



SUNDHEDSSTYRELSEN

Amning

– EN HÅNDBOG FOR SUNDHEDSPERSONALE



Amning

– en håndbog for sundhedspersonale

Indhold

1. Amning før og nu	6
1.1 WHO-kodeks	7
1.2 Det Spædbarnsvenlige Initiativ	8
1.3 Internationalt certificerede ammekonsulenter, IBCLC	9
1.4 Ammefrekvenser	9
Referencer til kapitel 1	11
2. Kommunikation og tilrettelæggelse af ammevejledningen	13
2.1 Tilrettelæggelse af ammevejledningen	13
2.2 Rammen for dialog om amning	20
2.3 Teoribaseret vejledning	27
Referencer til kapitel 2	38
3. Amningens helbredsmæssige effekter på mor og barn	41
3.1 Om metaanalysen	41
3.2 Barnets vækst	45
3.3 Effekter på barnets helbred	46
3.4 Helbredseffekter for moderen	51
3.5 Miljøfremmede stoffer i modermælk	53
Referencer til kapitel 3	56
4. Amning – biologisk set	59
4.1 Anatomi og fysiologi	59
4.2 Modermælks sammensætning	70
4.3 Moderens kost og kosttilskud	73
4.4 Amning og medicin	75
Referencer til kapitel 4	77
5. Forudsætninger for amning	80
5.1 Moderen	80
5.2 Faderen	84
5.3 Netværket	86
5.4 Personalet	87
Referencer til kapitel 5	89

6.	Det normale ammeforløb	92
6.1	Forberedelse til amning	92
6.2	Fødslen	94
6.3	Den første kontakt	97
6.4	Hud mod hud-kontakt og starte forfra	100
6.5	Ammestillinger	104
6.6	Godt fat om brystet	109
6.7	Tæt kontakt	114
6.8	Amning efter behov	116
6.9	Barnets vækst og trivsel	122
6.10	Delvis amning	126
6.11	Tilskud	127
6.12	Ammeperioden og overgang til fast føde	128
	Referencer til kapitel 6	131
7.	Udmalkning	137
7.1	Stimulation af nedløbsrefleksen	137
7.2	Håndudmalkning	140
7.3	Brystpumper	141
7.4.	Etablering af en mælkeproduktion	142
7.5	Opretholdelse af mælkeproduktionen	144
7.6	Problemer ved langvarig udmalkning	145
7.7	Udmalkning i graviditeten	145
7.8	Opbevaring og opvarmning af modermælk	146
7.9	Donormælk	147
	Referencer til kapitel 7	148
8.	Hjælpemidler	150
8.1	Amme-bh	150
8.2	Ammeindlæg	151
8.3	Ammepude	151
8.4	Ammete	151
8.5	Brystskaller	152
8.6	Brystvortecremer	152
8.7	Fingermadning	153
8.8	Kop, ske og sprøjte	154
8.9	Lact-aid	156
8.10	Niplette	157

8.11	Omslag, varme og kolde	158
8.12	Strandskaller	158
8.13	Sut	159
8.14	Suttebrikker	160
8.15	Sår-forbindinger	162
8.16	Te-si og andre brystvortebeskyttere	163
	Referencer til kapitel 8	163
9.	Almindelige ammeproblemer	166
9.1	Brystvorterne	166
9.2	Brystet	174
9.3	Mælkeproduktionen	181
9.4	Barnet	185
9.5	At holde op med at amme før ønsket og planlagt	188
	Referencer til kapitel 9	189
10.	Særlige forhold hos moderen	192
10.1	Adoption	192
10.2	Alkohol	193
10.3	Anæstesi	194
10.4	Blodtab efter fødslen	196
10.5	Brystkirurgi	196
10.6	Brystkræft	199
10.7	Ekstra brystvæv	199
10.8	Etniske minoriteter	200
10.9	Fysisk aktivitet	202
10.10	Fødselsdepression	203
10.11	Graviditet	204
10.12	Hovedpine og migræne	205
10.13	Hvide brystvorter	205
10.14	Infektionssygdomme	206
10.15	Kroniske sygdomme	207
10.16	Overvægt	209
10.17	Piercing	211
10.18	Prævention	211
10.19	Rusmidler – cannabis m.v.	212
10.20	Rygning	213
10.21	Små bryster	215

10.22	Spiseforstyrrelser	216
10.23	Store bryster	217
10.24	Vaccinationer	217
	Referencer til kapitel 10	218
11.	Særlige forhold hos barnet	225
11.1	Allergidisponerede børn	225
11.2	Børn med begrænset fysisk formåen	226
11.3	Caries	227
11.4	Dehydrering	227
11.5	Diarré	229
11.6	Down syndrom	229
11.7	Gulsot	231
11.8	Hjertesygdom	233
11.9	Hypoglykæmi	234
11.10	Læbe-gane-spalte	235
11.11	Manglende eller dårlig trivsel	237
11.12	Præmaturitet	239
11.13	Stramt tungebånd	250
11.14	Tvillinger og trillinger	252
	Referencer til kapitel 11	255
12.	Kommunikationen i forskellige situationer	261
12.1	Støtte til forældre der er i tvivl, om barnet skal ammes	261
12.2	Støtte til kvinder med dårlige ammeerfaringer fra tidligere	267
12.3	Støtte til familier med anden etnisk baggrund, hvor ammeforløbet udfordres af kulturelle modsætninger	273
12.4	Støtte til forældre, der ikke tror, at der er nok mælk til barnet	278
13.	WHO's kodeks	282
14.	Baby-Friendly Hospital Initiative (WHO/UNICEF)	285
	Reference	285
15.	Rengøring af flasker og flaskesutter	286
	Sutter	286
16.	Register	288

Amning før og nu

At amme er mindst lige så 'kulturligt', som det er 'naturligt'. Samfundets værdier, traditioner og normer har stor indflydelse på, om børn bliver ammet eller ej. Amning har derfor haft en meget skiftende status i Danmark.

I starten af 1900-tallet var tiltroen til modernmælken stor. Samtidig opstod den opfattelse, at ro, renlighed og regelmæssighed var de bedste rammer for det spæde barn. Det var derfor svært at få amningen til at fungere. De færreste børn kan få nok mælk, hvis amningen bliver begrænset til 10 minutter ved hvert bryst hver 4. time i dagtimerne. Ammefrekvensen i Danmark var lavest omkring 1970, hvor mindre end 30 % fortsat ammede helt eller delvist, når barnet var 3 måneder [Rosenkrands et al 1982].

Stive rutiner, som prægede praksis det meste af det 20. århundrede, bidrog til at skabe et behov for modernmælkserstatning. I Danmark og andre steder, hvor hygiejnen er i orden, er modernmælkserstatning et godt og sikkert alternativ, hvis barnet af en eller anden grund skal have andet end modernmælk. Men i udviklingslande er ernæring med modernmælks-erstatning forbundet med høj risiko for infektioner og underernæring. Modernmælken er her en forudsætning for børnenes overlevelse.

I det moderne samfund er fordele og ulemper ved amning til stadig drøftelse blandt forældre, i aviser, blade og bøger og på de sociale medier. Her drøftes ikke blot modernmælksens ernæringsmæssige fordele, men også amningens betydning for familiens trivsel og øvrige liv. Stort set alle kvinder ønsker at amme deres barn fra fødslen, og ca. 60 % ammer fuldt ved 4 måneder. Uanset debatten er disse tal uændrede gennem de seneste 20 år, hvilket vidner om, at amning stadig har stor værdi blandt danske forældre.

Stort set alle kvinder ønsker at amme deres barn fra fødslen. Nationale data om amning fra 2012 og frem viser, at ca. 88 % ammes fuldt i over 2 uger, mens ca. 55 % ammes fuldt i over 17 uger [Sundhedsdatastyrelsen]. Andelen af fuldt ammede børn ved 17 uger er ifølge Den Nationale Børnedatabase lavere end tidligere, ikke-landsdækkende, dataindsam-

linger, der viste, at ca. 60 % blev fuldt ammet ved 4 måneder, [se også afsnit 1.4](#). Der er formentlig flere årsager til den let faldende tendens, men det er ikke undersøgt. Sundhedspersonale, som støtter forældre i beslutningen om amning har en væsentlig opgave i at bakke op om Sundhedsstyrelsens anbefaling om ammevarighed:

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at spædbørn ammes fuldt, til de er omkring 6 måneder. Delvis amning anbefales til 12 måneder eller længere.

Det bør være barnets udvikling og parathed, der er afgørende for tidspunktet for introduktion af overgangskost, som ikke bør introduceres, før barnet er 4 måneder og ikke meget efter 6 måneder [Sundhedsstyrelsen 2003].

1.1 WHO-kodeks

WHO's kodeks for markedsføring af modernælkserstatninger blev vedtaget i 1981 [WHO 1981]. Målet var at fremme amning for at sikre spædbørn en sund start, idet amning på verdensplan er en central indikator for sundhedstilstanden hos kvinder og børn [EU 2004]. Det skal ske dels ved at regulere industriens markedsføring af modernælkserstatninger – og dels ved at give sundhedspersonalet et redskab, så spædbørnsfamilier kan få den støtte og information, som er nødvendig for at få amningen til at fungere.

Anbefalingerne omfattede bl.a. et forbud mod enhver form for reklame for modernælkserstatninger over for forbrugerne, både direkte og gennem sundhedspersonalet og sundhedsvæsenet i øvrigt. I Danmark blev markedsføringen reguleret af en frivillig aftale med industrien, som i 1991 blev erstattet af et EU-direktiv [EU 1991]. EU's direktiv er ikke lige så omfattende og restriktivt som WHO's kodeks, men har alligevel haft en regulerende effekt på markedsføringen af modernælkserstatninger i de fleste EU-lande [IRICS 2003]. [Se bilag 1](#).

WHO's kodeks havde til gengæld ingen effekt på information, vejledning og omsorg for spædbørnsfamilierne, som forblev utilstrækkelig. Flere generationers spædbarnsernæring med modernælkserstatning havde resulteret i en manglende tiltro til modernælkenes kvalitet og kvinders evne til at amme, samt mangelfuld viden om, hvad der skal til for at få en amning til at fungere. Derfor var det nødvendigt med en

mere direkte indsats, som satte fokus på viden og færdigheder hos sundhedspersonalet.

1.2 Det Spædbarnsvenlige Initiativ

Det Spædbarnsvenlige Initiativ blev præsenteret af WHO og UNICEF i 1991 som et vigtigt element i en global strategi for ernæring af spæd- og småbørn [WHO 2003] og anerkendes i dag på fødesteder over hele verden som god, klinisk praksis for amning af sunde, raske børn. Det Spædbarnsvenlige Initiativ består af 10 kriterier for ammevejledning på fødestederne, se bilag 2. I Danmark blev initiativet udviklet til et effektivt tværfagligt kvalitetsudviklingsprogram – og udvidet, så det også omfattede børn født præmaturo. En udvidelse til sundhedsplejen betød, at initiativet kunne dække hele forløbet, fra starten af graviditeten til barnet ikke længere bliver ammet. Siden 2009 har det ikke i Danmark været muligt at blive akkrediteret som sygehus eller kommune, da Videncenter for Amning, som stod for akkrediteringen, blev nedlagt.

I Danmark var målet med programmet, at spædbørnsfamilier fik den støtte og information, de havde brug for, uanset om barnet blev ammet eller ej. Dette er stadig målet med vejledning om amning, uanset at Det Spædbarnsvenlige Initiativ ikke længere findes i Danmark.

Kvinden skal have mulighed for at amme fuldt og helt, til barnet er omkring 6 måneder. Kvinden skal føle sig respekteret og have støtte til at stoppe, hvis hun beslutter ikke at amme. Ingen må holde op med at amme, fordi de har fået forkert eller mangelfuld vejledning om amning – og ingen skal amme, fordi de føler sig presset til det. Omsorgen fra sundhedspersonalet skal tage udgangspunkt i den enkelte families aktuelle situation – og samtidig være i overensstemmelse med den nyeste dokumenterede viden.

1.2.1 Reviderede standarder

I december 2012 offentliggjorde Unicef/UK reviderede standarder i forhold til Det Spædbarnsvenlige Initiativ. Standarderne findes på:

<https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/guidance-for-health-professionals/implementing-the-baby-friendly-standards/guide-to-the-baby-friendly-initiative-standards/>

Standarderne er udviklet til fødesteder, neonatalafdelinger, sundhedsplejersker og børnesundhedscentre i et omfattende samarbejde med klinikere, forskere, mødre og policy-makers. De nye standarder har indarbejdet de tidligere standarder i 10 skridt til vellykket amning og hidtidige standarder, der vedrører understøttelse af amning i hjemmet, den såkaldte Seven Point Plan.

1.3 Internationalt certificerede ammekonsulenter, IBCLC

Som et svar på de faldende ammefrekvenser i USA etableredes i 1985 International Board of Lactation Consultant Examiners, IBLCE. I 1985 blev de første International Board Certified Lactation Consultants, IBCLC, certificeret. Siden da er certificeringen blevet tilgængelig i 94 lande, og flere end 26.000 besidder i dag titlen IBCLC [www.iblce.org]. IBCLC er den eneste internationalt anerkendte kvalifikation indenfor ammevejledning.

IBCLC-certificeringen tildeles på baggrund af stor klinisk erfaring med ammevejledning (minimum 1000 timers vejledning indenfor de sidste 5 år), dokumentation af 90 timers teoretisk uddannelse indenfor amning og bestået IBLCE-eksamen. Certificeringen er gældende i 5 år og skal derefter generhverves [www.iblce.org]. Mere information om certificeringen kan findes på www.iblce.org

I 2016 er der i Danmark 277 internationalt certificerede ammekonsulenter, IBCLC. Til sammenligning findes i Norge 11, i Sverige 29 og på verdensplan i alt 28.892 [IBLCE]. I 2011 etableredes Kompetencecenter for Amning og Human Laktation, som er placeret i Komiteen for Sundhedsoplysning. Kompetencecentret udbyder hvert år et længerevarende tværfagligt kursus i amning, som forbereder sundhedspersonale til at gå op til IBLCE-eksamen. Kurset blev i 2010 godkendt af Lactation Education Accreditation and Approval Review Committee, LEAARC og er i 2013 blevet re-godkendt. Mere information om Kompetencecentrets aktiviteter findes på www.kompetencecenterforamning.dk

1.4 Ammefrekvenser

Den første landsdækkende undersøgelse af ammefrekvenser i Danmark er fra 1992 [Hansen 1994]. Den næste blev gennemført i 2000-2002

[Fagligt Forum for Amtssundhedsplejersker 2002]. Frem til 2011 er der kun gennemført mindre undersøgelser af ammefrekvenser.

Med bekendtgørelse nr. 581 af 23/05/2011 [www.retsinformation.dk] om kommunernes indberetning af oplysninger om børns sundhed til Sundhedsstyrelsen er det bestemt, at kommunerne skal indberette data om, hvor længe det enkelte barn ammes fuldt. Fra 2012 er disse data blevet registreret i Den Nationale Børnedatabase [www.sundhedsdatastyrelsen.dk]. Data viser andelen af børn, der ammes fuldt. I 2015 var andelen af børn, der blev ammet fuldt i over 2 uger: 87,2 %, i 9 uger: 67,0 %, i 17 uger: 55,9 % og i 26 uger: 11,2 %.

Databasen Børns Sundhed har siden 2002 indsamlet data fra sundhedsplejerskejournaler i en række kommuner. For børn født i 2014 er der samlet data fra 32 kommuner med i alt 18.687 børn [Johansen 2016]. Data herfra viser, at langt de fleste danske kvinder gerne vil amme, 95,6 % af børnene bliver ammet fuldt i en uge. Ved 1 måned bliver 78,8 % ammet fuldt, ved 4 måneder er det 60,6 % og ved 6 måneder er det 16,9 %.

Ved sundhedsplejerskens etableringsbesøg bliver 9,8 % af børnene ammet delvist, og ved 2-3 måneders besøg er det 8,3 %, der bliver delvist ammet.

Ammefrekvenserne i Databasen Børns Sundhed ligger lidt højere end i Den Nationale Børnedatabase, hvilket der kan være flere grunde til. Dels er der i Databasen Børns Sundhed indtil videre mange kommuner med fra Region Hovedstaden, hvor ammefrekvenserne er lidt højere, dels er data i Databasen Børns Sundhed rensat op, hvilket ikke er tilfældet for Den Nationale Børnedatabase. Der kan være forskelle i registreringspraksis, ligesom andre forhold, der ikke er analyseret, kan være medvirkende. Læs mere om betydningen af sociodemografiske faktorer i kapitel 5.

Danmark er fortsat et af de vestlige lande, hvor flest kvinder begynder at amme og ammer fuldt til 4 måneder [Victora et al 2016]. Siden slutningen af 1980'erne er mellem 97 og 99,5 % af danske kvinder påbegyndt amning lige efter fødslen [Michaelsen et al 1994, Kronborg et al 2004, Bruun et al 2016].

Sammenligning af data om amning landene imellem er vanskelig, fordi registreringer af ammefrekvenser er præget af uklarhed om definitionerne både internationalt og nationalt. I Danmark gælder følgende definitioner:

Definitioner på amning

- Ved *fuld amning* forstås, at barnet ernæres udelukkende af modermælk efter udskrivelsen fra hospitalet. Herved forstås i Danmark, at der ud over moderens mælk kan tillades supplement med vand og lignende og/eller maksimalt ét måltid med modermælkserstatning om ugen.
- Ved *delvis amning* forstås, at barnet ud over modermælk får modermælkserstatning eller anden kost flere gange om ugen eller dagligt.
- Ved *ingen amning* forstås, at barnet udelukkende ernæres af andet end modermælk.

I Danmark er definitionen 'eksklusiv amning' således ikke medtaget, undtagen i denne bogs kapitel 3, hvor der refereres direkte til udenlandske undersøgelser samt anbefalinger vedr. forebyggelse af komælksallergi.

Referencer til kapitel 1

Bekendtgørelsen nr. 581 af 23/05/2011 om kommunernes indberetning af oplysninger om børns sundhed. www.retsinformation.dk

Bruun S et al (2016): *Using text messaging to obtain weekly data on infant feeding in a Danish birth cohort resulted in high participation rates*. Acta Paediatr. 1. juni 2016;105(6):648–54.

EU (2004): *The Development of a European Health Promotion Monitoring System*. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Contract N. SPC 2002359.

EU Kommissionen (1991): *EU kommissionens direktiv af 14. maj 1991 om modermælkserstatninger (MME) og tilskudsblandinger til spædbørn og småbørn (91/321/EØF)*. www.eur-lex-europa.eu

Fagligt Forum for Amtssundhedsplejersker m.fl. (2002): *Ammeundersøgelse 2000-2002*.

Hansen AM et al (1994): *Sundhedsplejen og småbørnsfamilierne*. Munksgaard.

IBLCE: <http://iblce.org/about-iblce/current-statistics-on-worldwide-ibclcs/>

IRCCS (WHO Collaboration Center for Maternal and Child health 2003): *Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: current situation.*

Johansen A et al (2016): *Amning: Temarapport og årsrapport. Børn født i 2014.* København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU.; 2016.

Kronborg H, Vaeth M (2004): *The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding.* Scand J Public Health. 2004; 32(3):210–6.

Michaelsen KF et al (1994): *The Copenhagen cohort study on infant nutrition and growth: duration of breast feeding and influencing factors.* Acta Pædiatrica. 1. juni 1994;83(6):565–71.

Rosenkrands V et al (1982): *Amning.* København. FADL's Forlag.

Sundhedsdatastyrelsen. Den Nationale Børnedatabase. www.sundhedsdatastyrelsen.dk

Sundhedsstyrelsen 2003. *Notat om ammevarighed.* Journalnummer 7-205-03-1/).

Victora CG et al (2016): *Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect.* The Lancet. 2016; 387(10017):475–490.

WHO (1981): *The International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes.* www.who.int

WHO (2003): *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding.* www.who.int

Kommunikation og tilrettelæggelse af ammevejledningen

Sundhedspersonalets vejledning om amning skal formidles med anerkendelse, accept og inddragelse af forældrene og være målrettet familiens specifikke behov og situation.

Sundhedspersonalets viden om amning er kernen i den sundhedsfremmende indsats, der tilbydes til nye forældre, når de skal forberede sig til, etablere, vedligeholde og afslutte amning. Viden kan imidlertid ikke stå alene. Sundhedspersonalet må ligeledes være klædt på til at vurdere, hvordan ammeviden bedst muligt formidles i den konkrete situation, så den bliver meningsfuld for forældrene og giver dem en viden og tro på, at de kan gennemføre amningen som ønsket.

I dette kapitel beskrives i [afsnit 2.1](#), den evidens, der foreligger i forhold til tilrettelæggelsen af ammevejledningen. I [afsnit 2.2](#), beskrives væsentlige begreber af betydning for dialogen om amning, og i [afsnit 2.3](#), inddrages anerkendte teorier, der kan styrke forældrenes viden og tro på, at de kan gennemføre en amning.

2.1 Tilrettelæggelse af ammevejledningen

Tilrettelæggelsen af ammevejledning har betydning for forældrenes tillid til, at de kan gennemføre amning, så længe de har ønsket og planlagt, amningen skal vare [Wambach 2019]. Der må på forhånd tages stilling til følgende:

- Hvornår skal vejledningen foregå?
- Gives der individuel vejledning?
- Hvilken form for kontakt er der mellem vejleder og de vejlede?
- Skal vejledningen foregå pro- eller reaktivt?
- Hvordan sikres konsistens i vejledningen?

2.1.1 Individuel vejledning

Individuel støtte øger ammevarigheden og moderens selvtillid.

Flere reviews om støtte til amning pointerer vigtigheden af individuel støtte, der er målrettet den enkeltes behov [Skouteris et al 2014, Renfrew et al 2012]. Endvidere viser kvalitative studier, at mødre ønsker en vejledning og støtte, der er tilpasset deres individuelle behov og hjemlige situation [Nilsson et al 2016] og at en sådan vejledning øger moderens selvtillid [Bäckström et al 2010]. Ligeledes er det afgørende for mødrene, at personalet giver realistisk, præcis og tilstrækkelig vejledning – samt at det opmuntrer, er proaktivt og tilbyder praktisk hjælp ved behov. Den praktiske hjælp bliver imidlertid også beskrevet som grænseoverskridende, specielt hvis personalet ikke har spurgt om lov til at bruge ‘hands on’ [Hauck et al 2011, WHO 2016], se [afsnit 6.3.1](#).

2.1.2 Personlig kontakt og telefonrådgivning

Face-to-face-vejledning er mest effektiv, men kan suppleres eller erstattes med fx telefonvejledning afhængigt af situationen.

Støtte, som gives, når man sidder overfor hinanden, har vist sig mest effektiv til at påvirke ammevarighed [Skouteris et al 2014, Renfrew et al 2012]. Telefonrådgivning kan også påvirke ammevarigheden og bliver brugt i stigende grad både i og udenfor det etablerede sundhedssystem.

Et Cochrane review, hvor der indgår syv studier om amning, viser, at det ser ud til, at ammevarigheden kan påvirkes positivt ved telefonrådgivning [Lavender et al 2013]. I en dansk sammenhæng er der fundet signifikant længere ammevarighed hos mødre med overvægt, der fik tilbudt ni systematiske telefonsamtaler af en IBCLC'er efter udskrivelsen [Carlsen et al 2013]. Endelig viser en evaluering af Sundhedsplejersketelefonen i Region Midtjylland, at brugerne generelt føler sig forstået og er tilfredse med dialogen og den rådgivning, de får. I 2009 var amning det gennemgående tema i 67 % af opkaldene til Sundhedsplejersketelefonen [Maimburg et al 2013].

Mødre pointerer selv, hvordan forskellige typer af vejledning hjælper dem. Ammeklinikker kan være gode, fordi de giver mødre mulighed for at mødes med andre mødre i samme situation, og fordi de normaliserer det at have brug for hjælp. Telefonrådgivning er effektiv, fordi den giver mulighed for hjælp, når der er brug for det. Ammevejledning ved personlig kontakt pointeres af mange mødre som ekstremt fordelagtig på

grund af den mere intensive relationelle støtte [Danske Regioner 2014]. Således beskriver mødre, at den autentiske tilstedeværelse, hvor personalet er der for dem, hvor personalet tager sig tid, anerkender og deler erfaringer, er væsentlig, se [afsnit 2.3](#) [WHO 2016].

2.1.3 Telemedicin og amning

Videokonference, apps, websites og sociale medier bruges i stigende grad i ammevejledningen, men der savnes viden om effekten.

