2%	20	0,6%	23	0,7%	90	2,9%	27	0,9%	30	1,0%	3141	100,0%
1988	2820	86,6%	166	5,1%	25	0,8%	32	1,0%	22	0,7%	26	0,8%	112	3,4%	25	0,8%	30	0,9%	3258	100,0%
1989	5981	88,0%	307	4,5%	63	0,9%	62	0,9%	51	0,8%	45	0,7%	210	3,1%	39	0,6%	38	0,6%	6796	100,0%
1990	3173	87,0%	170	4,7%	36	1,0%	45	1,2%	31	0,8%	33	0,9%	111	3,0%	34	0,9%	16	0,4%	3649	100,0%
1991	7147	83,8%	370	4,3%	71	0,8%	264	3,1%	135	1,6%	117	1,4%	306	3,6%	52	0,6%	67	0,8%	8529	100,0%
1992	6930	82,7%	363	4,3%	57	0,7%	271	3,2%	162	1,9%	110	1,3%	346	4,1%	62	0,7%	76	0,9%	8377	100,0%
1993	6685	82,8%	295	3,7%	67	0,8%	273	3,4%	152	1,9%	110	1,4%	373	4,6%	45	0,6%	76	0,9%	8076	100,0%
1994	6493	81,6%	282	3,5%	70	0,9%	318	4,0%	137	1,7%	150	1,9%	389	4,9%	43	0,5%	75	0,9%	7957	100,0%
1995	6108	84,0%	243	3,3%	56	0,8%	195	2,7%	106	1,5%	132	1,8%	331	4,6%	46	0,6%	54	0,7%	7271	100,0%
1996	5607	82,9%	189	2,8%	70	1,0%	183	2,7%	107	1,6%	125	1,8%	382	5,6%	49	0,7%	51	0,8%	6763	100,0%
1997	5236	80,9%	176	2,7%	82	1,3%	206	3,2%	145	2,2%	126	1,9%	399	6,2%	51	0,8%	55	0,8%	6476	100,0%
1998	5003	81,2%	153	2,5%	63	1,0%	157	2,5%	122	2,0%	144	2,3%	405	6,6%	44	0,7%	71	1,2%	6162	100,0%
1999	4974	81,3%	149	2,4%	68	1,1%	164	2,7%	137	2,2%	162	2,6%	358	5,8%	43	0,7%	65	1,1%	6120	100,0%
2000	4782	80,3%	153	2,6%	88	1,5%	173	2,9%	135	2,3%	153	2,6%	365	6,1%	46	0,8%	61	1,0%	5956	100,0%
2001	5029	81,4%	128	2,1%	73	1,2%	181	2,9%	112	1,8%	156	2,5%	402	6,5%	44	0,7%	54	0,9%	6179	100,0%
2002	5076	80,7%	139	2,2%	80	1,3%	192	3,1%	114	1,8%	153	2,4%	396	6,3%	63	1,0%	80	1,3%	6293	100,0%
2003	5273	81,4%	125	1,9%	77	1,2%	186	2,9%	136	2,1%	142	2,2%	411	6,3%	54	0,8%	74	1,1%	6478	100,0%
2004	5407	80,9%	128	1,9%	92	1,4%	202	3,0%	114	1,7%	189	2,8%	456	6,8%	46	0,7%	47	0,7%	6681	100,0%
2005	5497	79,9%	140	2,0%	85	1,2%	203	3,0%	154	2,2%	179	2,6%	488	7,1%	72	1,0%	62	0,9%	6880	100,0%
2006	5495	81,2%	188	2,8%	83	1,2%	223	3,3%	123	1,8%	146	2,2%	408	6,0%	49	0,7%	51	0,8%	6766	100,0%
2007	5693	79,6%	124	1,7%	107	1,5%	236	3,3%	138	1,9%	206	2,9%	552	7,7%	50	0,7%	50	0,7%	7156	100,0%
2008	5828	79,0%	118	1,6%	101	1,4%	273	3,7%	169	2,3%	237	3,2%	550	7,5%	52	0,7%	49	0,7%	7377	100,0%
2009	6100	78,7%	148	1,9%	107	1,4%	288	3,7%	165	2,1%	250	3,2%	555	7,2%	79	1,0%	57	0,7%	7749	100,0%
2010	5913	77,7%	111	1,5%	119	1,6%	291	3,8%	142	1,9%	310	4,1%	609	8,0%	72	0,9%	47	0,6%	7614	100,0%
2011	6125	77,8%	98	1,2%	130	1,7%	304	3,9%	141	1,8%	321	4,1%	632	8,0%	85	1,1%	37	0,5%	7873	100,0%
Totalt	135091	81,6%	4626	2,8%	1904	1,1%	4960	3,0%	2970	1,8%	3745	2,3%	9636	5,8%	1272	0,8%	1373	0,8%	165577	100,0%