Telemedicin i form af teknologi, herunder videokonference, apps, websites og sociale medier, anvendes i stigende grad i sundhedsvæsenet. Stort set alle nye mødre bruger i dag internet og sociale medier, og en amerikansk undersøgelse viser, at mødrenes tidsforbrug på nettet stiger efter fødslen [Bartholomew et al 2012].

Selvom mange kvinder foretrækker at få ammevejledning ved personlig kontakt, kan individuelle præferencer og kontekster være forskellige, hvilket betyder, at mødre vælger at benytte sig af forskellige typer af metoder, når de søger støtte til amning [Hauck et al 2016].

I en undersøgelse, som omfattede flere vestlige lande, blev en telemedicinsk løsning foretrukket af kvinder, som ikke havde så let adgang til ammevejledning ved personlig kontakt [Hauck et al 2016]. Fordelene ved telemedicinske løsninger er, at de er let tilgængelige og økonomisk rentable [Giglia et al 2014]. Udfordringen er, at mange eksisterende hjemmesider og apps vurderes at være af dårlig kvalitet med hensyn til indhold af viden, matching til målgruppe og læsevenlighed [Taki et al 2015]. Kommunikation via apps og sociale medier er problematisk, da det i sådanne situationer er svært at sikre, at udbyderen af app'en eller det valgte sociale medie overholder de nødvendige sikkerhedskrav i forhold til databehandling. Det vanskeliggøres yderligere i situationer, hvor borgere selv kan skrive indlæg på den pågældende side [Sundhedsdatastyrelsen 2017].

En dansk undersøgelse testede forældres oplevelse med brug af en app efter tidlig udskrivelse efter fødslen [Danbjørg et al 2015]. App'en omfattede såvel ammerelaterede som andre obstetriske problemstillinger i den tidlige efterfødselsperiode. Den bestod af følgende tre funktionaliteter: online chat med personalet, vidensbank med søgefunktion og automatiske meddelelser, som blev udsendt hver 12. time. Forældrene var tilfredse med app'en og oplevede, at den levede op til deres behov for vejledning efter tidlig udskrivelse. Ligeledes oplevede forældrene ingen barrierer i forhold

til at henvende sig via chat-funktionen [Danbjørg et al 2015]. Sundhedspersonalet skulle derimod vænne sig til at kommunikere på denne måde og oplevede, at chat-funktionen skabte en distance. Specielt spørgsmål om amning var svære at besvare, fordi det krævede mere dialog for at kunne vurdere problemet og give relevant vejledning [Boe et al 2015].

Der ikke er fastsat særskilte regler for sundhedspersoners kommunikation og vejledning af patienter på SMS og e-mail. Det er derfor sundhedslovens regler om sundhedspersoners tavshedspligt, der er gældende. Det er fx i strid med disse regler at sende en kopi af journalen via en ukrypteret e-mail, og Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer, at tilsvarende gælder for SMS-kommunikation med patienter/borgere, idet denne form for kommunikation også medfører en usikkerhed med hensyn til, at oplysningerne kan komme andre til kendskab.

Der er mulighed for at sende beskeder via NemSMS, hvor borgeren selv har samtykket til denne kommunikationsform, men selv i de tilfælde må der kun sendes ganske korte beskeder, såsom påmindelse om en aftale. Mængden af fortrolige oplysninger skal altså begrænses mest muligt

Mht. brugen af telemedicin i ammevejledningen er der brug for mere viden på området. Komiteen for Sundhedsoplysning har udviklet tre apps i samarbejde med Sundhedsstyrelsen, Jordemoderforeningen og Dansk Fysioterapeuter: *Gravid*, *Min baby* og *Far*, som tilbyder evidensbaseret viden til forældre om bl.a. amning.

2.1.4 Støtte i graviditeten og efter fødslen

Støtte til amning har størst indvirkning på ammevarigheden, hvis den foregår efter fødslen. Støtte, der omfatter opfølgning – og altså strækker sig over en periode – er mest effektiv.

Der foreligger indtil videre ikke god evidens for, at forberedelse til amning i graviditeten kan forlænge ammeperiodens varighed, men bliver forberedelsen til amning kombineret med en støtte, der strækker sig ind i efterfødselsperioden, har det vist effekt [Skouteris et al 2014]. Suppleres støtten med opfølgning i de første måneder efter udskrivelsen, har det vist sig, at mødre, som ellers er i risiko for tidligt ammeophør, forlænger deres ammeperiode [Carlsen et al 2013, Sipsma et al 2015]

En dansk undersøgelse viser, at selvom ammeforberedelsen i graviditeten ikke havde effekt på ammevarighed og self-efficacy, så kunne den øge moderens sikkerhed med hensyn til amning. Det er væsentligt set

i lyset af, at amning er en hyppig årsag til usikkerhed hos nye forældre [Schmied et al 2011]. Den landsdækkende undersøgelse af patienttilfredshed blandt fødende viser, at en tredjedel af alle mødre føler sig usikre på amning efter udskrivelsen [Danske Regioner 2016]. Usikkerhed kan medvirke til tidligt ammeophør [Kronborg et al 2004].

2.1.5 Proaktiv og reaktiv støtte til amningen

Proaktiv støtte ser ud til at øge ammevarigheden mest effektivt.

Ammevejledning kan tilbydes proaktivt, dvs. at vejledningen er planlagt fortløbende, og/eller sundhedspersonalet er aktivt opsøgende. Når ammevejledningen gives reaktivt, forventes det, at forældre selv henvender sig, hvis de har brug for hjælp. Proaktiv støtte, som bliver tilbudt planlagt og forudsigeligt for forældrene, ser ud til at være mest effektiv, hvis ammevarigheden skal øges [Renfrew et al 2012].

2.1.6 Konsistent vejledning

Konsistent ammevejledning bør tilstræbes på tværs af sundhedspersoner, faggrupper og sektorer.

Mange forældre føler sig usikre, når amningen skal etableres, og denne usikkerhed øges, hvis de oplever at få modstridende information af sundhedsprofessionelle [Bäckström et al 2010]. Den landsdækkende undersøgelse af patienttilfredshed blandt fødende havde i 2013 fokus på amning. Også her fandt man, at en årsag til den usikkerhed, som mødrene beskrev i relation til amning, var relateret til mange modstridende oplysninger [Danske Regioner 2014].

Når sundhedspersonalet kommer med forskellig og modstridende ammevejledning, bidrager det til, at mødrene føler sig inkompetente, bliver i tvivl om de vil amme og mister troen på og tilliden til personalet [Hauck et al 2011]. Ligeledes har det vist sig, at forældrene bliver utrygge og usikre på, om de kan magte forælderrollen [Schmied et al 2011].

En forklaring på, at forældrene kan opleve modstrid i vejledningen, er, at der er forskel på den vejledning, som gives lige efter fødslen, hvor mælken endnu ikke er løbet til og den vejledning, der gives senere i ammeforløbet. Det er derfor være vigtigt, at personalet sørger for at dele dette med forældrene, så de er forberedte på, at vejledningen ændrer sig i takt med, at moderens mælkeproduktion udvikler sig. Der kan opstå andre situationer, hvor forældrene oplever at blive sat ud af spillet og få modstridende informationer om amning fx:

- Hvis personalet synes, at det er lettere at lægge barnet til selv
- Hvis personalets dagsorden overskygger forældrenes behov
- Hvis forældrene bliver fanget i uenigheder personalet imellem
- Hvis løsninger præsenteres som den eneste måde at gøre det på
- Hvis der ikke gives forklaringer på råd og vejledning [Hauck 2011].

Personalet oplever, at det kan være svært at korrigere viden hos kolleger. Det kan imidlertid være en konstruktiv proces, hvis personalegruppen diskuterer konsistens i ammevejledningen kontra modstridende eller divergerende ammeråd. Især hvis man betragter det som en læreproces for alle uden at udstille enkeltpersoner [Bäckström et al 2010].

Det har stor betydning, at personalet sikrer konsistens i deres vejledning, så forældrene kan følge 'en rød tråd', selvom vejledningen bliver givet af forskellige personer og faggrupper. En konsistent vejledning giver mødrene en tro på, at det kan lykkes, specielt når personalet signalerer, at de har tillid til, at moderen kan klare opgaven [Nilsson et al 2016, Hauck et al 2011].

WHO anbefaler i *10 skridt til vellykket amning*, at afdelingen har en ammepolitik, som alt personale er bekendt med [WHO 2016]. Ligeledes er det vigtigt, at den primære og sekundære sektor samarbejder, så der er konsistens i den vejledning, der bliver givet på fødestedet og af sundhedsplejersken i kommunen.

I Region Syddanmark har man udarbejdet en regional ammepolitik for få en faglig ensartet ammevejledning på tværs af faggrupper og sektorer [Region Syddanmark 2016]. På fødestederne på Herning og Holstebro sygehuse har man i samarbejde med de omkringliggende sundhedsplejerskeordninger udarbejdet en fælles amme- og trivselspolitik for at sikre overensstemmelse og konsistens i vejledningen på sygehusene og i sundhedsplejen [Svenstrup et al 2016].

Ligeledes holder man audit om genindlæggelser af nyfødte med deltagelse af repræsentanter fra fødestedet og de kommunale sundhedsplejeordninger. Her gennemgås alle genindlæggelser for at evaluere og forbedre forløbene på fødestedet, i sundhedsplejen og i overgangen mellem de to sektorer. Der udarbejdes en årsrapport med gennemgang af årsagerne til genindlæggelse og hvilke initiativer, der er iværksat for at

nedbringe antallet af genindlæggelser [Årsrapport Audit på genindlæggelser af nyfødte].

Komiteen for Sundhedsoplysning afholder professionelle netværksmøder om amning i alle landets regioner. Her mødes jordemødre og sygeplejersker fra barselsgang og børneafdelinger samt sundhedsplejersker og drøfter ny viden om amning, og hvordan den nye viden kan omsættes til praktisk ammevejledning. Disse professionelle netværk medvirker til at øge samarbejdet og konsistensen i ammevejledningen mellem sygehusene og sundhedsplejeordningerne [Kompetencecenter for Amning]. Endelig kan en omhyggelig og velbegrunder dokumentation af, hvorledes vejledningen er givet, bidrage til øget konsistens.

2.1.7 Tidlig udskrivelse efter fødsel

Når forældre udskrives tidligt efter fødslen, bør der gives kortfattet ammevejledning med få, centrale budskaber, der er relevante for den første uge.

Et stigende antal mødre og nyfødte udskrives tidligt efter fødslen: En tredjedel udskrives indenfor 12 timer efter fødslen, og heraf går langt den største del hjem indenfor 6 timer [Nilsson et al 2017a].

Det kan være vanskeligt for forældre, der udskrives få timer efter fødslen, at rumme store mængder information. Et nyt dansk, randomiseret studie fokuserer på fire hovedbudskaber: Hud mod hud-kontakt, hyppig amning, tilbagelænet amning og fars aktive deltagelse. Inddragelse af disse hovedbudskaber bevirker, at flere ammer eksklusivt 6 måneder efter fødslen, og færre børn bliver genindlagt på grund af ernæringsmæssige problemer i den første uge efter fødslen. Udover inddragelse af de fire hovedbudskaber arbejdede personalet med at styrke forældrenes self-efficacy og knytte viden til forældrenes individuelle behov [Nilsson et al 2017b]. Se også [afsnit 2.3.1](#) og [2.3.2](#). Det ser ud til, at en vejledning, der fokuserer på det, der er relevant i den aktuelle situation, kan være effektiv, når forældre udskrives tidligt efter fødslen.

2.1.8 Opfølgning efter tidlig udskrivelse

Tilgængelig ammevejledning og opfølgning efter tidlig udskrivelse har betydning for ammevarigheden og bidrager til, at forældrene føler sig mere trygge og sikre.

Fødestedet og den kommunale sundhedstjeneste samarbejder om at vejlede forældrene efter udskrivelsen. Fødestedet tilbyder åben rådgivning

24 timer i døgnet i de første 7 dage efter fødslen. Sundhedsstyrelsen anbefaler hjemmebesøg ved jordemoder til alle førstegangsfødende, der udskrives indenfor 24 timer, telefonisk kontakt til alle flergangsfødende, der udskrives indenfor 24 timer samt en konsultation ved jordemoder til alle nyfødte 48-72 timer efter fødslen. Det anbefales, at sundhedsplejersken tilbyder barselsbesøg på 4.-5. dag til familier, hvor barnet er udskrevet inden 72 timer efter fødslen [Sundhedsstyrelsen 2013].

Vejledningen i amning i de opfølgende kontakter fra fødestedet og i sundhedsplejerskens barselsbesøg omhandler vurdering af trivselstegn hos barnet, herunder vandladning, afføring, hydreringsgrad og eventuel gulsot. Desuden er der fokus på, hvordan moderen har det med amningen, tegn på at mælken er løbet til, hyppig amning, hud mod hud-kontakt og gode amnestillinger. Indholdet i øvrige tilbud i forbindelse med tidlig udskrivelse, se Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for svangreomsorgen 2013*.

De årlige, landsdækkende undersøgelser af patientoplevelser blandt fødende viser, at en tredjedel af mødrene er i tvivl om ernæringen af deres barn efter udskrivelse. Det er derfor vigtigt, at forældrene tilbydes tæt kontakt med fødestedet og sundhedsplejen i de første uger efter fødslen, indtil amningen er veletableret, og barnet er i trivsel.

Ifølge en dansk metaanalyse bidrager det til forældrenes følelse af tryk og sikkerhed:

- at de har indflydelse på udskrivningstidspunktet
- at der efter hjemkomsten er tilgængelig vejledning 24 timer i døgnet
- at vejledningen er individuel og retter sig mod begge forældre
- at de kan være sammen som familie [Nilsson et al 2015].

Et Cochrane review [Brown et al 2002] viser, at det har betydning for amningens varighed, at familien får opfølgning efter udskrivelsen.

2.2 Rammen for dialog om amning

Som sundhedsprofessionel kan man påvirke de psykosociale faktorer relateret til amning, med henblik på at støtte moderen i at amme så længe, hun ønsker, se også [kapitel 5](#). Det er derfor afgørende, at den

sundhedspædagogiske tilgang til ammevejledningen er bevidst og reflekteret.

Målet med ammevejledningen er at støtte forældrene i at træffe de rette valg og udvikle handlekompetence i forbindelse med etablering, vedligeholdelse og afslutning af en amning, som er i overensstemmelse med deres ønsker og behov. Det er således ikke intentionen at få forældrene til at gøre, som de sundhedsprofessionelle siger, men at tilrettelægge betingelserne for, at de selv kan udvikle mål, træffe reflekterede og bevidste valg og handle derefter [Jensen 2016, Houborg 2014]. Flere centrale begreber indgår i denne proces. Disse beskrives i det følgende og angiver rammen for dialogen ud fra et sundhedspædagogisk perspektiv.

2.2.1. Deltagelse

Deltagelse kan betragtes som et nøglebegreb, et princip og en strategi indenfor sundhedspædagogik og sundhedsfremme. Deltagelse defineres som en proces, hvor folk inddrages aktivt i at beskrive problemstillinger vedrørende egen sundhed, formulere og effektuere strategier samt handle for at gennemføre sundhedsfremmende forandring. Deltagelse, der bygger på grundlæggende demokratiske værdier øger sandsynligheden for, at valgene bliver konsistente og sammenhængende i forhold til livssituation, ønsker og værdier. Deltagelse er afgørende for udviklingen af ejerskab, som er en forudsætning for investeringen af tid og kræfter med henblik på at opnå egne mål, fx at amme fuldt i 6 måneder.

Deltagelse som grundlæggende begreb i sundhedspædagogikken har betydning for opfattelsen af sundhed, se [afsnit 2.2.2](#), læring, se [afsnit 2.2.4](#), handlekompetence, se [afsnit 2.2.3](#), og kontekstens indflydelse, se [afsnit 2.2.5](#).

Tre centrale egenskaber for deltagelse skal være til stede i sundhedspædagogikken, for at man kan tale om ægte deltagelse:

- Deltagelse skal være aktiv.
- Deltagelse indebærer valg.
- Valget skal indeholde muligheden for at påvirke til forandring.

Dette afsnit bygger på referencen Simovska et al 2012.

2.2.2 Det brede sundhedsbegreb

Dialogen med forældrene skal tage udgangspunkt i deres oplevelse af situationen og eventuelle problemstillinger med henblik på at støtte dem i at formulere egne mål.

Det positive og brede sundhedsbegreb indebærer en forståelse, hvor krop og psyke hænger sammen, og hvor det enkelte menneskes sundhed formes i et dynamisk samspil mellem arv, livsstil, levevilkår og sundhedsvæsenets indsats. Her vægtes således ikke kun fravær af sygdom, men også psykisk og socialt velbefindende [Kjøller et al 2007]. Det betyder, at disse områder også skal indgå i dialogen om amning, hvor forældrene involveres i en dialog om, hvordan de ser den konkrete situation, hvilke problemstillinger der er vigtige for dem, og hvad deres mål med amningen indeholder og omfatter.

2.2.3 Handlekompetence

Det er den sundhedsprofessionelles opgave at støtte forældrene i at udvikle handlekompetence i relation til amning.

Handlekompetence er en kompleks egenskab, som udvikler sig og forandres gennem livet i samspillet mellem personen og omgivelserne [Houborg 2014]. Handlekompetence defineres her som evnen til at forstå problemerne, se handlemuligheder samt vælge og handle reflekteret og ansvarligt ud fra dette i den konkrete situation [Jensen 2016]. Handlekompetence omfatter således følgende delelementer:

- Viden og indsigt: bred, positiv og handlingsrettet forståelse af sundhed, herunder indsigt i forandringsstrategier
- Engagement: lyst til at involvere sig i forandringsprocesser i et dynamisk samfund
- Visioner: evne til at kunne 'gå bagom' og tænke kreativt og visionært
- Handleerfaringer: konkrete erfaringer med at indgå individuelt og kollektivt i demokratiske processer og overveje, hvordan barrierer overvindes
- Kritisk sans: evne til at forholde sig kritisk, drage egne konklusioner og tage beslutninger
- Selvtillid, selvværd, samarbejdsevne og formuleringsevne [Jensen 2016].

I ammevejledningen er det den sundhedsprofessionelles opgave at støtte forældrene i udviklingen af disse delelementer med henblik på at øge deres handlekompetence i relation til amning.

2.2.4 Viden

Viden fører ikke i sig selv til handling. Teorier om sundhedsformidling siger, at sundhedsbudskaber forstås bedre, hvis de aktiverer eksisterende erfaringer og viden hos modtageren [Bartholomew et al 2011]. Tailoring ('skræddersyning') er en metode, baseret på en individuel identifikation af behov, som søger at tilpasse viden til den unikke modtager og de mål, som vedkommende har sat sig. Således ses sundhedsformidling som et relationelt begreb, der omfatter deltagelse af modtageren. Målet er at øge relevansen af sundhedsformidlingen og dermed øge effekten [Kreuter et al 2003]. Den praktiske vidensformidling kan betragtes som en proces bestående af fire trin [Houborg 2014]:

- Inddragelse af forældrenes perspektiv
- Opnåelse af fælles forståelse af problemstillingen
- Formidling af efterspurgt viden
- Efterprøvning af forældrenes forståelse af vejledningen.

2.2.5 Kontekst

Vores liv, praksis og handlinger bliver påvirket af den kontekst, vi er en del af. Den sundhedspædagogiske intervention må derfor medtænke de omgivende rammer, som den udspiller sig i, idet dårlige og demotiverende rammer kan ødelægge selv den bedste undervisning [Jensen 2016]. I ammevejledningen skal der medtænkes to typer af kontekst: konteksten, som vejledningen foregår i, og den kontekst, som forældrene lever deres hverdagsliv i.

Under selve vejledningen vil det for eksempel være relevant at medtænke ro og privathed. I forhold til forældrenes hverdagskontekst vil det være relevant at forudse og bearbejde potentielle barrierer for amningen i deres hverdagsliv og søge at udvikle strategier til at overkomme disse sammen med forældrene.

2.2.6 Kommunikation

Kommunikation beskrives som en udveksling af meningsfulde informationer mellem to eller flere personer. Den foregår gennem et samarbej-

dende fællesskab med det mål at finde frem til fælles forståelse. I ammevejledningen drejer sig at om at finde frem til forældrenes forståelse af situationen eller problemet, idet der ellers er risiko for, at vejledningen bliver baseret på den sundhedsprofessionelles for-forståelse, hvilket kan medføre, at forældrene ikke bliver hjulpet med deres problem. I sidste ende kan det føre til, at amningen ophører helt eller delvist, førend forældrene havde planlagt og ønsket det oprindeligt.

Dette afsnit bygger på referencen Jørgensen 2014a.

Aktiv lytning

For at kunne forstå sin samtalepartner er det helt grundlæggende, at kommunikationen er drevet af åbenhed og nysgerrighed. Her er aktiv lytning fundamental. Aktiv lytning omfatter både den verbale og den nonverbale kommunikation.

Den verbale del af aktiv lytning kan omfatte: *Spejling* af følelser, hvor den sundhedsprofessionelle gør opmærksom på, hvordan hun tolker forældrenes følelser i dialogen. *Parafrasering*, hvor den sundhedsprofessionelle med egne ord gentager, hvad forældrene har sagt. Gentagelse af nøgleord, som kan hjælpe til at få uklarheder uddybet yderligere. *Opmuntringer*, som at sige ja og o.k., kan vise forældrene, at man lytter og anerkender dem og kan desuden stimulere til at fortsætte. *Pauser*, som kan give forældrene mulighed for at reflektere og skabe en forventning om fortsættelse. Endelig kan der *stilles spørgsmål*, som kan åbne eller lukke for et samtaleemne [Jørgensen 2014b].

Den nonverbale del af aktiv lytning omfatter: *kropssprog*, *berøring*, *mimik*, *øjeblikkontakt*, *stemmens klang*, *talens tempo* og *stilhed*. Disse kan medvirke til at understrege betydningen af det verbale, udtrykke interesse for forældrene, nærhed og opmuntring [Jørgensen 2014b]. Feedback kan bruges til at få modtageren til at reflektere, uden man giver dem gode råd. I stedet for du-budskaber sender den sundhedsprofessionelle primært jeg-budskaber, som virker anerkendende uden at fortælle forældrene, hvad de skal gøre [Houborg 2014].

Spørgsmålstyper

Grundlæggende tales om åbne og lukkede spørgsmål. Åbne spørgsmål omfatter hv-spørgsmål, hvor hvordan- og hvad-spørgsmål som udgangspunkt er bedre end hvorfor-spørgsmål, hvis man vil stimulere til reflek-

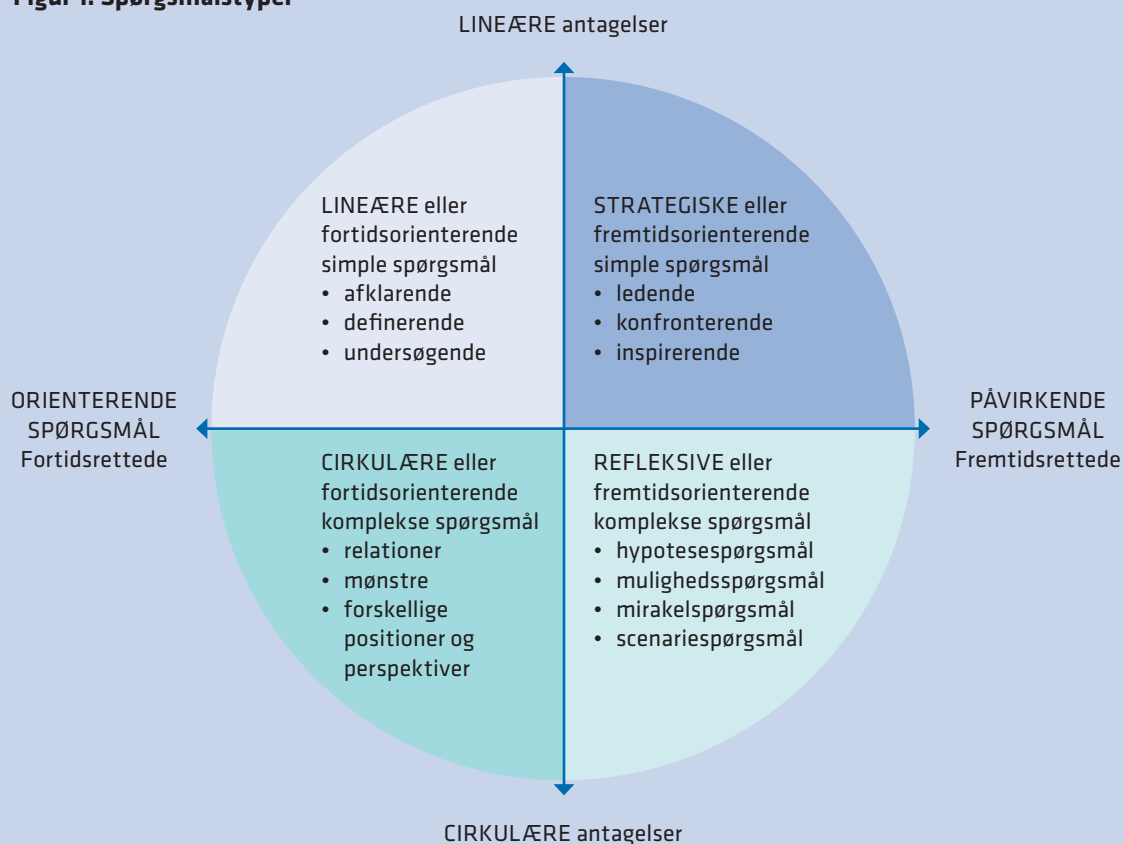
sion. Hvorfor-spørgsmål kan lede forældrene til at (bort)forklare og kan let bringe dem i en defensiv rolle.

Lukkede spørgsmål anvendes til at få af- eller bekræftet noget specifikt og er således effektive til at få besvaret faktuelle spørgsmål. Udfordringen ved lukkede spørgsmål er at undgå, at de kommer til at blokere for dialogen.

I en vejledningssituation bør også anvendes andre typer af spørgsmål, som har forskellige effekter.

I figur 1 er beskrevet forskellige typer af spørgsmål, som inddeles i lineære og cirkulære spørgsmål samt orienterende og påvirkende spørgsmål, se figuren herunder [Tomm 1988].

Figur 1. Spørgsmålstyper



De lineære spørgsmål drejer sig om at identificere problemet og finde løsninger. Ved de cirkulære spørgsmål ser vi på, hvordan problemet hænger sammen med konteksten, hvad påvirker problemet, og hvordan påvirker problemet omgivelserne.

De *orienterende* spørgsmål er oftest rettet mod fortiden og hjælper moderen og den sundhedsprofessionelle med at få en fælles forståelse af problemet. De *påvirkende* spørgsmål er mere fremtidsrettede og drejer sig hovedsageligt om løsningsmuligheder.

En vejledningssituation vil oftest blive indledt med *lineære spørgsmål*, hvor den sundhedsprofessionelle spørger til forældrenes helt konkrete oplevelse af problemet:

Eksempler på lineære spørgsmål i ammevejledningen:

- Hvornår gør det ondt i dine brystvorter?
- Kan du beskrive den smerte, du oplever?
- På en skala fra 1-10, hvor ondt gør det, når du lægger barnet til brystet?

Cirkulære spørgsmål anvendes ofte, når den sundhedsprofessionelle ønsker viden om, i hvilken sammenhæng problemet optræder, og hvordan moderen eller andre kan påvirke problemet.

Eksempler på cirkulære spørgsmål:

- Når du ammer i den tilbagelænedede ammestilling, tager dit barn så fat på brystet på en anden måde?
- Du fortæller, at sidste gang du ammede, gjorde det mindre ondt. Hvad var forskellen på den nuværende amning og de forrige amninger? (Ligheder, forskelle søges afdækket i cirkulære spørgsmål).

Refleksive spørgsmål kan bruges, når den sundhedsprofessionelle vil have forældrene til at tænke over, hvad der påvirker problemet, og hvad der kan prøves for at løse problemet:

Eksempler på refleksive spørgsmål:

- Er der tidspunkter, hvor det gør mindre ondt?

- Du siger, at det gør mindre ondt, når der ikke går så lang tid imellem amningerne. Ville det hjælpe dig at have dit barn hud mod hud, så du er sikker på at se de første små tegn på, at dit barn er klar til at komme til brystet?

Strategiske spørgsmål bruges, når den sundhedsprofessionelle har en ide til en løsning, som hun vil foreslå moderen. Ideen bliver formuleret som et spørgsmål, så moderen kan tage stilling til, om det vil være en løsning for hende, eller om de sammen skal finde andre løsninger.

Eksempler på strategiske spørgsmål:

- Kunne det være en mulighed, at du i fremtiden lufttørre dine bryster 10 min. efter hver amning?
- Har du lyst til, at jeg hjælper dig til rette i den tilbagelænedde ammetilling, så du kan se, om den stilling er mere behagelig for dig at amme i?

2.3 Teoribaseret vejledning

I den evidensbaserede vejledningspraksis bruges teorier til at sikre, at sundhedspersonalets ammevejledning adresserer faktorer, som kan lede til handling hos modtageren [Bartholomew et al 2011]. Evidensbaseret vejledning, som inkluderer relevante teorier, har således vist sig at være mere effektive end vejledning, der er teoriløs [Bartholomew et al 2011]. Teorier udvælges på baggrund af de psykosociale faktorer, som ønskes påvirket. I ammevejledningen er viden og self-efficacy stærke psykosociale faktorer af betydning for ammevarigheden, se [afsnit 2.3.1](#) og [2.3.2](#). I det følgende beskrives, hvorledes disse faktorer kan adresseres ved hjælp af teorier, med henblik på at støtte moderen i at etablere og vedligeholde en amning.

Nedenstående case inddrages og udvikles gennem kapitlet. Casen illustrerer og konkretiserer de beskrevne sundhedspædagogiske aspekter af ammevejledningen.

Stine og Frederik venter deres første barn. Graviditeten er gået godt. Stine er netop gået på barselsorlov 4 uger før termin, og de kommende forældre skal til konsultation hos jordemoderen, hvor de har aftalt at tale om amning.

2.3.1 Formidling af viden

Viden er nødvendig, men fører ikke i sig selv til, at moderen kan amme. For at støtte moderens handlekompetence i relation til amning kræver det, at hun får en viden og indsigt, som er handlingsrettet [Jensen 2016]. En dansk undersøgelse viser, at mødre med meget anvendelsesviden ammer i længere tid end mødre, som har mindre anvendelsesviden, og at faktisk viden om amning ikke ser ud til at have nogen betydning for ammevarigheden [Kronborg et al 2004]. I ammevejledningen skal der således fokuseres mere på *“amning hvordan”* end *“amning hvorfor”*.

Med udgangspunkt i de fire trin, der er beskrevet side 23 belyses formidlingsprocessen i det følgende.

Inddragelse af forældrenes perspektiv

Det har stor betydning, at forældrene oplever, at den viden om amning, der kommunikeres, er relevant for dem i den situation, de befinder sig i – lige nu og her.

Generelt er mennesker mere tilbøjelige til aktivt at optage viden, hvis de føler, at det er personligt relevant. Studier har vist, at viden, som er tilpasset den enkeltes forudsætninger og behov, har en tendens til at blive husket i længere tid [Kreuter et al 2003]. Samtidig undgås overflødig viden, som kan medvirke til, at forældrene oplever informationsmængden som uoverskuelig og ikke relevant eller anvendelig her og nu, hvilket kan reducere forældrenes self-efficacy [Kreuter et al 2003]. Det betyder ofte i praksis, at man kan komme til at bruge meget tid på nogle emner, mens andre emner er irrelevante i den pågældende situation, og derfor må gemmes til senere. Udfordringen for den sundhedsprofessionelle er at identificere forældrenes aktuelle viden og behov for viden for at kunne tage udgangspunkt i forældrenes perspektiv, når hun vejleder [Houborg 2014].

Stine og Frederik kommer til jordemoderen i uge 29.

Jordemoderen starter en dialog om amning ved at spørge: “Hvad har I tænkt jer i forhold til amning eller modermælkserstatning, når jeres barn er født?”. Stine fortæller, at hun meget gerne vil amme, og Frederik støtter hende i, at det er vigtigt.

Jordemoderen er i tvivl, om de nu også tror på, at de kan gennemføre det. Stine taler meget om sin søster, der allerede har fået et barn; det virker, som om de har et tæt forhold.

Jordemoderen spørger derfor: "Har din søster ammet?". Stine fortæller, at amningen slet ikke fungerede, og hun holdt op efter 3 uger.

Jordemoderen følger op med at spørge: "Hvilken betydning tror I, det har for din kommende amning?". Stine er bekymret for, at hun skal opleve det samme, og samtidig har hun glædet sig til, at de kunne støtte hinanden, så det er lidt ambivalent.

Jordemoderen spørger: "Det lyder, som om du og din søster kan have meget glæde af hinanden, når du har født. Når det drejer sig om amning, tror du så din søster vil støtte dig, eller har I eventuelt andre, der kan støtte jer i at få amningen til at fungere?"

I den sundhedspædagogiske samtale, kan den sundhedsprofessionelle lytte til forældrenes perspektiv, forhandle fælles forståelse og kun formidle det, der er behov for [Houborg 2014].

Det kan tænkes, at forældrene og den sundhedsprofessionelle har forskellige perspektiver. I første omgang drejer det sig om at få afdækket, hvad *forældrene* ønsker at drøfte. I casen er jordemoderen aktivt lyttende og forholder sig nysgerrigt undersøgende overfor forældrene gennem åbne spørgsmål. Sundhedspersonalet kan her benytte sig af pauser, nikken og øjenkontakt, så forældrene føler sig hørt og anerkendt.

Fakta-spørgsmål kan bidrage til at danne et helt billede af situationen, som jordemoderen gør, da hun spørger konkret ind til søsterens amning. Hun stimulerer til refleksion, da hun spørger, hvordan forældrene tror, at søsterens erfaringer vil påvirke Stines amning. Som i casen kan refleksive spørgsmål følge op på fakta-spørgsmål.

Endelig kan feedback bruges til at få forældrene til at reflektere, uden man giver dem gode råd. Målet med denne dialog er, at forældrene gennem refleksionen får en større viden og indsigt i, hvad de tænker om amningen, og samtidig får den sundhedsprofessionelle et klarere billede af det, hun skal støtte forældrene i [Houborg 2014].

Forældrene kan undre sig over, at man spørger så meget. Det kan derfor være vigtigt, at den sundhedsprofessionelle meta-kommunikerer ved at fortælle, hvorfor hun gør det. For eksempel kan hun sige: "*Jeg spørger meget for at være sikker på, at jeg har forstået jeres problemstilling, før vi snakker om, hvad I kan gøre*". Når problemstillingerne er belyst, kan

den sundhedsprofessionelle gå videre med at forhandle en fælles forståelse med forældrene.

Fælles forståelse af problemstillingen

Opnåelse af en fælles forståelse er vigtig, fordi man hver især handler ud fra sit eget perspektiv. Hvis den sundhedsprofessionelle ikke har indsigt i forældrenes perspektiv, kan det være vanskeligt at formidle det, der er relevant for dem. Under processen med at opnå fælles forståelse kan det være brugbart at benytte sig af feedback. Det giver den sundhedsprofessionelle mulighed for at stille spørgsmål til det, hun mener, hun har hørt eller set og giver også forældrene mulighed for at reflektere over, om det nu også er det, de mener. Målet med denne fase er at få forskellige opfat-
telser frem, før viden formidles [Houborg 2014].

Under samtalen med Stine og Frederik kunne jordemoderen for eksempel sige: "Jeg vil gerne tale mere med jer om jeres bekymring for, hvordan søsterens erfaringer med amning kan påvirke din amning, Stine."

Stine fortæller om søsterens efterfødselsforløb, og det viser sig, at der kan være flere årsager til, at hun ikke kunne få amningen til at fungere. Søsteren fødte 5 uger for tidligt og fik aldrig mulighed for at have barnet liggende hud mod hud, så det kunne finde brystet. Efterfølgende var hun ikke sikker på, om hendes barn fik nok modermælk og gav hende derfor meget tilskud på flaske, og søsteren fik aldrig stimuleret sin mælkeproduktion tilstrækkeligt.

Stine, Frederik og jordemoderen har i dialogen fået en fælles forståelse af problemstillingen omkring søsterens amme problemer, og forældrene har følt sig inddraget og taget alvorligt. Der er tale om ægte deltagelse i beslutningsprocessen frem mod, hvilken ernæring deres barn skal have. Stine fortæller også, at hun har en rigtig god veninde, som har ammet stort set problemfrit. Desuden har Frederik barselsorlov og ferie de første 3 uger efter fødslen, så de er sammen i de første uger, hvor det hele skal læres.

Formidling af efterspurgt viden

Under formidlingen af viden er det vigtigt at inddrage anvendelsesviden og ikke kun faktaviden ud fra de ting, parret vælger at fortælle [Kronborg 2000]. I Stine og Frederiks tilfælde vil det være relevant at *inddrage* faktaviden om netværkets betydning for amning, suppleret med *anvendelsesviden*, som kunne omfatte en dialog om, hvem i deres

netværk der har positive ammeerfaringer, og hvordan Stine og Frederik kan opøve dem.

Ligeledes kan det være relevant med faktaviden om betydningen af en god start på amningen efter fødslen, suppleret med anvendelsesviden, som blandt andet kan omfatte en dialog om, hvordan de kan lade barnet komme op hud mod hud efter fødslen og give barnet ro til selv at finde brystet.

Efterprøvning af forældrenes forståelse af vejledningen

Efter formidlingen af viden runder den sundhedsprofessionelle af. Her er målet at finde ud af, om forældrene har kunnet bruge vejledningen, og om der er brug for en opfølgning.

Flere strategier kan benyttes for at få efterprøvet vejledningen. Den sundhedsprofessionelle kan spørge forældrene: *“Hvad har I fået ud af vores snak om amning?”* og *“Hvordan tænker I, at I vil gå hjem og bruge det?”*. Her får den sundhedsprofessionelle en direkte evaluering af samtalen set fra forældrenes perspektiv. Samtidig vil forældrene lettere få ejerskab til ideerne og blive motiveret til handling ved selv at formulere deres udbytte [Houborg 2014].

En anden strategi går ud på, at jordemoderen resumerer, hvad de er kommet frem til. Det kunne lyde således:

“Nu har vi snakket om udfordringer i forbindelse med amning af jeres barn. Vi har talt om, hvordan din søsters ammeforløb kan få betydning for dig, Stine, og hvilken betydning en god ammestart har. Vi har også talt om, hvordan I kan støtte hinanden indbyrdes og evt. læne jer mere op af Stines gode veninde og personalet på sygehuset eller sundhedsplejersken, hvis I skulle opleve nogle udfordringer undervejs. Vi har også snakket om, hvad I kan gøre for at få en god start på amningen. Hvad siger I til det? Er det noget, I kan bruge?”.

Denne strategi giver forældrene mulighed for at høre, hvad der er snakket om og reflektere over, om det lyder som en god plan [Houborg 2014].

Denne sundhedspædagogiske tilgang til vidensformidling vil således både have fokus på handlekompetence og forældrenes deltagelse i samtalen og beslutningerne. For at kunne opnå konsistens i vejledningen er det væsentligt at få dokumenteret de bekymringer og aftaler, der er talt om og indgået mellem forældrene og jordemoderen, så det aktivt kan tages

i anvendelse af de sundhedsprofessionelle, som støtter forældrene efter fødslen, se afsnit 2.1.6 om konsistens.

2.3.2 Påvirkning af self-efficacy

Stine har netop født en sund og rask pige til terminen ved en ukompliceret fødsel. Pigen ligger nu på mors mave hud mod hud og er i gang med at finde vej til brystet.

Handlekompetence er tæt knyttet til self-efficacy, som i relation til amning udtrykker moderens tiltro til at kunne overvinde eventuelle vanskeligheder og fortsætte amningen. Socialpsykologen Albert Bandura beskriver i sin teori, hvordan menneskelig tanke, motivation og handling er styret af self-efficacy-komponenten. Self-efficacy defineres her som en persons vurdering af egen evne til at planlægge og udføre en specifik handling [Bandura 1997].

Self-efficacy reflekterer altså menneskets oplevelser af deres evner og ikke nødvendigvis deres faktiske evner. Mennesker med høj self-efficacy har en tendens til at investere flere kræfter i en indsats og være mere vedholdende, indtil de har opnået succes, mens mennesker med lav self-efficacy har en tendens til hurtigere at give op. De kan mangle tro på egne evner, hvilket vil påvirke deres forventninger om succes. Self-efficacy kan styrkes via fire kilder:

- Oplevede erfaringer med at mestre
- Stedfortrædende erfaringer
- Social indflydelse
- Egen fysisk og følelsesmæssig respons på adfærden.

Dette afsnit bygger på referencen Bandura 1997.

Oplevede erfaringer

Fødselsjordmoderen ved fra journalen, at forældrene allerede i graviditeten har snakket om den første amning. Mens Stine ligger med den nyfødte pige hud mod hud, begynder jordmoderen at fortælle forældrene, at det er vigtigt, at pigen selv finder vej til brystet, så hun kan lære at tage godt fat.

“Se, hun er allerede begyndt at lave kravlebevægelser. Det er et af de første trin på vej til at tage fat om brystet.” Hun fortæller, hvordan de kan

snakke med barnet og opleve, hvordan hun reagerer. Jordemoderen beskriver også de næste trin, som barnet vil gennemgå, inden hun tager fat om brystet. Jordemoderen fortæller forældrene, at de ikke behøver at gøre andet end at nyde, at deres barn selv kan finde vej. Jordemoderen forlader fødestuen og fortæller, at hun vil komme tilbage lidt senere.

Når man som sundhedsprofessionel arbejder med forældrenes self-efficacy i relation til amning, gælder det om at øge deres oplevelse af succes. Oplevede erfaringer er den stærkeste kilde til at øge self-efficacy, idet succeser med at mestre gradvist øger forventningerne til, at man kan. Samtidig reduceres den indflydelse, som en negativ oplevelse kan have på oplevelsen af at mestre [Bandura 1997].

Her drejer vejledningen sig om at opdele færdigheder i delfærdigheder, som er enkle at overskue, og som derfor kan give succes [Kronborg 2006]. Her gør jordemoderen det ved at beskrive – trin for trin – den proces, som barnet gennemgår henimod at tage fat om brystet.

Det er optimalt, hvis vejledningen foregår i den konkrete situation, som i casen, hvor jordemoderen helt praktisk har mulighed for at vise forældrene, hvad hun mener med, at barnet allerede er i gang med at finde brystet. På den måde oplever forældrene succes med de første trin og vil derfor øge forventningerne til, at de og barnet kan klare de næste trin. Vidensformidlingen koncentrerer sig om det, der er behov for her og nu, se [afsnit 2.2.4](#) om viden.

Stedfortrædende erfaringer

Jordemoderen kommer ind på fødestuen igen. Den nyfødte er nu i gang med at søge efter brystet. Jordemoderen kommenterer, at barnet er kommet godt videre. Frederik vil gerne hjælpe, så Stine ligger godt, men er i tvivl om, hvordan han bedst gør det.

Jordemoderen spørger, om forældrene har set filmen om den første amning i fødselsforberedelsen. De nikker, og jordemoderen henviser til, hvordan faderen i filmen praktisk støttede moderen under den første amning ved at understøtte med puder, men også bare var til stede og nød det sammen med moderen.

Øgning af self-efficacy gennem stedfortrædende erfaringer foregår ved, at personen får tillid til at kunne klare opgaven ved at iagttage andres succesfulde gennemførelse af en handling. I praksis kan det foregå ved,

at den sundhedsprofessionelle opfordrer forældrene til at iagttage eller tale med andre, der ammer, og at hun inddrager billedmateriale eller film i vejledningen. I casen støtter jordemoderen faderen i at tro på, at han kan være en god støtte for moderen ved at henvise til den film, de har set om emnet. Når forældrene ser andre, der lykkes, kan det påvirke dem til at tro på, at de også selv kan [Bandura 1997].

Social indflydelse

Jordemoderen siger, at hun synes, at Stine og Frederik er gode til at hjælpe hinanden med den første amning. "Og hvor er jeres barn da bare dygtig til at prøve sig frem og gøre sig bekendt med brystet. Det skal hun nok finde ud af." "Nu begynder hun snart at søge efter brystvorten og sutte. Hvis du kan se, at hun kan have brug for, at du støtter brystet, så kan du efterhånden godt begynde på det."

Social indflydelse øger self-efficacy, hvis personer, der er betydningsfulde for forældrene udtrykker, at de tror på, at amningen vil lykkes. Den sundhedsprofessionelle kan være opmærksom på at anerkende forældre og barn, sætte ord på det, der lykkes, overbevise forældrene om, at de kan klare opgaven ved at fokusere på fremskridt og muligheder fremfor problemer og ved at guide forældrene skridt for skridt, når det er vanskeligt [Kronborg et al 2011]. Det er vigtigt, at der er grund til anerkendelse – som i casen, hvor jordemoderen anerkender det, der går godt for forældre og barn. Undgå derfor overdreven og 'tom ros', som kan virke modsat hensigten.

Egen fysisk og følelsesmæssig respons på adfærden

Stine kommer helt til at svede over, at den nyfødte ikke tager fat med det samme. Jordemoderen forsikrer hende om, at hun gør lige, hvad der skal til, og at det ser helt rigtigt ud. "Hun skal bare have lidt mere tid. Hun er ikke klar til at tage brystet endnu, men hun er rigtig godt på vej." Stine slapper af igen, og begge forældre fortsætter med at betages over, hvad barnet kan.

Egen fysisk og følelsesmæssig respons på det, der sker, har også en betydning for self-efficacy, idet kropslige signaler som for eksempel hjertebanken og svedtendens kan medvirke til, at forældrene oplever, at de ikke kan mestre opgaven, hvorimod glæde kan give forældrene en oplevelse af, at de kan mestre.

Som jordemoderen i casen kan den sundhedsprofessionelle arbejde med at vende forældrenes negative kropslige signaler ved at øve deres praktiske færdigheder og guide dem trin for trin, så de kan få opbygget positive erfaringer med amningen [Kronborg et al 2011]. Ligeledes kan den sundhedsprofessionelle opfordre forældrene til at reagere på og sætte ord på deres kropslige signaler, eller spørge ind til signalerne for derved at justere en eventuel problematisk amning [Nilsson et al 2016].

2.3.3 Motivation

Motivation beskrives af psykologen M. Ford som en interaktion mellem menneskers målsætninger, forventninger og følelser, og alle tre faktorer kan fremme eller hæmme motivationen. Målsætningerne hænger sammen med forventningerne til egne ressourcer og til ressourcer i omverdenen. De påvirkes derfor både af de erfaringer, man har med sig, den konkrete situation og den kontekst, man er en del af. Når motivation således er afhængig af den konkrete situation, betyder det også, at den er ustabil og kan ændres afhængigt af situationen [Houborg 2014]. En mor, som oplever problemer med amningen, kan altså føle, at hendes motivation for at amme, bliver ændret. Det er vigtigt at identificere målsætninger, forventninger og følelser i relation til amningen, når vi taler med forældrene, da det man påtænker og de handlinger man foretager hænger sammen med, hvordan man følelsesmæssigt evaluerer situationen [Houborg 2014].

Handlemål

Mål kan både være langsigtede og kortsigtede. De langsigtede mål er ledende for motivationen og er mere stabile end de kortsigtede. De kortsigtede ligger i forlængelse af de langsigtede, men hænger mere sammen med den konkrete situation. De kortsigtede er dermed mere foranderlige. Det er muligt at påvirke forældrenes motivation ved at arbejde med handlemål og give feedback [Bartholemew et al 2011].

Efter at barnet har suttet hos Stine, bliver de alle tre flyttet over til barselsafdelingen. Den nyfødte sover herefter 6 timer og vågner så op og begynder at søge og putte hænderne i munden. Stine lægger pigen til igen, men hun vil slet ikke tage fat. Hun ligger med åben mund ved brystet og virrer frem og tilbage med hovedet og begynder at græde. Efter at have forsøgt at lægge hende til i nogen tid, ringer Stine og Frederik efter en sygeplejerske. Stine er opgivende og føler sig helt stresset over, at pigen ikke vil tage fat og begynder at drage paralleller til søsteren. Frederik forsøger at opmuntre hende.

Sygeplejersken foreslår Stine, at hun læner sig tilbage og lægger barnet ovenpå sig. Stine er med på hvad som helst, men har ikke den store tiltro til, at det kan lykkes. Der går ikke lang tid, før barnet tager godt fat om brystet, og Stine slapper af igen. Efter en veloverstået amning taler sygeplejersken med forældrene om at lave en plan for amningen, så de kan imødegå, at tidlige vanskeligheder vil påvirke motivationen for at amme.