¹⁾ Väst = Australien, Belgien, Kanada, Danmark, Finland, Frankrike, Irland, Island, Israel, Italien, Luxemburg, Malta, Nederländerna, Norge, Nya Zeeland, Portugal, Schweiz, Spanien, Storbritannien och Nordirland, Tyskland, USA och Österrike.

Tabell 18. Studiepopulationen fördelad på familjens disponibla inkomst (kvartiler), Uppsala och Örebro län 1987–2011

Redovisningsår	Kvartil 1		Kvartil 2		Kvartil 3		Kvartil 4		Uppgift saknas		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
1987	270	8,6%	269	8,6%	268	8,5%	269	8,6%	2065	65,7%	3141	100,0%
1988	283	8,7%	285	8,7%	285	8,7%	284	8,7%	2121	65,1%	3258	100,0%
1989	585	8,6%	588	8,7%	590	8,7%	587	8,6%	4446	65,4%	6796	100,0%
1990	915	25,1%	901	24,7%	902	24,7%	911	25,0%	20	0,5%	3649	100,0%
1991	2029	23,8%	2061	24,2%	2008	23,5%	2050	24,0%	381	4,5%	8529	100,0%
1992	2005	23,9%	2019	24,1%	1996	23,8%	2010	24,0%	347	4,1%	8377	100,0%
1993	1949	24,1%	1968	24,4%	1933	23,9%	1951	24,2%	275	3,4%	8076	100,0%
1994	1916	24,1%	1965	24,7%	1920	24,1%	1938	24,4%	218	2,7%	7957	100,0%
1995	1808	24,9%	1766	24,3%	1800	24,8%	1787	24,6%	110	1,5%	7271	100,0%
1996	1667	24,6%	1617	23,9%	1682	24,9%	1658	24,5%	139	2,1%	6763	100,0%
1997	1578	24,4%	1570	24,2%	1578	24,4%	1572	24,3%	178	2,7%	6476	100,0%
1998	1506	24,4%	1500	24,3%	1498	24,3%	1506	24,4%	152	2,5%	6162	100,0%
1999	1490	24,3%	1483	24,2%	1495	24,4%	1482	24,2%	170	2,8%	6120	100,0%
2000	1450	24,3%	1452	24,4%	1457	24,5%	1447	24,3%	150	2,5%	5956	100,0%
2001	1498	24,2%	1502	24,3%	1503	24,3%	1494	24,2%	182	2,9%	6179	100,0%
2002	1530	24,3%	1533	24,4%	1528	24,3%	1530	24,3%	172	2,7%	6293	100,0%
2003	1570	24,2%	1574	24,3%	1574	24,3%	1579	24,4%	181	2,8%	6478	100,0%
2004	1618	24,2%	1625	24,3%	1613	24,1%	1624	24,3%	201	3,0%	6681	100,0%
2005	1673	24,3%	1664	24,2%	1668	24,2%	1665	24,2%	210	3,1%	6880	100,0%
2006	1644	24,3%	1638	24,2%	1643	24,3%	1639	24,2%	202	3,0%	6766	100,0%
2007	1739	24,3%	1744	24,4%	1751	24,5%	1749	24,4%	173	2,4%	7156	100,0%
2008	1808	24,5%	1819	24,7%	1811	24,5%	1813	24,6%	126	1,7%	7377	100,0%
2009	1904	24,6%	1904	24,6%	1904	24,6%	1901	24,5%	136	1,8%	7749	100,0%
2010	1877	24,7%	1875	24,6%	1874	24,6%	1871	24,6%	117	1,5%	7614	100,0%
2011	1952	24,8%	1952	24,8%	1956	24,8%	1950	24,8%	63	0,8%	7873	100,0%
Totalt	38264	23,1%	38274	23,1%	38237	23,1%	38267	23,1%	12535	7,6%	165577	100,0%