Hun spørger: "Hvad var det, der var svært for dig?" Stine siger, at det påvirker hende meget, at barnet begyndte at græde og ikke ville tage brystet. Sygeplejersken anerkender og siger: "Så når jeres barn græder og ikke vil tage brystet, så stresser det dig? Gad vide om vi kan gøre noget for at undgå det?"

Frederik siger, at det jo virkede super godt at sidde tilbagelænet og amme. Sygeplejersken følger op "Ja, det så ud til at det fungerede for dig og barnet med den tilbagelænte amning. Måske er det en ide, at du ammer på den måde, indtil I begge bliver fortrolige med amningen? Hvad siger du til det, Stine?" Det er Stine helt med på.

Sygeplejersken fortsætter: "Og måske kan I prøve at lægge jeres barn til, når hun begynder at vise de første tegn på, at hun vil til brystet, så hun ikke er helt så utålmodig. Ville det give mening for jer?"

At sætte handlemål påvirker handling på flere måder. For det første tjener det til at angive en retning, der fokuserer på målrelevante aktiviteter. I casen fokuseres på at undgå, at barnet bliver for utålmodigt og grædende, fordi det påvirker Stine negativt, og samtalen kommer så til at handle om, hvordan de kan undgå det.

Når der arbejdes med at opsætte handlemål for amningen i praksis, er det afgørende, at forældrene involveres og deltager aktivt. Det styrker motivationen for at handle i overensstemmelse med målene og øger chancen for effekt [Simovska et al 2012]. Jævnfør [afsnittet 2.2.1](#) om deltagelse gør sygeplejersken målsætningen aktiv ved at få forældrene til at definere problemet. Via et åbent indgangsspørgsmål og med inddragelse af refleksive spørgsmål inviterer hun forældrene til at komme med deres bud på, hvad der kan gøres. Og hun giver dem mulighed for at påvirke valget ved at spørge ind til, hvad de mener om planen.

Det er ligeledes vigtigt, at målene beskrives som konkrete *handlinger* – som i casen at lægge barnet til, når det viser tegn, og bruge tilbage-

lænet ammestilling – og ikke bruge mere overordnede begreber som for eksempel “etablering af amning” eller “lang ammevarighed”.

Handlemålene skal være specifikke, overskuelige og opnåelige, og forældrene skal have den nødvendige viden og færdigheder, for at det kan lykkes. Det vil øge chancen for succes og påvirke såvel motivation som self-efficacy positivt [Bartholemew et al 2011].

En måde at gøre handlemålene overskuelige på, er at bryde dem op i delmål. Sygeplejersken medvirker til at gøre målene overskuelige og opnåelige ved at fokusere på to delhandlinger: at lægge barnet til brystet, når barnet viser de første tegn og at anvende tilbagelænet ammestilling. Det opnåelige består i, at den tilbagelænedes stilling har vist sig effektiv ved Stines forrige amning, og forældrene er derfor godt rustet til at gennemføre målsætningen. Ved at spørge forældrene direkte, om handlemålene virker overskuelige, kan sundhedspersonalet få en viden om, hvorvidt målene skal brydes op i flere delmål. Endelig er feedback nødvendig for at gøre målsætning effektiv og overskuelig [Wambach et al 2019]. Her kan det være godt at fastsætte en specifik periode, hvor handlemålene afprøves, hvorefter der evalueres. For den beskrevne case kunne det for eksempel gøres således:

Hvis Stine og Frederik er med på at handle, som beskrevet tidligere, kan sygeplejersken afslutte med at sige: “Så vi aftaler, at næste gang jeres barn begynder at give tegn til at ville til brystet, så lægger I hende til i tilbagelænet stilling. I kan ringe til mig, hvis I har brug for, at jeg er med, og ellers snakker vi sammen om, hvordan det er gået, når hun har suttet. Virker det som en overskuelig plan for jer?”

Krav til handlemål

- Målene skal beskrive en handling.
- Handlingen skal være specifik.
- Handlingen skal være overskuelig.
- Handlingen skal være opnåelig.
- Viden og færdigheder til at gennemføre handlemål skal være til stede.
- Handlingen skal evalueres ved feedback.

Ved opsætning af handlemål er det den sundhedsprofessionelles opgave at få forældrene til at formulere handlemål og derefter støtte dem i at gøre målet så realiserbart så muligt.

Referencer til kapitel 2

Bandura, A (1997): *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. 1st edition. New York: Worth Publishers; 1997. 604 p.

Bäckström CA et al (2010): *Two sides of breastfeeding support: experiences of women and midwives*. Int Breastfeed J. 2010;5(1):20.

Bartholomew LK et al (2011): *Planning health Promotion Programs. An Intervention Mapping Approach*. 3.ed. Vol. 2011. San Fransisco, USA: Jossey-Bass; 2011.

Bartholomew MK et al (2012): *New Parents' Facebook Use at the Transition to Parenthood*. Fam Relat. 2012 Jul;61(3):455–69.

Boe Danbjørg D et al (2015): *Nurses' Experience of Using an Application to Support New Parents after Early Discharge: An Intervention Study*. Int J Telemed Appl. 2015;2015:1–10.

Brixval CS et al (2015): *The effect of antenatal education in small classes on obstetric and psycho-social outcomes – a systematic review*. Syst Rev [Internet]. 2015.

Brown S et al (2002): *Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants*. Cochrane database Syst Rev. 2002;(3):CD002958.

Carlsen, EM et al (2013): *Telephone-Based Support Prolongs Breastfeeding Duration in Obese Women: A Randomized Trial*. American Journal of Clinical Nutrition 98 (5): 1226–32. doi:10.3945/ajcn.113.059600.

Danbjørg DB et al (2015): *Intervention among new parents followed up by an interview study exploring their experiences of telemedicine after early postnatal discharge*. Midwifery. 2015 Jun;31(6):574–81.

Danske Regioner, Region Hovedstaden, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse. *LUP fødende 2013*. Frederiksberg: Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse; 2014.

Danske Regioner, Region Hovedstaden, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse. *LUP fødende 2015*. Frederiksberg: Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse; 2016.

Giglia R, Binns C (2014): *The Effectiveness of the Internet in Improving Breastfeeding Outcomes, A Systematic Review*. J Hum Lact. 2014;0890334414527165.

Hauck YL et al (2016): *Australian, Irish and Swedish women's perceptions of what assisted them to breastfeed for six months: exploratory design using critical incident technique*. BMC Public Health [Internet]. 2016 Dec [cited 2016 Dec 6];16(1).

Available from: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-3740-3>.

Hauck YL et al (2011): *Western Australian women's perceptions of conflicting advice around breast feeding*. Midwifery. 2011 Oct;27(5):e156-62.

Houborg U (2014): *Den sundhedspædagogiske samtale med forældre og børn*. I Jørgen K, 2014. Kommunikation – for sundhedsprofessionelle. 3. udgave. Gads Forlag, København.

Jensen BB (2016): *Kernebegreber i sundhedspædagogik*. I Jensen BB et al. Forebyggende sundhedsarbejde. 6. udgave. Munksgaard, København.

Jørgensen K (2014a): *Kommunikation i sundhedsvæsenet*. I Jørgensen K(red). Kommunikation – for sundhedsprofessionelle. 3 udg. Gads Forlag.

Jørgensen K (2014b): *Aktiv lytning, spørgsmål og gensvar*. I Jørgensen K(red). Kommunikation – for sundhedsprofessionelle. 3 udg. Gads Forlag.

Kjøller M et al (2007): *Folkesundhedsrapporten 2007*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, København; 2007.

Kompetencecenter for Amning: www.kompetencecenterforamning.dk/professionelle-netvaerk.aspx

Kreuter MW, Wray RJ (2003): *Tailored and Targeted Health Communication: Strategies for Enhancing Information Relevance*. Am J Health Behav. 2003;5227-32.

Kronborg H, Vaeth M (2004): *The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding*. Scand J Public Health. 2004;32(3):210-6.

Kronborg H (2000): *Er amning for alle?* Aarhus University; (Master of Public Health; vol. 2000).

Kronborg H (2006): *Tidligt ammeophør – kan det forebygges?* Et forskningsprojekt i sundhedsplejens praksisfelt. [Ph.d. Thesis]. Aarhus University; 2006.

Kronborg H, Kok G (2011): *Development of a postnatal educational program for breastfeeding mothers in community settings: intervention mapping as a useful guide*. J Hum Lact Off J Int Lact Consult Assoc. 2011 Nov;27(4):339-49.

Lavender T et al (2013): *Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum*. Cochrane Libr 2013.

Lumbiganon P et al (2016): *Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration*. In: The Cochrane Collaboration, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2016.

Maimburg R et al (2013): *Sundhedsplejersketelefon giver tilfredse forældre* | Sygeplejersken, DSR. DSR [Internet]. 2013 Sep 19 [cited 2016 Dec 7];2011(15).

Nilsson I et al (2015): *Parental experiences of early postnatal discharge: A meta-synthesis*. Midwifery 2015;926-34.

Nilsson I (2016): *Less is more. Early discharge following birth – How do we support mothers to effective breastfeeding?* PhD dissertation. Aarhus University.

Nilsson, I.M.S. et al (2017a): *Early discharge following birth – What characterises mothers and newborns?* Sex. Reprod. Healthc. 11, 60–68. doi:10.1016/j.srhc.2016.10.007.

Nilsson, I.M. et al (2017b): *Focused breastfeeding counselling improves short-and long-term success in an early-discharge setting: A cluster-randomized study.* Matern. Child. Nutr. doi:DOI 10.1111/mcn.12432.

Region Syddanmark. *Ammepolitik i Region Syddanmark* august 2012.pdf.

Renfrew MJ et al (2012): *Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies.* In: Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2012.

Schmied V et al (2011): *Women's Perceptions and Experiences of Breastfeeding Support: A Metasynthesis.* Birth. 2011 Mar 1;38(1):49–60.

Simovska V og Jensen M (2012): *Sundhedspædagogik i sundhedsfremme.* Gads Forlag, København.

Sipsma HL et al (2015): *Breastfeeding among Adolescent Mothers A Systematic Review of Interventions from High-Income Countries.* J Hum Lact. 2015 May 1;31(2):221–9.

Skouteris H et al (2014): *Interventions Designed to Promote Exclusive Breastfeeding in High-Income Countries: A Systematic Review.* Breastfeed Med. 2014 Apr;9(3):113–27.

Sundhedsstyrelsen (2013). *Anbefalinger for svangreomsorgen.*

Svenstrup H et al (2016): *En fælles indsats – Amme- og trivselspolitik .* 2016. <http://www.patientkommunikation.dk/media/1112/version-3-en-f%C3%A6lles-indsats-amme-og-trivselspolitik-maj-2016.pdf>.

Taki S et al (2015): *Infant Feeding Websites and Apps: A Systematic Assessment of Quality and Content.* Interact J Med Res [Internet]. 2015 Sep [cited 2016 Dec 14];4(3). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih-gov.ez.statsbiblioteket.dk/2048/pmc/articles/PMC4704960/>

Tomm K (1988): *Interventive interviewing: Intending to ask lineal, circular, strategic or reflexive questions?* Family Process 27: 1-15.

Wambach K et al (2019): *Breastfeeding and Human Lactation*, 6. Edition 2019, ISBN: 978-1-284-15156-5.

WHO | Baby-Friendly Hospital Initiative [Internet]. WHO. [cited 2016 Dec 9]. Available from: http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/en/

Årsrapport Audit på genindlæggelser af nyfødte < 30 dage efter fødslen 2014-2015. Kan rekvireres ved henvendelse til Henriette Svenstrup, henriette.svenstrup@midt.rm.dk

Amningens helbredsmæssige effekter på mor og barn

Dette kapitel tager udgangspunkt i en metaanalyse af amningens effekter, der blev bragt i The Lancet i januar 2016 [Victora et al 2016]. I kapitlet bruges definitionerne ‘eksklusiv amning’ og ‘fuld amning’, som de er refereret i de originale tekster. Her skal således ses bort fra de danske definitioner af amning, som er angivet [side 11](#).

Amning har betydning for en række helbredsforhold hos barnet – både under og formentlig også efter ammeperioden, ligesom amning også påvirker moderens helbred under amningen og på længere sigt. I dette afsnit beskrives udelukkende de biologiske effekter, mens de psykologiske effekter af amning ikke omtales, bortset fra en kort tekst om fødselsdepression.

Metaanalysen er blevet til på baggrund af gennemgang af 28 systematiske reviews og metaanalyser om amningens effekter for både mor og barn. Heraf blev de 22 anvendt som grundlag. Af metaanalysen fremgår, hvilken søgestrategi og hvilke søgeord der blev anvendt. Metaanalysen beskriver helbredseffekter på kort og langt sigt for både barn og mor og giver indsigt i, hvordan amning muligvis permanent former det enkelte individs livsforløb. Der er ikke med sikkerhed tale om årsagssammenhænge, selvom der er set en sammenhæng mellem amning og helbredsforhold. Se opsummering af metaanalysens konklusioner i boksen på næste side.

Emner, der ikke er omtalt i metaanalysen i The Lancet, vil også blive beskrevet i kapitlet på baggrund af den øvrige eksisterende viden.

3.1 Om metaanalysen

Indikatorerne i metaanalysen var: tidlig amnestart, ammet overhovedet, eksklusiv amning i 0-5 måneder, amning i 6 måneder, amning i 12 måneder og amning i 1-23 måneder. Metaanalysen viste, at bortset fra tidlig amnestart, faldt forekomsten af de udvalgte indikatorer med stigende national velstand. Der blev indsamlet data fra op til 153 lande med repræsentation fra alle indkomstgrupper. Lande med lav indkomst

havde høj forekomst af amning i alle de aldre, man målte på, men hyppigheden af tidlig ammestart og eksklusiv amning er utilfredsstillende, også i disse lande.

Helbredsmæssige effekter af amning

For barnet viser metaanalysen

- Stærk evidens for, at amning beskytter mod diarré og luftvejsinfektioner
- Solid evidens for, at amning beskytter mod mellemørebetændelse (I metaanalysen af Victora CG et al (2016) anvendes begrebet "*consistent evidence*", hvilket i denne bog er oversat til "solid evidens". Denne oversættelse er valgt, da begrebet *consistent* ikke er en del af det evidenshierarki, Sundhedsstyrelsen normalt anvender)
- Studier, der tyder på effekt på intelligens med i gennemsnit 3 IQ-point
- Studier, der tyder på øget forekomst af caries ved amning > 12 måneder
- Mulig beskyttelse mod allergisk rhinitis
- Begrænset evidens for beskyttelse mod type 2-diabetes
- Inkonklusiv evidens for beskyttelse mod astma eller hvæsende vejrtrækning
- Ingen evidens for beskyttelse mod allergisk eksem
- Ingen evidens for beskyttelse mod fødevareallergi
- Ingen evidens for effekt på blodtryk og kolesterol
- Væsentlig reduktion i forekomsten af fejl-tandstilling, når barnet ammes
- Nogen effekt i forhold til forekomsten af børneleukæmi.

For moderen viser en metaanalyse

- Studier, der tyder på forlængelse af amenoré, specielt ved eksklusiv amning
- Studier, der tyder på beskyttende effekt mod brystkræft
- Nogen evidens for beskyttende effekt mod kræft i æggestokkene
- Utilstrækkelig evidens for beskyttende effekt mod knogleskørhed
- Begrænset evidens for beskyttende effekt mod type 2-diabetes
- Usikker effekt i forhold til vægttab efter fødslen.

3.1.1 Forhold af betydning i Danmark

Review af studier i forbindelse med udarbejdelse af metaanalysen viste, at for højindkomstlande som Danmark var det mere almindeligt for veluddannede kvinder med høj indkomst at amme end det, man fandt i lavindkomstgrupperne med lavere uddannelsesniveau. De fund har Databasen Børns Sundhed også gjort 2 gange med 5 års interval [Christensen et al 2011, Johansen et al 2016].

Den seneste rapport fra Databasen Børns Sundhed [Johansen et al 2016] konkluderer, at kvinder med en kortvarig uddannelse har større risiko for tidligt ammeophør. Desuden beskriver rapporten, at en lang række problemer ved fødsel og i familien er risikofaktorer for tidligt ammeophør. For uddybning af dette se kapitel 5 om sociodemografiske faktorer.

3.1.2 Studiernes karakter

Der er en række metodemæssige problemer ved studier af amningens effekt, som der skal tages forbehold for.

- Studierne er ikke randomiserede, da det ikke er etisk acceptabelt at foretage lodtrækningsstudier i forbindelse med amning.
- Det er velkendt, at faktorer som uddannelsesniveau og socialklasse har betydning for moderens valg med hensyn til amning, men disse faktorer har også selvstændig betydning for moderens og barnets helbred.
- Ligeledes kan både moderens og barnets helbred, fx allergiske sygdomme og symptomer, have betydning for moderens valg med hensyn til amning.

Disse forhold gør det svært at afgøre, om en observeret sammenhæng mellem amning og en given helbredseffekt er en årsagssammenhæng.

Herudover er der brugt forskellige definitioner af amning især med hensyn til, hvor stringent eksklusiv amning er defineret. Det kan også dreje sig om “aldrig-ammet” versus “ammet i det hele taget” og om længden af eksklusiv amning versus delvis amning. Det ses således i studier fra lande med langt lavere ammeprævalens end i Danmark, at der ofte er fokuseret på betydningen af amning ned til få ugers varighed, versus ingen amning, mens andre studier har fokuseret på betydningen af amningens længde.

Alternativet til amning var ikke optimalt årtier tilbage, og gennem årene har modernælkserstatning skiftet sammensætning, så ligheden med modernælk er blevet større. Forskelle mellem de biologiske effekter hos ammede og ikke-ammede børn kan derfor variere med tidsperioden, som barnet blev ammet i, og skal derfor vurderes i sammenhæng med den modernælkserstatning, som barnet fik på det givne tidspunkt.

3.1.3 Effekter af amning i lande med lav- og middelindkomst

Metaanalysen anvender begrebet lav- og middelindkomst (LMIC), øvre middel og højindkomstlande. Den terminologi vil også blive anvendt i denne bog. I studier fra LMIC-lande findes effekter af amning i en helt anden størrelsesorden end i de to andre grupper. Effekterne af amning i LMIC-lande ses primært på grund af amningens beskyttende effekt over for de hyppige og alvorlige infektionssygdomme og betydningen af den ofte dårlige hygiejne i forbindelsen med tilberedning af modernælkserstatning.

Den kortsigtede effekt af amning har i lande med lav- og middelindkomst stor betydning for dødeligheden. Det er således dokumenteret, at eksklusivt ammede børns risiko for at dø var langt lavere, sammenlignet med børn, som aldrig var ammet. Andre effekter er påvist fx i forhold til forekomsten af diarré og luftvejsinfektioner. Disse resultater vil ikke blive uddybet i denne bog, da det ikke er relevant for danske forhold.

Også i lande, der ligger i kategorierne øvre middel- og højindkomst, som Danmark tilhører, ses det, at amning beskytter mod dødsfald. En meta-analyse af seks studier af høj kvalitet viser, at hvis børnene overhovedet var blevet ammet, var det associeret med gennemsnitlig 36 % reduktion i forekomsten af pludselig uventet spædbarnsdød (vuggedød). En anden metaanalyse af fire randomiserede kontrollerede forsøg (RCT) viste et fald på 58 % i forekomsten af nekrotiserende enterocolitis.

Uanset at der i Danmark ikke ses hyppige og alvorlige infektionssygdomme, og der er adgang til rent vand for alle og gode hygiejniske forhold generelt, er det vigtigt at støtte op om WHO's anbefalinger om amning, da der er væsentlige helbredsfordele for både mor og barn ved amning i omkring 6 måneder eller længere. Amning anbefales til 1 år eller længere, så længe mor og barn trives med det. Overgang til familiens mad bør starte senest omkring 26-ugersalderen [Sundhedsstyrelsen 2019].

3.2 Barnets vækst

WHO udgav i 2006 vækstkurver for 0-5-årige børn, som udgør vækststandarder for børn i hele verden. Man fulgte 888 børn fra seks forskellige steder i verden igennem deres første 2 leveår. Børnene var udvalgt til at afspejle sunde børns vækst. Forudsætningen var, at både mor og barn skulle være raske, graviditeten skulle være forløbet normalt, mor måtte ikke ryge, familien skulle have gode økonomiske og sociale kår, og barnet skulle følge vaccinationsprogrammet. Hvert barn blev undersøgt i alt 21 gange. Børnene skulle være udelukkende ammede i 4-6 måneder og delvist ammede i 12 måneder [WHO 2006]. Sundhedsstyrelsen tilsluttede sig vækstkurverne i 2011 og udgav i 2015 en vejledning til sundhedspersonale i primær sundhedstjeneste om brugen af disse kurver til at vurdere små børns vækst [Sundhedsstyrelsen 2015].

Det ammede barns vækstmønster er – sammenlignet med væksten hos børn, der får modermælkserstatning – karakteriseret ved en hurtigere vækst de første 2-3 måneder og derefter en lavere væksthastighed resten af første leveår. Ved 12-månedersalderen vejer ammede børn lidt mindre, er en smule kortere og lidt tyndere [Turck et al 2013].

Tabel 1. Normal vægtøgning i de første to leveår

Alder (måneder)	Gram pr. måned	Gram pr. 3 måneder
0-1*	400-1500	1800-3950
1-2	600-1650	
2-3	350-1200	
3-6	-	850-2400
6-9	-	350-1650
9-12	-	150-1450
12-15	-	0-1350
15-18	-	0-1350
18-21	-	50-1350
21-24	-	50-1300
Tallene er afrundede gennemsnit for piger og drenge i intervallet mellem p3 og p97 for vægtøgning i den givne periode. Vægtøgning i den lave ende af normalintervallet bør primært ses hos børn, som vokser mere i perioderne før og/eller efter vejningen, eller hos tykke børn, som laver catch-down.		

Den normale vægtøgning i de første 2 leveår viser meget stor variation. For at vurdere det enkelte barns vækst henvises til *Monitorering af vækst hos 0-5-årige børn. Vejledning til sundhedsplejersker og praktiserende læger* [Sundhedsstyrelsen 2015].

3.3 Effekter på barnets helbred

Nedenfor uddybes de helbredseffekter, som metaanalysen har identificeret, og der suppleres med andre undersøgelser, som ikke er inddraget i metaanalysen med henblik på at informere sundhedspersonalet om andre faktorer, som har forbindelse til barnets sundhed og helbred på både kort og langt sigt. Helbredseffekterne er oplistet alfabetisk.

3.3.1 Allergiske sygdomme

Undersøgelser af amningens effekt på udviklingen af allergiske (atopiske) sygdomme kan af etiske grunde ikke baseres på randomiserede kontrollerede forsøg (RCT), der sædvanligvis kræves, når en intervention skal dokumenteres. Undersøgelserne må i stedet baseres på såkaldte fremadrettede (prospektive) observationsstudier, der følger de højeste videnskabelige krav og samtidig tager hensyn til de mange faktorer, der indgår i forældres valg af ernæring til deres nyfødte barn.

Metaanalysen [Victora et al 2016] fandt ikke klar evidens for den beskyttende effekt af modermælk i forhold til udvikling af allergiske sygdomme. Der blev således ikke fundet en sammenhæng mellem amning og eksem og fødevareallergi, men nogen evidens for beskyttelse mod astma hos børn i alderen 5-18 år, og nogen evidens for beskyttelse mod allergisk rhinitis hos børn under 5 år [Lodge et al 2015].

EAACI (Det Europæiske Selskab for Allergologi) anbefaler i lighed med ESPGHAN (European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition) amning til alle børn for at forebygge komælksallergi. Hos allergidisponerede børn har modermælk til fulde 4 måneder en forebyggende effekt i forhold til udvikling af komælksallergi. Efter 4-månedersalderen er der ikke påvist en sådan forebyggende effekt [Muraro et al 2014].

Der foreligger et enkelt ældre, randomiseret studie, som viser, at allergidisponerede børn født præmaturt havde signifikant lavere forekomst af komælksallergi, når de blev ernæret med human donormælk, sammen-

lignet med de børn, som fik almindelig komælksbaseret modernælks-erstatning [Halken 2004].

Der er ingen dokumentation for allergiforebyggende effekt af diæt til moderen, hverken i graviditeten eller i ammeperioden, ligesom der ikke er dokumentation for effekt af diæt i forhold til udvikling af mælkeallergi til barnet efter 4-månedersalderen. Efter 4-månedersalderen skal allergidisponerede børn ernæres fuldstændig som andre børn.

3.3.2 Blodlipider, blodtryk og hjerte-kar-sygdom

En metaanalyse af systolisk og diastolisk blodtryk samt totalt kolesterol viser ingen evidens for den beskyttende effekt af amning [Horta et al 2015].

3.3.3 Børneleukæmi

Forskere har foreslået, at amning kan have betydning for nogle kræftformer i barndommen via en stimulering eller modulering af immunsystemet. Leukæmi er den hyppigste kræftform blandt børn, og især undertypen akut lymfoblastær leukæmi, hvorfor der også er flest studier herom. I forhold til lymfoblastær leukæmi har undersøgelser vist, at risikoen kan reduceres med 10 % ved amning generelt uanset ammeperiodens længde, og risikoen reduceres tilsyneladende yderligere ved en ammeperiode over 6 måneder [Martin et al 2005a, Ip et al 2007]. Metaanalysen viser nogen effekt af amning på forekomsten af børneleukæmi med en reduktion på i gennemsnit 19 %.

3.3.4 Centralnervesystemet

Modermælk indeholder langkædede fedtsyrer (LCPUFA), specielt n-3-fedtsyren docohexaenoic (DHA), som ikke findes i alle modernælks-erstatninger. Den indbygges med høj specificitet i cellemembranerne i retina og nerveceller, og både det absolutte og relative indhold øges i første leveår. Mennesket er i stand til at danne DHA ud fra α -linolensyre, men det er uvist, om omdannelsen hos spædbørn er tilstrækkelig effektiv til at dække behovet, eller om de er afhængige af at få DHA tilført via modermælken. Det er vist, at ammede børn har et højere indhold af LCPUFA i cellemembranerne i hjernebarken (cerebral cortex) end ikke ammede børn. Der er således en mulig biologisk mekanisme for en bedre kognitiv udvikling og bedre synsfunktion hos ammede børn.

Metaanalysen viser konsistent evidens for bedre præstation i intelligens-tests hos børn og unge, der var ammet i henhold til WHO's anbefalinger.

16 af de 22 studier viste i gennemsnit 3-4 IQ-points forskel. I alle studier var der kontrolleret for adskillige faktorer, der kunne påvirke resultatet (confounders), herunder stimulation i hjemmet. Ni af studierne var også justeret for mors intelligens med i gennemsnit 2.6 IQ-point til forskel. Et stort randomiseret studie viste en højere IQ hos ammede børn med mere end 7 IQ-point ved 6½-årsalderen [Victora et al 2015].

Et studie i Brasilien med 30 års follow-up viste en effekt af amning i forhold til intelligens. Der sås også effekt på varighed af skolegang og indkomst som voksen, hvilket i studiet blev forklaret med den højere IQ [Victora et al 2015].

Forskellene i IQ-point har stor betydning på populationsniveau, men for det enkelte barn har det mindre betydning.

Obligatorisk tilsætning af DHA bliver et krav med EU-Kommissionens delegerede forordning (EU) 2016/127 af 25. september 2015, og denne finder først anvendelse den 22. februar 2020 (22. februar 2021 for produkter fremstillet af hydrolyseret protein). Virksomheder, der producerer modermælkserstatninger, kan bruge de nye regler frivilligt nu, men er altså ikke forpligtigede til det. Dermed er det stadig tilladt at markedsføre modermælkserstatningsprodukter uden langkædede fedtsyrer; herunder DHA.

3.3.5 Cøliaki

Cøliaki er en autoimmun sygdom, hvor indtag af gluten udløser en immunologisk reaktion, som beskadiger tarmens slimhinde, hvilket resulterer i malabsorption. Sygdommen kan opstå i alle aldre og er i høj grad arvelig, men derudover er der ikke megen viden om, hvorfor sygdommen opstår [Sundhedsstyrelsen 2016].

Et norsk mor-barn kohortestudie har vist en øget risiko for cøliaki, når gluten blev introduceret efter 6-månedersalderen. Studiet fandt desuden, at der var øget risiko for cøliaki, når barnet blev ammet efter 12-månedersalderen [Størdal et al 2013]. Et randomiseret studie med spædbørn fra en række europæiske lande samt Israel, hvor interventionsgruppen fik tilsat små mængder gluten i kosten, viste ingen forebyggende effekt af at vente, til barnet var fyldt 6 måneder. Studiet involverede børn, der var disponeret for sygdommen, men kunne ikke påvise effekt af amning i forbindelse med introduktion af gluten i kosten i forhold til at udvikle cøliaki senere [Vriezinga et al 2014].

3.3.6 Diabetes

Et skandinavisk populationsbaseret kohortestudie med inklusion af 155.000 børn tyder på en beskyttende effekt mod type 1-diabetes. Studiet viser, at børn, der ikke blev ammet, havde en to-fold øget risiko for type 1-diabetes sammenlignet med de børn, der blev ammet delvist i 12 måneder eller mere [Lund-Blix 2017].

Et review og en metaanalyse af seks studier viser kun begrænset evidens for sammenhængen mellem amning og udvikling af type 2-diabetes. Tre studier, der blev vurderet til at være af høj kvalitet, tyder på en mulig vigtig, men ikke signifikant reduktion af forekomsten af type 2-diabetes ved amning. Disse fund kunne også være et udtryk for, at amning ser ud til at beskytte mod senere overvægt og svær overvægt [Victora et al 2016].

3.3.7 Immunrelaterede effekter hos barnet

Modermælk indeholder en lang række komponenter, som potentielt kan beskytte barnet mod infektioner og påvirke dets immunsystem. Amning giver passiv beskyttelse ved, at modermælken gennem sit indhold af bl.a. sekretorisk immunoglobulin A (SIgA) beskytter slimhinderne i de øvre luftveje og mave-tarm-kanalen mod patogener og dermed nedsætter risikoen for invasive infektioner. Derudover stimulerer amning også barnets eget immunsystem [Hanson et al 2003].

3.3.8 Infektionssygdomme og mortalitet

Metaanalysen [Victora et al 2016] har vist, at der er stærk evidens for, at amning beskytter mod infektionssygdomme som diarré og luftvejsinfektioner. Analyserne er primært foretaget i LMCI-lande, hvor der ses de største effekter, og inkluderer tre randomiserede, kontrollerede forsøg (RCT). Et systematisk review og metaanalyse, der indgår i metaanalysen af Victora et al, har undersøgt amningens effekter i forhold til mortalitet i alderen 0-24 måneder. Analysen viser, at eksklusiv amning har en stærk beskyttende effekt i forhold til mortalitet. Børn, som ikke blev ammet i de første 6 måneder, havde knap 9 gange større risiko for at dø af infektionssygdomme i det første halve leveår sammenlignet med dem, der blev ammet fuldt [Sanka et al 2015].

Amning nedsætter dermed spædbarnsdødeligheden markant.

Metaanalysen [Victora et al 2016] har vist, at amning beskytter mod mellemørebetændelse hos børn under 2 år. Dette fund er især gjort i højindkomstlande og kan ikke genfindes konklusivt hos børn over 2 år.

3.3.9 Nekrotiserende enterocolitis

For tidligt fødte børn fødes med et umodent fordøjelsessystem, hvor også tarmens immunfunktion er umoden. Disse børn har øget risiko for at udvikle den alvorlige tarmsygdom nekrotiserende enterocolitis, der ofte gør det nødvendigt at bortoperere større dele af tarmen. Ernæring med modermælk stimulerer en modning af tarmkanalens fordøjelses- og immunfunktion [Sangild et al 2006]. Det nedsætter desuden risikoen for udvikling af nekrotiserende enterocolitis hos børn, der er født præmaturt.

En metaanalyse af fire randomiserede, kontrollerede forsøg viser et gennemsnit på 58 % fald i forekomsten af nekrotiserende enterocolitis, når barnet får modermælk [Victora et al 2016].

3.3.10 Overvægt og svær overvægt

Metaanalysen af Victora et al viser, at de fleste studier på dette område er fra højindkomstlande. Der blev identificeret 113 studier, som viste, at længere perioder med amning er associeret med en 26 % reduktion i risikoen for overvægt eller svær overvægt [Victora et al 2016]. Det fremgår ikke af metaanalysen, hvad "længere perioder" er.

Et review af 23 studier af høj kvalitet med mere end 1500 deltagere, som blev justeret for socioøkonomisk status, mors BMI og perinatal dødelighed, viste en samlet reduktion i forekomsten af overvægt eller svær overvægt med 13 % [Horta et al 2015].

3.3.11 Pludselig uventet spædbarnsdød

Metaanalysen [Victora et al 2016] viser, at også i HMCI-lande kan amning beskytte mod dødsfald. I Victora et al's metaanalyse indgår bl.a. seks studier af høj kvalitet [Ip et al 2007], som viser, at børn, der overhovedet var ammet, i gennemsnit havde 36 % lavere risiko for at dø pludseligt og uventet under søvn (pludselig uventet spædbarnsdød). I denne analyse var der taget højde for sovestilling, moderens rygestatus og socioøkonomiske forhold. En metanalyse af 288 studier fandt også, at amning beskytter mod vuggedød, og at effekten var større ved eksklusiv amning [Hauck et al 2011].

3.3.12 Synsudvikling

Generelt har ammede spædbørn en bedre synsstyrke end ikke-ammede børn. Det kan formentligt forklares ud fra modermælken indhold af DHA, da tilsætning af DHA til modermælkserstatning er forbundet med en bedre synsudvikling, se [afsnit 3.3.4](#). Et veludført studie fandt, at forskellen i synsstyrke mellem ammede og ikke-ammede børn også var til stede i 4-årsalderen [Birch 2007].

3.4 Helbredseffekter for moderen

Når det gælder effekter af amning for moderens vedkommende, viser metaanalysen helbredseffekter i forhold til amenoré, bryst- og æggestokkræft, type 2-diabetes og knogleskørhed. Metaanalysen indeholder også forskningsresultater, der vedrører vægttab og depression hos mor [Victora et al 2016].

3.4.1 Amenoré (udebleven menstruation)

Øget amning og især eksklusiv amning er associeret med en længere periode af amenoré. Undersøgelser fra RCT-interventioner, der havde til formål at fremme amning, bekræfter dette [Victora et al 2016].

3.4.2 Brystkræft

Brystkræft er den hyppigste kræftform blandt kvinder, og ca. en fjerdedel af de, der får brystkræft, er under 50 år og dermed i den fertile alder. Hyppigheden af brystkræft stiger med alderen, så brystkræft er ikke hyppigt hos kvinder under 40 år. Men det forekommer, og det kan således også ramme kvinder både under graviditet og i ammeperioden.

At opdage brystkræft under graviditet eller i ammeperioden er ofte vanskeligere pga. det tætte, mælkeholdige kirtelvæv, så mammografien (røntgengennemlysning) er mindre velegnet til at vise, om der er sygelige fortætninger i vævet. Her er ultralyd bedst til at identificere knuder i kirtelvævet og vejlede i, hvor vævsprøver eventuelt skal tages.

Skulle brystkræft opdages under graviditet, kan graviditeten oftest gennemføres trods behandlingen for brystkræft, inkl. kirurgi og kemoterapi [Azim et al 2010]. Standardbehandling gives også til ammende kvinder, men efter at amningen stoppes.

Der er ikke øget risiko for tilbagefald ved at gennemføre en graviditet efter tidligere behandling for brystkræft [Azim et al 2010]. Det kan dog

være forbundet med problemer at amme efterfølgende på det bryst, hvor der tidligere er foretaget operation og givet strålebehandling.

Det forekommer ret hyppigt, at der er en smule blod i modermælk, og det er normalt ikke udredningskrævende. Derimod er spontan blødning ud af en mælkegang udenfor ammeperioden et symptom, man skal søge læge for. Det udredes for at finde blødningskilden, og selv om det hos yngre kvinder oftest skyldes godartede polypper i mælkegangene, er der med stigende alder en øget risiko for, at det bløder fra celleforandringer eller kræft i mælkegangene eller i kirtelvævet. Kvinder i fertil alder bemærker ofte sekretion ud af brystet af væske, der er gullig, grønlig, hvidlig eller brunlig. Det betragtes som et harmløst og normalt, fysiologisk fænomen hos kvinder før overgangsalderen, og det udredes normalt ikke, da det ikke er et kræftsuspekt symptom.

3.4.3 Diabetes hos moderen

To studier, som begge var kontrolleret for en række relevante faktorer, fandt, at amning nedsatte risikoen for udvikling af type 2-diabetes hos mødrene, og at den beskyttende effekt blev øget med varigheden af ammeperioden [Ip et al 2007]. Sammenhængen gjaldt ikke kvinder med gestationel diabetes, som er i øget risiko for efterfølgende at udvikle type 2-diabetes. Metaanalysen viste, at der er begrænset evidens i forhold til udvikling af type 2-diabetes hos kvinder, der ammede i længere perioder [Victora et al 2016].

3.4.4 Fødselsdepression

Et kvalitativt review af 48 studier viser klar sammenhæng mellem amning og reduceret forekomst af fødselsdepression. Reviewet konkluderer, at det er mere sandsynligt, at depression påvirker amning end omvendt [Victora et al 2016]. Læs mere om fødselsdepression i [afsnit 10.10](#).

3.4.5 Knogleskørhed

Ved eksklusiv amning frigives ca. 300-400 mg calcium pr. dag, som kan dækkes ved en øget absorption af calcium fra tarmkanalen, en nedsat udskillelse i nyrerne og ved en øget resorption fra knoglerne. Der ses således under både graviditet og amning et mindre fald i moderens knoglemineraltæthed, men den genopbygges tilsyneladende efter ammeophør. Dette fald ser ikke ud til at kunne undgås ved calciumtilskud.

Metaanalysen har vurderet 4 tilgængelige studier, der ikke viste evidens for sammenhæng mellem amning og knogletæthed [Victora et al 2016]. Amning medfører således ikke øget risiko for knogleskørhed.

3.4.6 Kræft i æggestokkene

Metaanalysen af 41 studier viser, at forekomsten af kræft i æggestokkene blev reduceret med 30 % ved længere perioder af amning. Studier, der er omhyggeligt justeret for antal fødsler og ingen graviditet, viste en lidt mindre effekt med 18 % reduktion. Socioøkonomiske forhold blev vurderet til at være uden betydning, idet der kun eksisterer en svag association mellem socioøkonomiske forhold og kræft i æggestokkene [Victora et al 2016, Chowdury et al 2015].

3.4.7 Vægttab hos moderen

Produktion af 800 ml modermælk pr. dag betyder et øget dagligt energiforbrug på ca. 2,6 MJ for moderen [Nordic Council of Ministers 2014]. Der er ikke belæg for, at amning har væsentlig betydning for vægttabet efter fødslen [Ip et al 2007], hvilket kan skyldes, at de metaboliske tilpasninger til mælkeproduktionen medfører en øget appetit.

Et review af 54 artikler om den mulige betydning af amning i forhold til vægtændring efter fødslen var inkonklusive [Neville et al 2014]. Der er kun få studier til rådighed for langtidseffekten mellem amning og overvægt. Der findes imidlertid et stort engelsk studie, der omfatter 740.000 kvinder, hvor analysen viser, at det gennemsnitlige BMI var 1 % lavere for hver 6 måneder, kvinden havde ammet [Bobrow et al 2013].

3.5 Miljøfremmede stoffer i modermælk

Modermælk indeholder lave koncentrationer af en blanding af forureningsstoffer. Der har især været fokus på klorpesticider, polyklorerede biphenyler (PCB'er) og dioxiner. I de senere år er man blevet opmærksom på andre stoffer som bromerede flammehæmmere og fluorholdige forbindelser. Fælles for stofferne er, at de er svært nedbrydelige, spredes i miljøet og opkoncentreres i fødekæden. Derfor findes de i mennesker, primært i fedtvæv, og udskilles med modermælken. Populært kaldes de POP-stoffer (POP=Persistent Organic Pollutants). De reguleres internationalt af Stockholmkonventionen, der trådte i kraft i 2004 med det formål at beskytte menneskers sundhed og miljøet mod POP-stoffer.

Regulering af POP-stoffer og POP-affald i Danmark foregår i et tæt samspil med EU-lovgivningen, som de fleste nationale regler på området følger. Stockholmkonventionen er gennemført i en EU-forordning, populært kaldet POP-forordningen.

Import, salg og anvendelse af klorpesticidernes er forbudt. PCB'er er en gruppe stoffer, der tidligere blev anvendt i fx fugemasse, termoruder og i elektriske produkter. Stofferne har været forbudt i byggematerialer siden 1977, og i alle andre sammenhænge siden 1986. De inddeles i to grupper, henholdsvis dioxinlignende og ikke-dioxinlignende PCB'er.

Bromerede flammehæmmere anvendes i mange produkter for at gøre dem mindre brandbare. Flere af stofferne blev forbudt i EU i 2004 og 2006.

Fluorholdige forbindelser har vand- og smudsafvisende egenskaber og er blevet anvendt i en række industri- og forbrugerprodukter. Gruppen omfatter bl.a. PFOS, der blev forbudt i EU i 2008 og optaget under Stockholmkonventionen i 2009, og PFOA, hvor EU's medlemslande i 2016 har tilsluttet sig et forbud og vedtaget et forslag om optagelse under Stockholmkonventionen.

Dioxiner har aldrig været produceret, men dannes utilsigtet i små mængder ved forbrænding af affald og som et biprodukt ved forskellige industrielle processer. En række reguleringer har siden 1980'erne nedsat udledningen til miljøet betydeligt.

Den væsentligste udsættelse for POP-stoffer sker gennem føden, hvor de primært findes i mejeriprodukter, kød og fede fisk. POP-stofferne overvåges i det danske overvågningsprogram for forureninger i fødevarer [DTU Food 2013]. Under EU's pesticidforordning er der fastsat maksimale grænseværdier for pesticidrester i fødevarer, herunder de klorerede pesticider. For dioxiner, PCB og ikke-dioxinlignende PCB'er er der ligeledes fastsat maksimale grænseværdier i diverse fødevarer. Overskrides maksimalværdien, må fødevaren ikke sælges. Under Det Europæiske Fødevareagentur er der etableret en værdi for tolerabel daglig indtagelse (TDI) for PFOS og PFOA. Der foreligger endnu ikke grænseværdier for bromerede flammehæmmere i fødevarer i EU, men Fødevarestyrelsen har fastsat et vejledende toleranceniveau.

3.5.1 Undersøgelser af miljøfremmede stoffer i modermælk

Under det danske overvågningsprogram er der tidligere foretaget analyser af klorerede pesticider, PCB'er og dioxiner i modermælk [Fødevare-

styrelsen 2005]. Resultater fra 1993-94 viste et signifikant fald i niveauet af klorerede pesticider og PCB over en 10-års periode. En sammenligning af resultater fra 1999 og 2002 med resultater fra 1993-1994 viste, at niveauet af de fleste klorerede pesticider og PCB fortsat var faldende med et fald på 50-60 %. For dioxiner og summen af dioxiner og dioxinlignende PCB'er var faldet henholdsvis 38 % og 46 %. Der foreligger ikke senere undersøgelser af modermælk i Danmark, men fra svensk side er der flere tidsseriestudier.

En svensk undersøgelse af dioxiner og dioxinlignende PCB'er i modermælk i perioden 1972-2011 fandt ligeledes et fald. Faldet sker hurtigere efter år 2000, hvilket kan tilskrives tiltag for at nedsætte eksponeringen, herunder kostråd til gravide og ammende [Fång et al 2013].

En svensk undersøgelse af tre perfluorerede stoffer i modermælk i perioden 1972-2008 – herunder PFOS og PFOA – viste en stigende tendens i perioden 1972-2000, men alle tre stoffer viste en signifikant faldende tendens i perioden 2000-2008 [Sundström et al 2011].

En undersøgelse af mælk fra mødre i Stockholm i perioden 1980-2004 analyserede bromerede flammehæmmere, henholdsvis PBDE-forbindelser og HBCDD. Flere af PBDE-forbindelserne steg indtil 1995 og faldt derefter. En enkelt PBDE-forbindelse og HBCDD fortsatte med at stige, men synes at have stabiliseret sig i slutningen af perioden [Fängström et al 2008]. En tilsvarende undersøgelse i Uppsala i perioden 1996-2006 fandt derimod meget lave koncentrationer af HBCDD i de fleste prøver [Lignell et al 2009].

I 2005 blev der i et samarbejde mellem WHO og UNEP (United Nations Environment Programme) iværksat et globalt monitoringsprogram af modermælk, der byggede videre på de undersøgelser, som WHO havde koordineret siden 1987. For dioxiners vedkommende tyder data fra de sidste 10 år på, at indholdet er faldet støt. Et fald ses også generelt for PCB'er og dioxinlignende PCB'er. Klorpesticidet DDT blev overvejende fundet i prøver fra tropiske og subtropiske lande, hvilket afspejler, at DDT fortsat anvendes i nogle lande til bekæmpelse af malariamyggen. Niveauerne af de øvrige klorpesticider var lave, og flere af dem blev ikke fundet i prøverne. I prøver fra 2008-2012 er der undersøgt for bromerede flammehæmmere og PFOS, men da der ikke foreligger prøver fra tidligere, kan der ikke foretages en tidsmæssig sammenligning [UNEP/POS/COP/INF/33, 2013].

Den norske videnskabelige komite for fødevarer sikkerhed har i 2013 udgivet en omfattende rapport med fokus på pesticider (DDT og HCB), dioxiner, PCB, bromerede flammehæmmere, perfluorede stoffer samt tungmetaller som bly, kviksølv og cadmium [VKM 2013].

Det anføres, at koncentrationerne af metaller i modernælk generelt er lave og ikke er på et niveau, der giver anledning til bekymring. Som følge af national og international regulering og forbud mod anvendelse er niveauerne af dioxiner, PCB'er, dioxinlignende PCB'er, DDT og HCB faldet mere end 60 % i miljøet og i mennesker over de seneste 30 år. Koncentrationen af PBDE-flammehæmmere steg op til omkring år 2000, hvorefter der er set et fald. Den samme udvikling er set for fluorholdige stoffer som PFOS og PFOA.

Efter en helhedsvurdering af den videnskabelige litteratur om positive helbredseffekter af modernælk og mulige negative helbredseffekter af miljøfremmede stoffer i norsk modernælk og typisk ammelængde for norske børn konkluderer komiteen, at de sundhedsmæssige fordele klart opvejer den mulige risiko, som dagens niveauer af miljøfremmede stoffer i modernælk kan udgøre. Konklusionen gælder uanset om børnene ammes fuldt eller delvist frem til 6-månedersalderen.

Referencer til kapitel 3

Azim HA Jr1 et al (2010): *Safety of pregnancy following breast cancer diagnosis: a meta-analysis of 14 studies*. Eur J Cancer. 2011 Jan;47(1):74-83. doi: 0.1016/j.ejca.2010.09.007. Epub 2010 Oct 11.

Birch EE et al (2007): *Visual acuity and cognitive outcomes at 4 years of age in a double-blind, randomized trial of long-chain polyunsaturated fatty acidsupplemented infant formula*. Early Hum Dev 2007, 83, 279-284.

Bobrow KL et al (2013): *Persistent effects of women's parity and breastfeeding patterns on their body mass index: results from the Million Women Study*. Int J Obes (Lond)2013; 37:712-17.

Chowdury R et al (2015): *Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis*. Acta Pediatr Suppl 2015; 104:96-113.

Christensen AM et al (2011): *Årsrapport for børn født i 2008 og 2009 fra Databasen Børns Sundhed: Amning i 11 kommuner*. København: Styregruppen for Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed.

DTU Food (2013). *Chemical contaminants 2004-2011*, pp. 1-178. Fødevareinstituttet.

EU-Kommissionens delegerede forordning (EU) 2016/127 af 25. september 2015.

Fängström B et al (2008): *Temporal trends of polybrominated diphenyl ethers and hexabromocyclododecane in milk from Stockholm mothers, 1980-2004*. Mol Nutr Food Res;52:187-93.

Fødevarestyrelsen (2005): *Fødevarerapport. Chemical contaminants. Food monitoring, 1998-2003*. Part 1, pp. 1-149.

Fång J et al (2013): *Temporal trends of polychlorinated dibenzo-p-dioxins and dibenzofurans and dioxin-like polychlorinated biphenyls in mother's milk from Sweden, 1972-2011*. Environ Int; 224-31.

Halken S (2004): *Prevention of allergic disease in childhood: clinical and epidemiological aspects of primary and secondary allergy prevention*. Pediatr Allergy Immunol 15 Suppl 16, 4-32.

Hanson LA et al (2003): *The transfer of immunity from mother to child*. Ann N Y Acad Sci 987, 199-206.

Hauck FR et al (2011): *Breastfeeding and Reduced Risk of Sudden Death Infant Syndrome: A Meta-analysis*. Pediatrics 2011;128:103-110.

Horta BL et al (2015): *Long term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure, and type 2-diabetes: systematic review and meta-analysis*. Cta Pediatr Suppl. 2015;104: 96-113.

Ip S et al (2007): *Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries*. Rockville. Agency for Healthcare Research and Quality.

Johansen A et al (2016): *Amning: Temarapport og årsrapport. Børn født i 2014*. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

Lignell S et al (2009): *Persistent organochlorine and organobromine compounds in mother's milk from Sweden 1996-2006: Compound-specific temporal trends*;109(6):760-67.

Lodge CJ et al (2015): *Breastfeeding and asthma and allergies: a systematic review and meta-analysis*. Acta pediatr Suppl 2015; 104:38-53.

Lund-Blix NA et al (2017): *Infant Feeding and Risk of Type 1 Diabetes in Two Large Scandinavian Birth Cohort*. Diabetes Care 40(7);920-7.

Muraro AP et al (2014): *EAAIC Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines. Primary prevention of food allergy*. Allergy 2014; 69: 590-601.

Neville CE et al (2014): *The relationship between breastfeeding and post partum weight change – a systematic review and critical evaluation*. Int J Obes (Lond) 2014;577-90.

Nordic Councils of Ministers (2014). *Nordic Nutrition Recommendations 2012. Integrated nutrition and physical activity*. 5th edition.

Sangild PT (2006): *Gut responses to enteral nutrition in preterm infants and animals*. Exp Biol Med (Maywood) 231, 1695-1711.

Sanka MJ et al (2015): *Optimal breastfeeding practises and infant and child mortality*. Acta Paediatr 2015 DEC; 104 (467):3-13).

Størdal K et al (2013): *Early Feeding and Risk of Celiac Disease in a Prospective Birth Cohort*. Pediatrics, Nov 2013; 132 (5); e1202-e1209.

Sundhedsstyrelsen (2015): *Monitorering af vækst hos 0-5-årige børn. Vejledning til sundhedspersonale og praktiserende læger*. 1. udgave, 1. oplag.

Sundhedsstyrelsen (2016): *Cøliaki og mad uden gluten*.

Sundhedsstyrelsen (2019): *Ernæring til spædbørn og småbørn – en håndbog for sundhedspersonale*. 4. udgave, 1. oplag.

Sundström M et al (2011): *A temporal trend study (1972-2008) of Perfluorooctanesulfonate, perfluorohexanesulfonate, and perfluorooctanoate in pooled human milk samples from Stockholm, Sweden*. Environ Int;37:178-83.

Turck D et al (2013): *World Health Organization 2006 child growth standards and 2007 growth standard reference charts: 5 discussion paper by the committee on >Nutrition of the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition*. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2013.

UNEP/POC/COP/INF/33 (2013): *Annex. Human exposure to POPs across the globe: POPs levels and human health implications. Results of the WHO/UNEP human milk survey*. Conference of the parties to the Stockholm Convention on Persistent Organic Pollutants, Sixth meeting, Geneva 28 April-10 May 2013.

Victora CG et al (2015): *Associations between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective cohort study from Brazil*. Lancet Glob Health 2015; 3; e199-e205.

Victora CG et al (2016): *Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect*. The Lancet Vol 387 January 30, 2016.

VKM – Vitenskapskomiteen for mattrygghet (2013). *Benefit and risk assessment of breastmilk for infant health in Norway- Opinion of the Steering Committee of the Norwegian Scientific Committee for Food Safety*, pp. 1- 299 (side 15-24 på norsk), www.vkm.no

Vriezinga S et al (2014): *Randomized Feeding Intervention in Infants at High Risk for Celiac Disease*. N Engl J Med 2014; 371:1304 – 1315.

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

Amning – biologisk set

4.1 Anatomi og fysiologi

Brystet er et af de organer i kroppen, som gennemgår de største forandringer i størrelse, form og funktion gennem livet. Udviklingen af brystet og produktionen af mælk kan opdeles i 4 faser [Wambach et al 2019]:

- Mammogenesen, hvor brystets fysiske vækst og udvikling foregår
- Laktogenesen, hvor mælkeproduktionen sætter i gang. Denne fase kan yderligere opdeles i:
 - Laktogenese I (fra midt i graviditeten til ca. 2 dage efter fødslen)
 - Laktogenese II (ca. 3-8 dage efter fødslen)
- Galaktopoiesen, hvor produktionen opretholdes (fra ca. dag 9 efter fødslen til mælkeproduktionen tager af)
- Involutionen, hvor mælkeproduktionen ophører.

4.1.1 Brystets anatomi

Mælkegangene ligger i et snoet netværk, som samles i færre udførsels-gange end tidligere antaget.

Basisenheden i det mælkeproducerende bryst er mælkekirtlerne (alveolerne), der er små ballonlignende hulrum, se figur 2. På indersiden består alveolerne af laktocytter (mælkeproducerende celler). På ydersiden er hver alveole omsluttet af muskelceller i en kurvelignende struktur. Ca. 65-70 % af alt kirtelvæv i brystet ligger inden for en radius af 3 cm fra brystvorten.

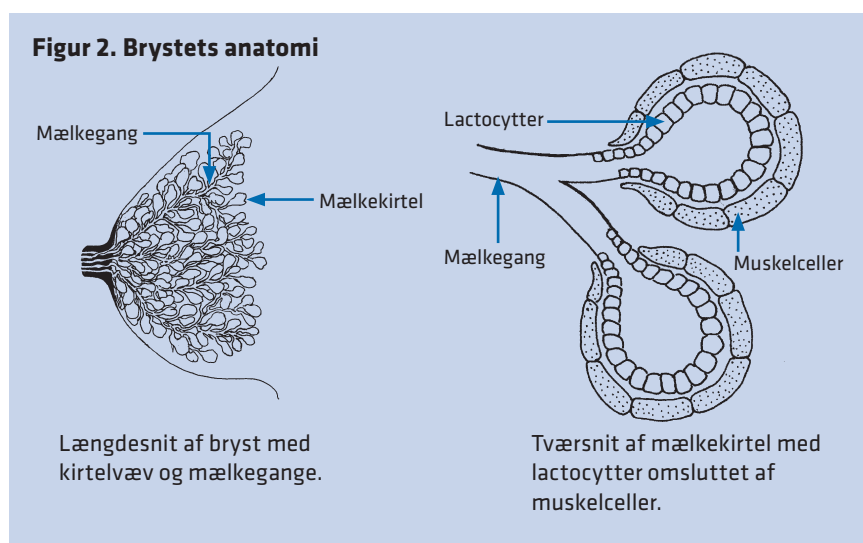
Mælken dannes kontinuerligt og udskilles i hulrummet, hvor den lagres, indtil muskelcellerne trækker sig sammen om alveolerne og klemmer mælken ud i mælkegangene (ductus lactiferi), hvor den transporteres ned mod brystvorten (papilla mammae).

Mælkegangene bliver gradvist større og samles i 4-18 hovedmælkegange (gennemsnitligt 9), der udmunder på selve brystvorten. Mælkegangene

ligger i et komplekst snoet netværk. De deler sig tæt på brystvorten og ligger her meget yderligt, hvorfor de er lette at komprimere [Ramsay et al 2005].

Rundt om brystvorten ligger et mørkt pigmenteret område, areola. På areola findes små kirtler (Montgomerys kirtler) sammen med enkelte talg- og svedkirtler. Montgomerys kirtler menes at have betydning for barnets evne til at finde brystvorten efter fødslen. Duftstoffer udskilt af kirtlerne kan hjælpe barnet med at lokalisere brystvorten [Widström et al 2011]. Studier har vist, at vaskes det ene bryst, vil barnet søge og tage fat om det uvaskede bryst. Barnet er særlig sensitivt for dufte i perioden lige efter fødslen [Varendi et al 2001].

Brystet er meget vaskulariseret og forsynes hovedsagelig med blod fra grene af arteriel intermammar. Intercostalnerverne sørger for nerveforsyningen til brystet [Lawrence et al 2016].



4.1.2 Brystets udvikling

Brystet udvikles gennem hele livet.

De første brystanlæg dannes tidligt hos fosteret, hvor der udvikles to parallelle 'mækelinjer', som strækker sig fra armhulen (Axelsen), ned over brystkassen (thorax), videre ned over maven (abdomen) og slutter på indersiden af låret. Under påvirkning af hormoner fra placenta fortsætter udviklingen af disse linjer på thorax med en indvendig vækst af epithel-

celler, som senere bliver til brystet. Hos den voksne kvinde kan der langs denne linje ses brystvæv, ekstra areola eller brystvorter, hyppigst i axillen, se [afsnit 10.7](#).

Når barnet bliver født, er de grundlæggende bryststrukturer dannet og kan indeholde råmælk (kolostrum), hvorfor man de første uger efter fødslen kan se mælk komme ud fra det nyfødte barns bryst – den såkaldte heksemælk. Dette er et helt normalt fænomen både hos drenge og piger. Ligeledes kan brystet være hævet pga. de samme hormoner, som stimulerer brystets udvikling hos moderen.

I puberteten fortsætter udviklingen af pigers bryster under påvirkning af østrogen og formentlig væksthormon. Mælkegangene deler sig og danner knopformede ender, som senere bliver til alveoler. Kirurgiske indgreb eller radioterapi i brystregionen før og under puberteten kan få betydning for brystets evne til at producere tilstrækkelig mælk sidenhen.

Brystet videreudvikles i hver menstruationscyklus, hvor der sker en aktiv vækst af kirtelvævet indtil slutningen af cyklus, hvor det regredierer igen. Brystet vender aldrig helt tilbage til et tidligere stadie.

I graviditeten vokser brystkirtelvævet yderligere og bliver mere differentieret, og fedtvævet aftager. Forholdet mellem kirtelvæv og fedtvæv i det mælkeproducerende bryst er 2:1 og 1:1 i det ikke-mælkeproducerende. Brystvorten bliver større, mere elastisk og mørkere, og Montgomerys kirtler bliver tydeligere. Endelig bliver venerne mere fremtrædende, og brystet bliver 2-3 gange tungere [Lawrence et al 2016]. Udviklingen foregår under påvirkning af hormonerne østrogen og progesteron fra placenta samt prolaktin og humant placenta laktogen (HPL).

Brystvorternes udvikling i graviditeten skyldes primært prolaktin. Da prolaktin stiger langsomt gennem graviditeten og toppe omkring fødslen og de første dage derefter, kommer de største ændringer i brystvorternes facon og elasticitet først dér [Cregan et al 1999], se også [afsnit 6.1.1](#). Denne udvikling har stor betydning for amningen, idet den gør det nemmere for barnet at få godt fat om brystet og få brystvorten langt ind i munden.

Da brystets forberedelse til amning sker i graviditeten og er hormonelt betinget, kan forandringerne ikke undgås ved at undlade at amme.

Dette afsnit bygger på referencen Wambach et al 2019.

4.1.3 Mælkeproduktionen

Det er vigtigt, at barnet bliver tilbudt brystet tidligt, tit og tilstrækkelig længe.

Mælkeproduktionen stimuleres af prolaktin, som udskilles af hypofyseforlappen. Prolaktinniveauet stiger ca. 20 gange under graviditeten. Hvis moderen ammer eller malker ud, falder det omkring 50 % i løbet af den første uge – og falder herefter langsomt, men forbliver forhøjet. Prolaktin følger en døgnrytme med højere niveau nat end dag – og under amning/udmalkning stiger prolaktin til det dobbelte og når et maksimum efter ca. 45 minutter. Hvis brystet ikke bliver stimuleret, hverken ved amning eller udmalkning, falder prolaktinen til normalniveau på 1-2 uger.

Igangsættelse af mælkeproduktionen (laktogenese I) er reguleret af hormoner (endokrin regulering) og sker derfor med eller uden stimulation. I graviditeten og de første dage efter fødslen er mælkeproduktionen begrænset, fordi progesteron og humant placenta laktogen (HPL) konkurrerer med prolaktin om receptorer i mælkekirtlerne. Stimulation af brystet de første dage efter fødslen er imidlertid ikke uvæsentlig, fordi det tilsyneladende har betydning for dannelsen af prolaktin-receptorer – og antallet af receptorer er vigtigere for mælkeproduktionen end mæng-



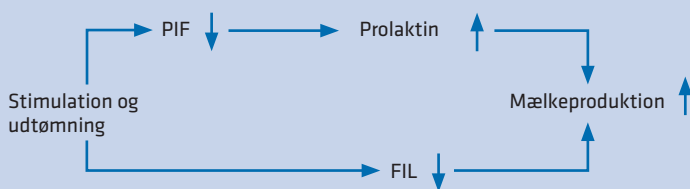
Barnet svøber brystet og drikker de første dråber af sin mors mælk.

den af prolaktin [De Carvalho et al 1983]. I denne fase er der mellemrum mellem laktocytterne, og der er derfor direkte passage mellem moderens blod og mælken. Det har betydning for mælkens sammensætning og for overførsel af fx medicin, hiv m.v., se [afsnit 4.2](#), [4.4](#) og [10.14.3](#).

Mælkeproduktionen accelererer (laktogenese II), når niveauet af progesteron, østrogen og HPL efter et par dage er faldet tilstrækkelig meget. Denne fase er karakteriseret ved en lukning af passagen mellem laktocytterne, en stigning i mælkeproduktionen og et skift fra endokrin til autokrin regulation, hvor produktionen er afhængig af stimulation og udtømming, se figur 3.

Under opretholdelse af mælkeproduktionen (galaktopoiesen) er produktionen styret af hypothalamus via en Prolaktin-Inhibiting Factor (PIF), der hæmmer udskillelsen af prolaktin (autokrin regulering). Stimulation af brystvorten og tømning af brystet hæmmer PIF – og er derfor en forudsætning for at etablere og opretholde produktionen, se figur 3.

Figur 3. Autokrin regulation



Figur 4. God og dårlig sutteteknik



Udtømning af mælken har også betydning, fordi mælken indeholder et protein, Feedback Inhibitor of Lactation (FIL), som hæmmer produktionen, når brystet bliver fyldt. Produktionen afhænger af, hvor fyldt brystet er. Jo mindre mælk der er i brystet, jo mere bliver der produceret. Mælkeproduktionen er derfor størst lige efter en amning – og kan være meget forskellig fra bryst til bryst. Mængden af mælk i brystet efter endt amning har således betydning for mælkeproduktionen fra det ene måltid til det næste. Da barnet ikke spiser lige meget ved alle måltider, har det imidlertid ikke betydning set over et døgn [Cregan 1999].

Mælkeproduktionen fortsætter, så længe mælken tømmes ud af brystet. Når produktionen aftager (involutionen), bliver der igen passage mellem laktocytterne.

Dette afsnit bygger på referencen Wambach et al 2019.

4.1.4 Nedløbsrefleksen

Nedløbsrefleksen udløses flere gange under samme måltid.

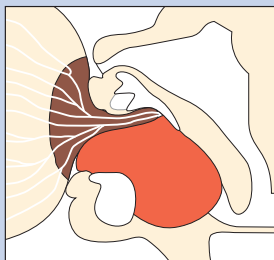
Nedløbsrefleksen får mælken til at løbe fra mælkekirtlerne ud i mælkegangene og ned mod brystvorten. Nedløbsrefleksen er reguleret af oxytocin, som udskilles af hypofysebaglappen. Oxytocin får muskelcellerne omkring mælkekirtlerne til at trække sig sammen.

Oxytocinniveauet stiger kraftigt i forbindelse med fødslen og falder hurtigt igen til normalniveau. Når brystet stimuleres ved amning eller udmalkning, stiger niveauet i løbet af et minut og forbliver forhøjet, indtil stimulationen ophører.

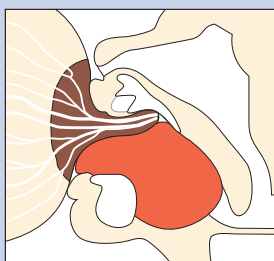
Nedløbsrefleksen virker normalt efter et par minutter, men kan hæmmes midlertidigt, hvis moderen er anspændt. Når amningen er etableret, kan nedløbsrefleksen udløses ved synet, lyden eller tanken om barnet. Nedløbsrefleksen udløses i gennemsnit fem gange i løbet af et måltid. Der er imidlertid store individuelle forskelle, men for den enkelte mor er mønsteret det samme over de første 12 måneder af ammeperioden. Langt den største del af mælken kommer i forbindelse med de to første nedløbsreflekser [Prime et al 2011].

Oplevelsen af nedløbsrefleksen varierer fra kvinde til kvinde. Mange oplever den som en prikkende, stikkende fornemmelse. Hos nogle er den direkte smertefuld. Og andre mærker den slet ikke. Mælken kan dryppe, løbe eller stå ud i stråler, men gør det ikke nødvendigvis.

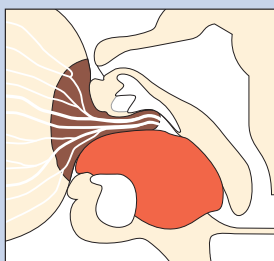
Figur 5. Suttecyklus



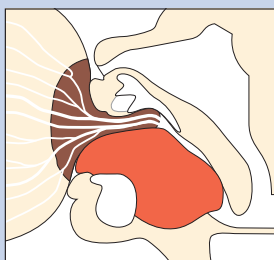
- 1.**
Når suttecyklus starter, er tungen placeret oppe mod ganen. Derved dannes et basistryk i barnets mund på ca. -50mmHg, der sammen med tungen er med til at holde brystvorten på plads.



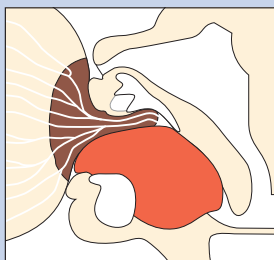
- 2.**
Derefter afspændes underkæben, og tungen og den bløde gane bevæges ned.



- 3.**
Når tungen er længst nede, når trykket sit maksimum på mellem -110 mmHg og -170 mmHg. Samtidig øges mælkegangenes diameter, og mælken strømmer ind i barnets mundhule.



- 4.**
Underkæben løftes igen, og tungen samt den bløde gane bevæges op. Trykket falder atter, og mælken flyder under den bløde gane.



- 5.**
Tungen og den bløde gane når igen udgangspunktet, trykket når basisniveau, og mælken løber ned i svælget.



1



2



3

1. Søgereflexen: Barnet vender og drejer hovedet, søger først ud i luften, indtil det finder den rigtige retning.
2. Barnet putter hænderne i munden.
3. Til sidst lykkes det, og barnet får fat om brystet. Mor holder i barnets hånd, hvorved sutte-refleksens støttes.

Oxytocin har mange andre effekter, som har betydning for amningen. Den beroligende og anti-stressende effekt gør det lettere at koncentrere sig om amningen. Dette sammen med den fremmende effekt på social interaktion har formentlig en stor betydning for tilknytning mellem mor og barn. Den øgede blodgennemstrømning af bryst og brystvorte under oxytocin-udskillelsen øger hudtemperaturen hos moderen, og hjælper barnet til at stabilisere sin temperatur, når det ligger ved brystet hud mod hud [Uvnäs-Moberg 2015].

Dette afsnit bygger primært på referencen Wambach et al 2019.

4.1.5 Barnets sutteteknik og udtømning af brystet

Det er vigtigt, at barnet får godt fat om brystet og sutter effektivt.

Fosteret er i stand til at synke, fra det er 11 uger, og sutterefleksen er til stede fra ca. 24 uger. Fra omkring 28 uger kan et præmaturot barn begynde at koordinere sutte-synke-funktionen og vejrtrækningen [Nyqvist et al 1999].

Det mature barn er født med flere reflekser, som har betydning for udtømningen af mælken. Søgerefleksen, som kan få barnet til at vende sig mod brystet og åbne munden på vid gab, udløses ved berøring af barnets kind og læber. Sutterefleksen udløses, når brystvorten ligger så langt tilbage i barnets mund, at den næsten når den bløde gane. Og synkerefleksen udløses, når mælken kommer i kontakt med receptorer i den bageste del af mundhulen. Barnet synker først, når der er samlet en tilstrækkelig stor mængde mælk, hvilket betyder, at barnet ikke altid synker efter hver suttecyklus [Wambach et al 2019].

Mælkeproduktionen og nedløbsrefleksens stimuleres af nerveimpulser fra brystvorten, når barnet sutter på brystet. Udtømning af mælken er imidlertid afhængig af, at barnet har godt fat om brystet og sutter effektivt.

Udtømningen af mælk foregår ved, at der dannes trykforskelle i barnets mund, når tungen bevæger sig op og ned, se figur 5. Barnet svøber brystvorten med tungen, og brystvorten ligger lige knap ved overgangen mellem den hårde og bløde gane [Geddes et al 2008].

4.1.6 Barnets primitive neonatale reflekser

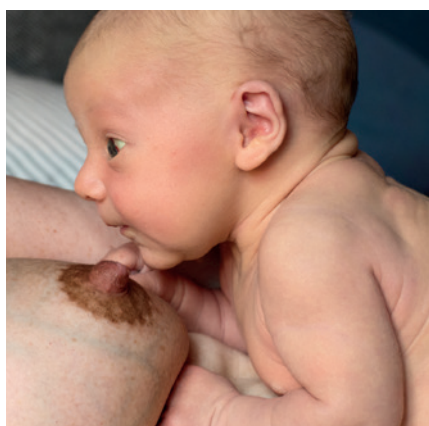
Når barnet sutter ved brystet aktiveres mindst 20 primitive neonatale reflekser, som har potentiel betydning for amningen. Laid back breastfeeding aktiverer flest.

Reflekserne har forskellige funktioner og omfatter: 1) endogene reflekser, 2) motoriske reflekser, 3) rytmiske reflekser og 4) motoriske reflekser, der er afhængige af tyngdekraften. De endogene reflekser udløses som signal om, at barnet er parat til at blive lagt til brystet og inkluderer at gabe op, føre hånd til mund, lave suttebevægelser med tungen og cirkelbevægelser med arme og ben, bøje og strække fingre samt åbne og lukke hånden.

De motoriske reflekser hjælper barnet til at være vedholdende, mens det sutter ved brystet og omfatter griberefleks med hænder og fødder, stemme fødderne imod fast underlag og kravlerefleks.

De rytmiske reflekser udløses, når barnet overfører mælk fra mors bryst og inkluderer suttereflekser, kæbebevægelse og synkerefleks.

De motoriske reflekser, der er afhængige af tyngdekraften, omfatter søgereflekser, at løfte hovedet og 'hakke/nikke' med hovedet. Disse bruges primært, når barnet forsøger at tage fat om brystet. De sidstnævnte reflekser kan virke hæmmende for amningen, når barnet ligger i en rygliggende stilling og fremmende, hvis tyngdekraften bruges, så barnet 'falder' tæt ind til brystet, som hvis det ligger på maven oven på sin mors bryst (laid back breastfeeding).



Når barnet ligger ovenpå sin mors mave, stimuleres de motoriske reflekser, der omfatter søgereflekser, at løfte hovedet og 'hakke/nikke' med hovedet.

Forskningen viser, at der hos barnet udløses signifikant flere reflekser ved laid back breastfeeding sammenlignet med mere traditionelle ammestillinger, hvor barnet er rygliggende i mors arme. Ved laid back breastfeeding forstås, at moderen ligger i en tilbagelænet stilling (i en position mellem 16 og 59 grader), og barnet ligger oven på mor, mave mod mave. Således kan placeringen af barnet være faciliterende for den tidlige amning [Colson 2006, Colson et al 2008].

Se mere om laid back breastfeeding i [afsnit 6.5.1](#).

4.1.7 Barnets metaboliske adaptation

Den endogene glukoseproduktion hos raske, mature nyfødte er en del af deres omstillingsproces, og hjælper dem til at regulere deres blodsukker i de første dage efter fødslen. Eksklusiv amning efter behov sikrer den optimale glukoseproduktion.

I fostertilværelsen får barnet al næring fra moderens blodcirkulation. Under fysiologisk normale omstændigheder producerer fosteret stort set ingen glukose, selvom enzymerne for dannelsen af glukose på det tidspunkt er veludviklet. Glukose er det primære næringsstof for fosteret. I 3. trimester omdannes glukose og lagres som forberedelse til omstillingen efter fødslen [Ward Platt et al 2005].

Når navlestrengen bliver klippet efter fødslen, går barnets omstillingsproces til livet udenfor livmoderen i gang. Den kontinuerlige tilgang af glukose stopper, og barnets endogene produktion af glukose sætter i gang. Her sikrer metaboliske og hormonelle processer et fortsat supplement af næringsstoffer, der medvirker til, at barnets blodsukker holdes stabilt og sikrer en god omstilling af barnets stofskifte, den metaboliske adaptation [Hawdon 2005; Ward Platt et al 2005]. Barnets blodsukker falder brat efter fødslen og når et minimum ca. 1 time efter fødslen. Derefter stiger det under normale omstændigheder igen og stabiliseres ca. 3 timer efter fødslen. Stabiliseringen af blodsukkeret er bl.a. afhængig af gestationsalder ved fødslen, intrauterin vækst og praksis omkring amning efter fødslen.

Sunde børn født til tiden ser ud til fint at klare regulationen af det lave blodsukker efter fødslen, hvis de bliver ammet efter behov. Det skyldes, at nyfødtes endogene glukoseproduktion er meget høj – 2-3 gange højere hos det 1 dage gamle barn end hos ældre børn og voksne [Ward Platt et al 2005]. Det er meget hensigtsmæssigt, idet barnets blodsukker i denne periode ligger lavt, og moderens mælkeproduktion er lille. En vellykket

tilpasning til livet udenfor livmoderen omfatter ikke kun den umiddelbare hormon- og enzymfunktion, men også barnets tilpasning til almindelig fødeindtagelse [Hawdon 2005; Rooy et al 2002].

Ketogenesen er en væsentlig del af den endogene glukoseproduktion hos det nyfødte barn. Eksklusiv amning og afholdelse fra at supplere med modermælkserstatning ser ud til at fremme ketogenesen og har derfor en betydning for barnets normale omstillingsproces efter fødslen. Det er derfor uhensigtsmæssigt at supplere med modermælkserstatning til sunde, raske nyfødte børn [Rooy et al 2002].

4.2 Modermælken sammensætning

Modermælk indeholder de næringsstoffer og den væske, et spædbarn skal have – og mælken ændrer sig hele tiden, så den følger barnets behov både med hensyn til mængde og sammensætning.

Laktocytterne anvender vand, laktose, aminosyrer, fedt, vitaminer, mineraler osv. fra moderens blod til at 'skræddersy' mælken til barnet.

Fysiologisk set er stort set alle kvinder i stand til at producere præcis den mælk, deres barn har brug for. Det gælder i en vis udstrækning også, når barnet er født for tidligt, se afsnit 11.12. Modermælken sammensætning varierer fra kvinde til kvinde, fra første til sidste måltid, fra dag til dag, fra morgen til aften, fra måltid til måltid og fra start til slut på det enkelte måltid.

4.2.1 Kolostrum

Kolostrum er særlig rig på antistoffer.

I de første dage efter fødslen (laktogenese I) er der mellemrum mellem cellerne i mælkekirtlerne, se afsnit 4.1.3, og den første mælk – råmælken eller kolostrum – er gullig og koncentreret med et højt indhold af protein, bl.a. sekretorisk IgA (sIgA). Sekretorisk IgA er et immunoglobulin, der lægger sig på barnets tarmoverflade som en beskyttende hinde og forhindrer sygdomsfremkaldende faktorer (patogener) i at sætte sig fast eller passere. Kolostrum indeholder også store mængder hormoner og vækstoffaktorer, som stimulerer modningen af barnets tarm.

Mængden af kolostrum er lille med en variation fra knap 10 til godt 100 ml det første døgn. Men den indeholder præcis, hvad det raske, nyfødte barn har brug for de første dage, hvor maven ikke er større end en stor valnød – og mængden stiger hurtigt, se tabel 1.

Tabel 1. Mælkeproduktionen 1-5 dage efter fødslen

Barnets alder	Referencer	Gennemsnitlig mængde/døgn i ml (variation)	Gennemsnitlig mængde/måltid i ml
Dag 1 (0-24 timer)	Houston, Saint, Casey	37 (7-123)	7
Dag 2 (24-48 timer)	Houston	84 (44-335)	14
Dag 3 (48-72 timer)	Houston, Saint, Casey, Neville	408 (98-775)	38
Dag 4 (72-96 timer)	Houston, Saint	625 (378-876)	58
Dag 5 (96-120 timer)	Houston, Saint, Casey	700 (452-876)	70

Når passagen mellem laktocyterne efter et par dage lukkes (laktogenese II), ændres sammensætningen af mælken radikalt. Proteinindholdet falder, og indholdet af fedt og laktose stiger. I denne fase kaldes mælken overgangsmælk. Når der bliver passage mellem cellerne igen, fordi produktionen aftager (involutionen), ændrer sammensætningen sig endnu en gang.

4.2.2 Den modne mælk

Moderens mælk ændrer sig, så den følger barnets behov.

Overgangsmælken erstattes efterhånden af den modne mælk, der er blålig som skummetmælk. Den modne mælk indeholder i gennemsnit omkring 1 g protein, 7 g kulhydrat og 4 g fedt pr. 100 ml, når amningen er godt i gang [Michaelsen et al 1994]. Det betyder, at næsten 90 % af mælken er vand.

Indholdet af fedt varierer fra 2 til 6 g/100 ml [Michaelsen et al 1994, Kent et al 2006]. Indholdet af protein falder langsomt og jævnt fra 10 til 8 g/l i perioden fra ca. 6 uger til 6 måneder – og hos en del kvinder stiger

det igen i de sidste måneder af amningen. Førstegangsfødende har et lidt højere proteinindhold i mælken end flergangsfødende [Michaelsen 1994].

Proteinet i modermælk består af valleprotein, som er let fordøjeligt og kasein, som er sværere at fordøje. Forholdet mellem valle og kasein ændrer sig undervejs. I kolostrum er det 90:10, og i den modne mælk er det 60:40 [Kunz et al 1992]. En del af valleproteinet er forskellige immunfaktorer, bl.a. sIgA og laktoferrin. Laktoferrin hæmmer væksten af patogene bakterier ved at binde overskydende jern.

Kulhydratet i modermælken består af 80-90 % laktose og op til 15 % oligosakkarider, som bl.a. hæmmer væksten af patogene bakterier ved at stimulere tarmens mælkesyrebakterier. Fedtet i modermælken består af omkring 98 % flerumættede fedtsyrer af forskellig længde, og fedtsyresammensætningen påvirkes af moderens kost efter fødslen [Innis 2007].

Fedtindholdet ændrer sig i løbet af det enkelte måltid. Det er lavt i starten (formælk) og højt i slutningen (eftermælk). Fedtperlerne i mælken klister sammen og klæber til væggene i hulrummet – og klemmes derfor først ud til sidst.

Fedtindholdet ændrer sig også i løbet af døgnet. Det er lavt tidligt på dagen, hvor der er meget mælk og højt senere på dagen, hvor der er mindre mælk [Kent et al 2006]. Fedtindholdet i eftermælken om formiddagen kan således være lavere end fedtindholdet i formælken om eftermiddagen [Cregan et al 1999]. Den samlede mængde fedt i brystmælken målt over 24 timer er uafhængig af antallet af måltider pr. døgn. Dette betyder, at det enkelte barn får præcis, den mængde fedt, det har behov for, hvis det ammes efter behov [Kent et al 2006].

Modermælk indeholder de vitaminer og mineraler, som barnet skal have, bortset fra vitamin K, som gives ved fødslen og vitamin D, som barnet skal have tilført dagligt i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Jernindholdet i modermælk er lavt, men absorptionen af jern er høj (op til 70 %).

Mælk fra en kvinde, som har født for tidligt, er tilpasset barnets behov. Mælken indeholder mindre laktose og mere fedt og protein – og indholdet af forskellige immunfaktorer, bl.a. IgA og laktoferrin, er op til dobbelt så højt i præmatur kolostrum som i kolostrum fra en kvinde, der har født til tiden [Wambach et al 2019, Lawrence et al 2016].

Modermælkens sammensætning og egenskaber er beskrevet nærmere i Anbefalinger for spædbarnets ernæring [Sundhedsstyrelsen 2015].

Amningens helbredsmæssige effekter hos barn og mor er beskrevet i kapitel 3.

4.3 Moderens kost og kosttilskud

Det er unødvendigt at sætte restriktioner for moderens kost.

Moderens kost har normalt ikke afgørende indflydelse på hverken sammensætning eller mængde af modermælk [WHO 1985]. Det er imidlertid vigtigt, at moderen også i ammeperioden spiser sundt og varieret og følger de officielle kostråd fra Fødevarestyrelsen for at sikre et passende indtag af næringsstoffer, se www.altomkost.dk.

Hvis moderen ammer fuldt, er hendes daglige energibehov ca. 2600 kJ større end normalt [Nordic Nutrition Recommendations 2012]. For de fleste kan det ekstra behov dækkes ved at tære på de depoter, der er lagret i graviditeten. Kvinder, som ikke indtager mælkeprodukter, tilrådes et tilskud på 500 mg calcium dagligt i ammeperioden. Desuden anbefales alle danskere at tage tilskud af D-vitamin i vinterhalvåret fra oktober til og med april. Kvinder, der ammer, anbefales 10 mikrogram dagligt.

Ammende tilrådes at spise fisk og fiskepålæg flere gange om ugen, fordi fisk indeholder sunde fedtstoffer, som gavner barnet og er rige på D-vitamin, jod og selen. Det er godt at spise forskellige slags fisk – både de fede, som laks, sild og makrel, og de magre, som rødspætter, sej og torsk. Dog anbefales det ikke at spise mere end 100 gram om ugen af de store rovfisk, fordi de kan have et højt indhold af kviksølv. Det gælder helleflynder, sværdfisk, sildehaj, gedde, aborre, sandart, oliefilet, escolar, røkke og tun (bøf). Dåsetun har typisk et lavt indhold af kviksølv, da de som regel er fremstillet af små tunfisk. Der er dog undtagelser, hvor dåsetunen kommer fra større fisk som fx hvid tun eller albacoretun, som derfor kan have et større indhold af kviksølv. Ved selv et relativt lille indtag af store rovfisk som tun kan man få kviksølv i skadelige mængder, hvilket kan skade udviklingen af børns hjerner. Ammende anbefales derfor højest at spise 1 almindelig dåse tun om ugen og ikke spise dåser af hvid tun eller albacoretun.

Laks fra Østersøen har et særligt højt indhold af dioxin. Derfor anbefaler Fødevarestyrelsen, at kvinder i den fødedygtige alder, gravide og ammende ikke indtager mere end én portion østersølaks – ca. 125 gram – én gang om måneden [Fødevarestyrelsen, www.altomkost.dk].

Vegetarer får almindeligvis tilstrækkeligt protein og andre næringsstoffer, forudsat de spiser varieret. Der er derfor ikke grund til bekymring for, om vegetarer kan producere mælk, som kan opfylde barnets ernæringsmæssige behov [Wambach et al 2019]. Men jo flere fødeemner, der udelukkes fra kosten, jo større er risikoen for næringsstofmangel og fejlnæring. Veganere, som ikke spiser æg, mælkeprodukter eller andre produkter fra dyr, kan bl.a. få problemer med pernicios anæmi, hvilket også får betydning for barnet. Barnet kan således få mangel på B12-vitamin med risiko for neurologiske skader. Jo længere tid det udelukkende får sin mors mælk, jo sværere kan skaderne blive [Ciani et al 2000, Weiss et al 2004]. Både gravide og ammende skal derfor anbefales at tage dagligt tilskud af B12-vitamin. Sundhedspersonalet bør desuden være opmærksomt på, om der er behov for at henvise kvinden til undersøgelse for B12-vitaminmangel hos egen læge.

Kvinder, som har gennemgået operation for overvægt, gastric bypass, har som følge af operationen problemer med optagelse af visse næringsstoffer [DSOG 2017]. Dette kan vise sig hos barnet ved B12-vitaminmangel med risiko for neurologisk, motorisk, adfærdsmæssig og sproglig påvirkning [Celiker 2009].

Kvinder med spiseforstyrrelser er beskrevet i [afsnit 10.22](#).

Moderens indtag af væske har almindeligvis ikke betydning for mælkeproduktionen [Lawrence et al 2016]. Mørk, kraftigt lugtende urin er imidlertid et tegn på, at hun skal drikke mere for sin egen skyld. Forstopelse og hovedpine kan også skyldes underskud af væske. Det er normalt tilstrækkeligt, hvis moderen sørger for at drikke, når hun er tørstig. Hvis hun er usikker på, om hun får væske nok, kan hun fx tage noget at drikke, hver gang hun sætter sig for at amme [Wambach et al 2019].

Koffein i moderate mængder påvirker sjældent raske, mature spædbørn. Ved højt forbrug hos mor, kan der opstå irritabilitet og søvnvanskeligheder hos spædbarnet. Vedvarende højt forbrug kan føre til højt plasmaniveau, specielt i nyfødthedsperioden [Hale 2014]. Syge børn og børn født præmaturt kan være særlig udsatte [Golding 1997, Humphrey 2007].

Bortset fra mad og drikke, som indeholder koffein, er der ikke dokumentation for, at bestemte fødevarer giver uro hos barnet – og unødvendige restriktioner er uhensigtsmæssige, både fordi de er besværlige for moderen, og fordi de kan gøre, at barnet går glip af en række smagsoplevelser. Smags- og duftstoffer fra moderens mad går over i modermælken, som således bliver barnets første møde med familiens mad og kan fungere som en langsom forberedelse til den faste føde [Jacobsen 2001, Menella 2007].

Hvis moderen alligevel oplever, at barnet reagerer, efter at hun har spist eller drukket noget bestemt, bør hun drøfte det med egen læge, før en eventuel diæt iværksættes. Allergi hos barnet er beskrevet i [afsnit 11.1](#).

4.4 Amning og medicin

Al medicin går over i modermælken, men det er sjældent nødvendigt at stoppe amningen.

Da al medicin går over i mælken i større eller mindre grad, er det altid vigtigt at overveje nødvendigheden af behandling med lægemidler til ammende kvinder. Hvis lægemiddelbehandling er nødvendig, findes der næsten altid et præparat, som gør det muligt at fortsætte amningen [Andersen og Futtrup 2019].

Medicinen overføres fra plasma til mælk ved passiv diffusion, det vil sige, at det bevæger sig fra høj koncentration mod lav koncentration. Det betyder, at udskillelsen af et lægemiddel fra mælken ikke øges ved udmalkning [Andersen og Futtrup 2019]. I takt med at medicinen metaboliseres, og koncentrationen i blodet falder, vil der ske en tilbagediffusion fra mælk til blod.

Overførslen af medicin til modermælken er højest ved [Wambach et al 2019]:

- høj plasmakoncentration
- medicin med lav molekylvægt
- medicin med lav proteinbinding
- fedtopløselig medicin
- basisk medicin.

Koncentrationen af et lægemiddel i mælken er desuden afhængig af halveringstid, dosis, tid mellem medicinindtagelse og amning, dispenseringsform og moderens metaboliseringssevne. Koncentrationen er lav ved lokal applikation og inhalation, højere ved peroral behandling og højest ved intravenøs behandling [Andersen og Futtrup 2019].

Barnets evne til at metabolisere og udskille et lægemiddel har også betydning for toksiciteten. Således er syge nyfødte og børn født præmatært i større risiko for at blive påvirket af lægemidler end raske mature børn. Og nyfødte er i større risiko end børn over 6 måneder [Wambach et al 2019].

Indsatser for Rationel Farmakoterapi anbefaler følgende i forbindelse med lægemiddelbehandling af ammende kvinder [Andersen og Futtrup 2019]:

- Anvend lokal applikation eller inhalationsmedicin frem for peroral medicin.
- Vælg præparater, der passerer over i modermælken i mindst mulig mængde.
- Ordiner korttidsvirkende medicin.
- Tag medicinen lige efter amningen for at få lavest mulig koncentration i mælken på ammetidspunktet.
- Indtag retard-præparater lige før barnets længste soveperiode.
- Observer barnet for bivirkninger (fx irritabilitet, sløvhed og nedsat sutteevne). Ved mistanke om påvirkning af barnet måles dets serumkoncentration, hvis det er muligt.

Medicinsk behandling af ammende kvinder varetages enten af den praktiserende læge eller af speciallæger. Sundhedspersonale kan søge information hos Indsatser for Rationel Farmakoterapi på www.irf.dk

I artiklen *Lægemidler og amning* findes tillige kontaktdata på regionale informationssteder, hvor man som sundhedspersonale kan søge faglig vejledning. Se <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2019/rationel-farmakoterapi-7-2019/komponenter/laegemidler-og-amning>

En mere udførlig beskrivelse af amning og medicin findes i bogen *Medication and Mothers' Milk*, som opdateres årligt [Hale 2017].

På Promedicin.dk, der er en dansk hjemmeside med informationer om lægemidler til sundhedsprofessionelle, findes forholdsregler ved amning for hvert præparat (<http://pro.medicin.dk>).

Referencer til kapitel 4

Andersen TJ & Futtrup TB (2019): *Rationel Farmakoterapi nr 7*. Sundhedsstyrelsen <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2019/rationel-farmakoterapi-7-2019/komponenter/lægemidler-og-amning>

Casey C et al (1986): *Nutrient intake by breastfed infants during the first five days after birth*. *Am J Dis Child* 140: 933-36.

Celiker C (2009): *Congenital B12 deficiency following maternal gastric bypass*. *Journal of Perinatology*.2):640-42.

Ciana F et al (2000): *Prolonged exclusive breast-feeding from vegan mother causing an acute onset of isolated methylmalonic aciduria due to a mild mutase deficiency*. *Clinical Nutrition* 19(2): 137-9.

Colson SSD (2006): *The mechanisms of Biological Nurturing* [Ph.d. Thesis]. University of Kent at Canterbury; 2006.

Colson SD et al (2008). *Optimal positions for the release of primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding*. *Early Human Development*. Juli 2008;84(7):441-9.

Cregan MD et al (1999): *Computerized breast measurement from conception to weaning: Clinical implications*. *Journal of Human Lactation* 15(2): 89-96.

De Carvalho M et al (1983): *Effect of frequent breast-feeding on early milk production and infant weight gain*. *Pediatrics* sept 72(3): 307-11.

DSOG (2017): *Bariatrisk opererede gravide*. Obstetrisk Guideline. Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, DSOG.

Geddes DT et al (2008): *Tongue movement and intra-oral vacuum in breastfeeding infants*. *Early Human Development* doi: 10.1016/j.earlhumdev.2007.12.008.

Golding J (1997): *Unnatural constituents of breast milk – medication, lifestyle, pollutants, viruses*. *Early Human Development* 49 suppl: S29-S43

Hale TW (2017): *Medications and mothers milk*. 17. udgave. Hale Publishing, Texas, USA.

Hawdon, J. M. (2005): *'Disorder of Blood Glukose Homeostasis in Neonate'*. In Robertson's Textbook of Neonatology, 4 ed. Vol. 2005. London: Elsevier Limited.

- Houston MJ et al (1983): *Factors affecting the duration of breastfeeding: 1. Measurements of breastmilk intake in the first week of life.* Early Hum Dev 8: 49-54.
- Humphrey S (2007): *Herbal therapeutics during lactation.* In Hale TW & Hartmann P: *Textbook of Human Lactation.* 1. edition. Hale Publishing, Amarillo, Texas.
- Innis SM (2007): *Human milk: maternal dietary lipids and infant development.* Proceedings of the Nutrition Society 66: 397-404.
- Kent JC et al (2006): *Volume and Frequency of Breastfeedings and Fat Content of Breast Milk Throughout the Day.* Pediatrics 117: 387-95.
- Kunz C et al (1992): *Re-evaluation of the whey protein/casein ratio of human milk.* Acta Paediatr 81: 107-12.
- Lawrence RA et al (2016): *Breastfeeding – a guide for the medical profession* (8. edition 2016).
- Menella JA (2007): *Chemical senses and the development of flavor preferences in humans.* In Hale TW & Hartmann P: *Textbook of Human Lactation.* 1. edition. Hale Publishing, Amarillo, Texas.
- Michaelsen KF et al (1994): *The Copenhagen cohort study on infant nutrition and growth: breastmilk intake, human milk macronutrient content, and influencing factors.* Am J Clin Nutr 59: 600-611.
- Neville M et al (1988): *Studies in human lactation: milk volumes in lactating women during the onset of lactation and full lactation.* Am J Clin Nutr 48: 1375-86.
- Nordic Nutrition Recommendations 2004 – integrating nutrition and physical activity.* Nord 013.
- Nyqvist K et al (1999): *The development of preterm infants' feeding behavior.* Early Human Development 55: 247-64.
- Platt WM, Deshpande S (2005): *Metabolic Adaption at Birth.* Seminars in Fetal and Neonatal Medicine 10 (4): 341-50. doi:10.1016/j.siny.2005.04.001.
- Prime DK et al (2011): *Comparison of the Patterns of Milk Ejection During Repeated Breast Expression Sessions in Women.* Breastfeed Med. 2011 Aug;6(4):183-90.
- Ramsay DT et al (2005): *Anatomy of the lactating human breast redefined with ultrasound imaging.* Journal of Anatomy 206: 525-34.
- Rooy L de, Hawdon J (2002): *Nutritional Factors that Affect The Postnatal Metabolic Adaption of Full-term Small- and Large-for-Gestational-Age Infants.* Pediatrics 109 (3): e42-e42. doi:10.1542/peds.109.3.e42.
- Saint L et al (1984): *The yield and nutrient content of colostrum and milk from giving birth 1 month postpartum.* Br J Nutr 52: 87-95.
- Sundhedsstyrelsen (2019): *Ernæring til spædbørn og småbørn – en håndbog for sundhedspersonale.* 4. udgave, 1. oplag. www.sst.dk

Uvnäs-Moberg K (2015): *Oxytocin. The biological guide to motherhood*. Hale Publishing 2015.

Varendi H et al (2001): *Breast odour as the only maternal stimulus elicits crawling to the odour source*. Acta Paediatr 2001;90;372-5.

Wambach K et al (2019): *Breastfeeding and Human Lactation*, 6. Edition 2019, ISBN: 978-1-284-15156-5.

Weiss R et al (2004): *Severe B12 deficiency in an infant associated with a maternal deficiency and strict vegetarian diet*. Journal of Pediatric Hematology Oncology 26(4): 270-1.

Widström A-M et al. (2011): *Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation*. Acta Paediatr. 2011 Jan;100(1):79-85.

World Health Organization (1985): *Quantity and quality of breastmilk. Report on the WHO Collaboraty Study on Breastfeeding*.

Forudsætninger for amning

Brysterne forbereder sig i løbet af graviditeten til at producere mælk, se [afsnit 4.1.2](#) – og mælkeproduktionen starter helt automatisk i dagene efter fødslen, se [afsnit 4.1.3](#). Men amning skal læres af både mor og barn – og læreprocessen foregår i en kulturel og social kontekst. Mange forskellige faktorer har indflydelse på, om en kvinde beslutter sig for at amme, og om hun får amningen til at fungere tilfredsstillende.

Det vigtigste er, at begge forældre ønsker, at barnet skal ammes, at de har tillid til, at kvinden kan producere præcis den mælk, barnet har brug for, og at de har tilstrækkelig stor viden om amning [Foverskov 2000].

Netværket omkring familien har stor betydning for beslutninger om amning. Sundhedspersonalets vigtigste rolle er at stille information og mulighed for samtale til rådighed for forældrene, så de kan gøre det, som er rigtigt for dem og dernæst støtte forældrene i at gennemføre de beslutninger, de træffer.

5.1 Moderen

En række sociale og psykosociale faktorer har indflydelse på amningen.

Forskellige faktorer har indflydelse på, om amningen kommer til at fungere tilfredsstillende. Disse faktorer kan anvendes til at identificere kvinder, som skal have særlig opmærksomhed. Nogle faktorer, fx alder og uddannelse, er forudsætninger, som ikke kan ændres. Andre faktorer, fx viden og selvtillid, kan styrkes, hvis indsatsen er tidlig og målrettet.

Særlige forhold hos mor og/eller barn kan også øge risikoen for problemer med amningen og tidligt ammeophør. Hos mor gælder det bl.a. brystkirurgi, hypoplasi, fødselsdepression, overvægt, rygning og spiseforstyrrelse, som er beskrevet i kapitel 10. Hos barnet er det bl.a. Down syndrom og andre handicap, læbe-gane-spalte, hjertesygdom, stramt tungebånd og for tidlig fødsel, som er beskrevet i [kapitel 11](#).

5.1.1 Sociodemografiske faktorer

Sociodemografiske faktorer har indflydelse på amningen. Det gælder eksempelvis kvindens alder, uddannelse, erhvervsaktivitet, etniske baggrund og om kvinden bor sammen med en partner.

Unge kvinder, kvinder med kort eller ingen uddannelse, kvinder med usikker tilknytning til arbejdsmarkedet og kvinder, som ikke bor sammen med en partner, stopper ofte med at amme tidligere end andre kvinder. Også nogle kvinder med anden etnisk baggrund end dansk er i risiko for at stoppe amningen tidligt [Johansen et al 2016, Victora et al 2016], se også afsnit 10.8. Disse kvinder har derfor brug for særlig opmærksomhed fra sundhedspersonalet, både i graviditeten og i tiden efter fødslen i form af fx støtte til at få styrket mors self-efficacy, behovsbesøg i hjemmet, telefonisk støtte m.m. se [afsnit 5.1](#), hvordan man kan tilrettelægge indsatser for disse grupper.

5.1.2 Psykosociale faktorer

Psykosociale faktorer har stærk sammenhæng med ammevarighed – og de er mulige at påvirke gennem vejledning og samtale.

Igennem de seneste år er der kommet stor fokus på psykosociale faktors betydning for amningen. Psykosociale faktorer omfatter blandt andet intentioner, tiltro til at kunne amme, erfaringer, traditioner, viden og forventninger. I flere studier er disse faktorer påvist at have selvstændig og stærk betydning for ammevarigheden, både når de måles før og efter fødslen. Faktorerne har vist sig at have en stærkere sammenhæng med ammevarighed end sociodemografiske faktorer, som fx alder og skolegang [Kronborg et al 2004].

Disse faktorer er, i modsætning til de sociodemografiske faktorer, mulige at påvirke ved vejledning om det, der har betydning for den enkelte. [Kronborg et al 2004, de Jager et al 2012]. Læs mere i [kapitel 2](#).

Self-efficacy

Den psykosociale faktor, som er bedst dokumenteret i litteraturen er sammenhængen mellem en længere ammevarighed og moderens self-efficacy, udtrykt ved hendes tiltro til at kunne overvinde eventuelle vanskeligheder og fortsætte amningen [de Jager et al 2013]. Mødre med høj self-efficacy er mere tilbøjelige til at påbegynde amning efter fødslen, holde fast ved amningen, når de oplever problemer, gøre sig tanker der opmuntrer dem til fortsættelse samt reagere positivt og overkomme

problemer. Specielt understreges det, at de første uger efter fødslen er vigtige for udvikling af tiltro til at kunne amme [de Jager et al 2013].

Der er derfor brug for særlig opmærksomhed og støtte – fx i form af ekstra hjemmebesøg og/eller øget telefonrådgivning – til kvinder:

- som først træffer beslutningen om at amme i graviditeten
- som planlægger at amme i kort tid
- som er usikre på, om de kan amme.

Hvis en kvinde ikke ønsker at amme, skal hun støttes i sin beslutning. Jordmoderen og sundhedsplejersken kan bidrage til beslutningen med rådgivning, der åbner for, at kvinden og hendes mand træffer beslutningen på baggrund af neutral rådgivning, der giver anledning til refleksion hos begge. Læs mere i [afsnit 6.1.3](#), [9.5](#) og [5.1](#).

Intention om og motivation for at ville amme

Moderens intention om at amme – udtrykt i hvor længe hun under graviditeten forventer at amme – har en stærk positiv sammenhæng med hendes faktiske ammevarighed. Således ammer de kvinder, der har påtænkt en lang ammeperiode, længere end de kvinder, der har påtænkt en kortere ammeperiode [Foverskov 2000]. Intentionen om at amme er afhængig af, hvordan amningen forløber, idet uventede og ubehagelige oplevelser kan påvirke intentionen negativt. Specielt har det tidlige ammeforløb stor betydning, idet en god start øger tiltroen, og dermed understøtter den intentionen og sandsynligheden for, at moderen fortsætter [Moore et al 2006].

Moderens intention hænger tæt sammen med, hvor motiveret hun er for at amme. Self-determination theory [Pelletier et al 1997] skelner mellem den indre motivation og den ydre motivation, hvor den indre motivation er en stærkeste. Den ydre motivation vil i denne sammenhæng være, at sundhedsmyndighederne og andre anbefaler amning, og derfor synes moderen, at hun bør amme. Den indre motivation er et oprigtigt ønske om at kunne amme sit barn. Læs mere om, hvordan man kan arbejde med motivation i [kapitel 2](#).

Erfaringer og traditioner

Generelt ammer førstegangsfødende kortere tid end flergangsfødende [Johansen 2016]. Et observationsstudie har imidlertid vist, at kvinders ammeerfaringer har større betydning end pariteten [Kronborg et al

2007]. Flergangsfødende, som tidligere har ammet mindre end 6 uger, ammer kortere tid end førstegangsfødende. Kvinder, som tidligere har ammet mellem 6 og 17 uger, ammer nogenlunde lige så længe som førstegangsfødende. Og kvinder, som tidligere har ammet mere end 17 uger, ammer længere.

Dårlige erfaringer kan gøre, at kvinden mister troen på, at hun kan amme. Desuden kan det have betydning, om hun selv – og barnets far – er blevet ammet, og om de har veninder, som har ammet [Wagner et al 2006]. Hvis der ikke er tradition for amning i kvindens nære relationer, kan sundhedspersonalet tale med kvinden om, hvorvidt hun har andre bekendte med gode ammeerfaringer, der kunne være hendes rollemødder. Det er vigtigt, at rollemodellen er en person, som kvinden kan identificere sig med, for at hun kan bruge vedkommendes erfaringer til at styrke sin egen tro på at, hun kan amme, så længe hun ønsker. Læs mere i [afsnit 12.1](#).

Førstegangsfødende, hvor der ikke er tradition for amning i kvindens familie eller omgangskreds kan derfor have behov for at tale om fordele og ulemper ved amning allerede i graviditeten og i den første tid efter fødslen. De kan også have brug for særlig støtte og opbakning i den periode, hvor erfaringer indhentes, og viden skal afprøves. Flergangsfødende i samme situation, som har et ønske om længere amning ved næste barn, kan have samme behov for særlig opmærksomhed, støtte og opbakning, også i forhold til familie og det øvrige netværk.

Viden og forventninger

Viden og forventninger har stor betydning for amningen:

- Kvinder med stor viden om amning ammer længere.
- Selv kvinder, der har stor viden om fordelene ved amning, mangler ofte viden om, hvad der skal til, for at amningen kan lykkes.
- Kvinder, som oplever amningen sværere end forventet, ammer i kortere tid [Kronborg 2004].

Nyere studier finder ligeledes en sammenhæng mellem kvinders viden om amning og ammevarighed [Skouteris et al 2014].

Spædbarnsforældre kan derfor have brug for at få viden om, hvordan man ammer i praksis, og blive godt forberedt på de vanskeligheder, der kan opstå i forbindelse med amning.

Sociodemografiske og psykosociale faktorer med betydning for amningen

Sociodemografiske faktorer:

- Alder
- Uddannelse
- Tilknytning til arbejdsmarkedet
- Etnisk baggrund
- Civilstatus.

Psykosociale faktorer:

- Intentioner
- Self-efficacy
- Erfaringer
- Viden
- Forventninger
- Støtte.

[Busck-Rasmussen et al 2014, Johansen et al 2016].

5.2 Faderen

Inddragelse af faderen i ammevejledning spiller en stor rolle for ammevarigheden.

I dette afsnit anvendes begrebet far om den anden forælder, uanset at og med respekt for, at der også findes andre familieformer, hvor barnet har forældre af samme køn, eller hvor mor er alene om barnet. I disse tilfælde kan 'far' oversættes til den pårørende, den gravide har tættest på sig i graviditeten og tiden efter.

Faderens viden om og holdning til amning har indvirkning på valget af ernæring til spædbarnet og på varigheden af amningen [Mitchell-Box 2013]. Generelt er nordiske fædre meget positive over for amning. Flere studier beskriver således, hvordan fædre gerne vil involveres i forhold omkring amningen – både i beslutningen om deres barn skal ammes og i selve gennemførelsen [Laantera et al 2010, Sherriff et al 2011]. Nogle fædre føler imidlertid, at amningen gør dem betydningsløse og beskriver sig selv som outsiders eller tredje hjul [Fägerskjold 2008, Laantera et al 2010, Sherriff et al 2011].

En dansk national klinisk retningslinje om etablering af amning viser, at hvis faderen inddrages i vejledningen om amning inden for den første måned efter fødslen, så fordobles odds for at amme 6 måneder efter fødslen [Nilsson et al 2019]. Et mindre studie viser, at effekten af at inddrage faderen ser ud til at være størst i de situationer, hvor der opstår problemer med amningen. Blandt kvinder, som oplevede problemer, var der næsten fem gange så mange, som fortsat ammede fuldt ved 6 måneder, når mændene havde modtaget 40 minutters undervisning i amning [Pisacane et al 2005].

Sundhedspersonalet skal derfor være opmærksomt på at inddrage faderen aktivt, både under graviditeten og efter fødslen, når amning drøftes og ved vejledning af moderen, når far er til stede.

Mange af de studier, der beskriver fædrenes oplevelser af ammevejledningen, viser imidlertid, at det kan være svært for fædre at finde ud af, hvordan de bedst hjælper. Og at de ikke altid føler sig godt hjulpet af sundhedspersonalet [Sherriff et al 2014a]. Følgende temaer kan inddrages i ammevejledningen: viden om amning og dens effekter, vigtigheden af faderens støtte og positive holdning til amning, inddragelse i beslutninger om amning, hvordan faderen konkret kan støtte til amning praktisk og følelsesmæssigt samt viden om almindelige ammeproblemer og hvordan disse kan afhjælpes [Sherriff et al 2014b, Nilsson et al 2019].

Faderen kan opleve, at ernæring med modernælkserstatning øger muligheden for tilknytning til barnet. Amning forhindrer ikke faderen i at få kontakt med barnet, lære det at kende og knytte sig til det. Kontakt og tilknytning handler om tilstedeværelse, opmærksomhed og indlevelse – og faderen er lige så god som moderen til at give varme, tryghed og kærlighed [Madsen et al 1999]. Amning er det eneste, en far ikke kan.

Sundhedspersonalet skal sikre, at faderen har mulighed for at deltage på lige fod med kvinden både i konsultationer og i fødsels- og familieforberedelse. Han skal desuden have mulighed for at være til stede under indlæggelse på et barselafsnit, så meget parret ønsker. Samtaler, informationer og materialer skal henvende sig til begge forældre, og faderens rolle drøftes i det omfang, parret ønsker [Sundhedsstyrelsen 2013]. Foregår vejledningen inden for almindelig arbejdstid, kan det være vanskeligt for fædre at deltage [Nilsson et al 2019].

5.3 Netværket

Det sociale netværk spiller en vigtig rolle i beslutninger om amning.

Den støtte og information, som de nye forældre får fra sundhedspersonalet, skal tage udgangspunkt i den enkelte families aktuelle situation – og skal samtidig være i overensstemmelse med den nyeste dokumenterede viden.

Familien indgår imidlertid i en social kontekst, som spiller en afgørende rolle for amningens forløb [Wambach 2019]. Mange beslutninger om sundhed og sygdom bliver truffet i tæt dialog med familiens netværk – og den professionelle del af sundhedsvæsnet bliver ikke altid involveret [Kleinman et al 1980].

En vigtig opgave er derfor at sikre, at spædbørnsfamilien har viden om, hvordan den kan gøre brug af netværket, så den får den støtte, den behøver. Ofte vil familie og venner hellere end gerne øse af deres egne erfaringer – og kvinder, som selv har ammet, kan være gode støtter. Det er imidlertid vigtigt at støtte forældrene i at sortere i alle de gode råd. I denne sammenhæng gælder det især, hvis nogen sætter spørgsmålstegn ved mængden eller kvaliteten af modermælken, og forældrene bliver i tvivl om, hvorvidt de skal fortsætte amning på den baggrund.

Desuden er det vigtigt at støtte forældrene i at tage imod tilbud om praktisk hjælp fra familie og venner. Det kan være en stor opgave at opfylde et spædbarns behov. I starten er der ikke tid til ret meget andet end barnet, uanset om det bliver ammet eller får flaske. Indkøb, madlavning, rengøring, tøjvask og pasning af større søskende kan derfor være den bedste hjælp.

Myter om amning

- At der ikke er tilstrækkelig næring i mælken
- At moderen ikke har nok mælk
- At kvinderne i vores familie ikke kan amme

De sundhedsprofessionelle kan hjælpe med at udrydde disse myter.

For at målrette indsatsen er det hensigtsmæssigt at være opmærksom på, hvem i kvindens/forældrenes netværk, der har betydning for beslutninger vedrørende sundhed og dermed også for spædbarnets ernæring.

I mange vestlige kulturer har barnets far og kvindens egen mor den største betydning [Foverskov 2000]. I andre kulturer kan det være kvindens svigermor, som spiller den vigtigste rolle, se afsnit 10.8. Mange forældre er aktive i sociale netværk på internettet, hvilket formentlig både har en støttende effekt, men også kan betyde forvirring og yderligere ophobning af ammeråd, som det kan være vanskeligt at sortere i.

I mange af landets kommuner og i enkelte regioner er der stigende interesse i forældreuddannelse, og en række forskellige programmer er under afprøvning. I programmerne indgår undervisning før fødslen bl.a. i amning, hvor fordele og ulemper ved amning indgår som en naturlig del af forberedelsen til forældreskab. Gruppeaktiviteter giver mulighed for at udveksle erfaringer og etablere netværk. Nogle gange kan det være en fordel med kønsopdelte grupper, så de gravide og deres partnere kan tale med andre af samme køn om de emner, der sættes på dagsordenen.

5.4 Personalet

Effektiv amme-uddannelse af sundhedspersonale omfatter både adgang til ny viden, udvikling af færdigheder og refleksioner over egne erfaringer.

Sundhedspersonale er vigtige kilder til information om amning for nye mødre [Foverskov 2000]. Et Cochrane review [Renfrew et al 2012] viser, at støtte og vejledning i amning øger længden af både fuld amning og delvis amning.

Den praktiserende læge spiller en langt større rolle, end han/hun ofte selv er klar over [Brodrigg et al 2007]. Det er derfor vigtigt, at fagpersoner, som har kontakt med spædbørnsfamilier, har tiltro til kvinders evne til at amme – og har den viden og de færdigheder, som er nødvendige for også at kunne støtte forældrene i deres valg af ernæring [WHO 1998].

Fagpersoners viden er ofte mangelfuld – og deres holdninger kan være formet af egne ammeerfaringer [Kronborg 2006]. Gode erfaringer kan gøre det svært at forstå, at det ikke er lige let for alle – og dårlige erfaringer kan gøre det svært at tro på, at det kan lykkes for andre. Der er derfor risiko for, at den information, forældrene får, hverken er opdateret eller ensartet.

Interaktiv uddannelse af sundhedsprofessionelle har en positiv virkning på både holdninger, viden og færdigheder [Kronborg 2008, Taylor et al 2012, Ward et al 2011]. Således kan et interaktivt 18-timers-kursus øge sundhedsplejerskers viden og færdigheder [Kronborg 2006].

Et randomiseret svensk studie [Ekström et al 2012], hvor jordemødre og sygeplejersker gennemgår et 7-dages kursus i ammevejledning indeholdende evidensbaseret viden, reflektive processer, problemløsning og praktiske færdigheder, viste en positiv effekt på amning. Børnene blev ammet længere, færre børn fik modermælkserstatning i den første uge uden medicinsk indikation, og børnene blev senere introduceret til anden mad.

Kurset indeholdt desuden refleksion over egne ammeerfaringer – både professionelle og personlige – og det havde betydning for ændring af holdninger hos både jordemødre og sygeplejersker [Ekström et al 2005].

På jordemoderuddannelsen indgår amning som en del af undervisningen i barselspleje, uden defineret antal lektioner. På sundhedsplejerskeuddannelsen bliver de kommende sundhedsplejersker undervist 12 lektioner i amning.

5.4.1 Amning de første dage efter fødslen – fire hovedbudskaber

I et dansk randomiseret studie [Nilsson 2016] om amning ved tidlig udskrivelse blev personalet på føde- og barselsgang undervist på et 2-dages-kursus i et teoribaseret program om amning i de første dage efter fødslen. På interventionssygehusene havde personalet fokus på fire hovedbudskaber til forældrene:

- Så meget hud mod hud-kontakt som muligt de første dage
- Hyppig amning, gerne mindst 8 gange i døgnet
- God positionering af mor og barn
- Faderens aktive deltagelse i amningen.

Herudover blev personalet undervist i, hvordan de kunne styrke forældrenes self-efficacy. Baggrunden for programmet var, at når indlæggelsestiden i forbindelse med fødslen bliver kortere og kortere, må mængden af information til forældrene begrænses, så de kan fokusere på det, der er vigtigst for at få amningen godt i gang.

Effekten af programmet var færre genindlæggelser af de nyfødte, og flere der blev ammet fuldt i 6 måneder.

WHO anbefaler fortsat, at alt relevant sundhedspersonale gennemgår mindst 18 timers uddannelse i amning [WHO 1998].

I Danmark tilbydes et 90-timers-kursus i amning for sundhedspersonale med specialistfunktion, se mere i [afsnit 1.3](#).

5.4.2 Ammeanamnese

Der er mange faktorer, der har indflydelse på amningen. Sundhedspersonalet, der vejleder i amning, kan derfor med fordel benytte en ammeanamnese, når de indsamler oplysninger om ammeforløbet. Kompetencecenter for Amning har i samarbejde med de professionelle netværksgrupper om amning udarbejdet en ammeanamnese, der frit kan tilgås på Kompetencecenter for Amnings hjemmeside:

kompetencecenterforamning.dk

Referencer til kapitel 5

Brodribb W et al (2007): *Breastfeeding and the responsibilities of GP's. A qualitative study of general practice registrars*. Australian Family Physicians 36(3):283-285.

Busck-Rasmussen M et al (2014): *Breastfeeding Practices in Relation to Country of Origin Among Women Living in Denmark: A Population-Based Study*. MaternChildHealth J. 19. april 2014;18(10):2479-88.

Danske Regioner (forening), Region Hovedstaden, og Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse (2014): *LUP fødende: spørgeskemaundersøgelse blandt 9.500 kvinder, der har født : den landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser blandt fødende*. Frederiksberg: Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse.

De Jager E et al (2012): *Psychosocial correlates of exclusive breastfeeding: A systematic review*. Midwifery [Internet]. [citeret 1. November 2012];(0).
Hentet fra: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613812000630>

Ekström A et al (2005): *Process-oriented training in breastfeeding alters attitudes to breastfeeding in health professionals*. Scandinavian Journal of Public Health 33:424-31

Ekström A et al (2012): *A Process-Oriented Breastfeeding Training Program for Healthcare Professionals to Promote Breastfeeding: An Intervention Study*. Breastfeeding Medicine 7 (2): 85-92. doi:10.1089/bfm.2010.0084.

Ekström A et al (2005): *Breastfeeding Attitudes among Counselling Health Professionals Development of an Instrument to Describe Breastfeeding Attitudes*. Scandinavian Journal of Public Health 33 (5): 353-59. doi:10.1080/14034940510005879.

Foverskov HK (2000): *Er amning for alle? Et studie af psykosociale faktorerers betydning for amme-ophør*. MPH, Århus Universitet.

- Fägerskjold (2008): *A change in life as experienced by first-time fathers*. Scandinavian Journal of Caring Science. 22(1):64-71.
- Jager E et al (2013): *Psychosocial Correlates of Exclusive Breastfeeding: A Systematic Review*. Midwifery 29 (5): 506-18. doi:10.1016/j.midw.2012.04.009.
- Johansen A et al (2016): *Amning: Temarapport og årsrapport. Børn født i 2014*. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Kleinman A (1980): *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*, kap. 2.
- Kronborg H et al (2004): *The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding*. SCAND J Public Health. ;32(3):210-6.
- Kronborg H (2006): *Tidligt ammeophør – kan det forebygges? Et forskningsprojekt i sundhedsplejens praksisfelt*. Ph.d. afhandling, Afdeling for Sygeplejevidenskab, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet.
- Kronborg H et al (2008): *Health visitors and breastfeeding support: influence of knowledge and self-efficacy*. The European Journal of Public Health 18 (3): 283-88. doi:10.1093/eurpub/ckm121.
- Kronborg, H, M Vaeth (2004): *The Influence of Psychosocial Factors on the Duration of Breastfeeding*. Scandinavian Journal of Public Health 32 (3): 210-16. doi:10.1080/14034940310019218.
- Kronborg H et al (2007): *Effect of early postnatal breastfeeding support: A cluster randomized community based trial*. Acta Pædiatrica 2007.
- Laantera S et al (2010): *Breastfeeding attitudes of Finnish parents during pregnancy*.
- Madsen SA et al (1999): *Fædre og fødsler*. Frydenlund.
- Maycock B et al (2013): *Education and Support for Fathers Improves Breastfeeding Rates A Randomized Controlled Trial*. Journal of Human Lactation 29 (4): 484-90. doi:10.1177/0890334413484387.
- Mitchell-Box K, Braun KL (2012): *Fathers' Thoughts on Breastfeeding and Implications for a Theory-Based Intervention*. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing. 2012;n/a-n/a.
- Mitchell-Box KM, Braun KL (2013). *Impact of Male-Partner-Focused Interventions on Breastfeeding Initiation, Exclusivity, and Continuation*. Journal of Human Lactation 29 (4): 473-79. doi:10.1177/0890334413491833.
- Moore ER et al (2006): *Prenatal and Postpartum Focus Groups With Primiparas: Breastfeeding Attitudes, Support, Barriers, Self-efficacy, and Intention*. Journal of Pediatric Health Care. 2006 Jan;20(1):35-46.
- Nilsson I (2016): *Less is more. Early discharge following birth – how do we support mothers to effective breastfeeding?* (PhD thesis). Aarhus University, 2016.
- Nilsson I et al (2019): *National Klinisk Retningslinje om etablering af amning efter fødslen*. Downloades på : http://www.kompetencecenterforamning.dk/media/162494/20190206_nkr_etablering_af_amning_efter_f_dsel_final.pdf

Pelletier LG et al (1997): *Client motivation for therapy scale: A measure of intrinsic motivation, extrinsic motivation, and amotivation for therapy*. Journal of Personality Assessment 1997; 68(2): 414-435.

Pisacane A et al (2005): *A Controlled Trial of the Father's Role in Breastfeeding Promotion*. Pediatrics 116(4): e494-e498.

Renfrew MJ et al (2012): *Support for Healthy Breastfeeding Mothers with Healthy Term Babies*. I Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley & Sons, Ltd. <http://onlinelibrary.wiley.com.ez.statsbiblioteket.dk/2048/doi/10.1002/14651858.CD001141pub4/abstract>

Schmied V et al (2011): *Women's Perceptions and Experiences of Breastfeeding Support: A Metasynthesis*. Birth 38, 49-60. doi:10.1111/j.1523-536X.2010.00446.x

Sherriff N, Hall V (2011): *Engaging and supporting fathers to promote breastfeeding: a new role for Health Visitors?* Scandinavian Journal of Caring Sciences. Sep;25(3):467-75.

Sherriff N et al (2014a): *Engaging and Supporting Fathers to Promote Breast Feeding: A Concept Analysis*. Midwifery 30 (6): 667-77. doi:10.1016/j.midw.2013.07.014.

Skouteris H et al (2014): *Interventions Designed to Promote Exclusive Breastfeeding in High-Income Countries: A Systematic Review*. Breastfeeding Medicine 9 (3): 113-27. doi:10.1089/bfm.2013.0081.

Sundhedsstyrelsen (2013): *Anbefalinger for svangreomsorgen*.

Taylor AM, Hutchings M (2012): *Using Video Narratives of Women's Lived Experience of Breastfeeding in Midwifery Education: Exploring Its Impact on Midwives' Attitudes to Breastfeeding: Breastfeeding Education: Video Narrative Effects*. Maternal & Child Nutrition 8 (1): 88-102. doi:10.1111/j.1740-8709.2010.00258.x.

Victora CG et al (2016): *Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect*. The Lancet 387 (10017): 475-490.

Wagner C et al (2006): *The role of personality and other factors in a mother's decision to initiate breastfeeding*. Journal of Human Lactation 22(1): 16-22.

Wambach K et al (2019): *Breastfeeding and Human Lactation*, 6. Edition 2019, ISBN: 978-1-284-15156-5..

Ward KN, Byrne JP (2011): *A Critical Review of the Impact of Continuing Breastfeeding Education Provided to Nurses and Midwives*. Journal of Human Lactation 27 (4): 381-93. doi:10.1177/0890334411411052.

WHO (1998): *Evidence for the ten steps to successful breastfeeding*. World Health Organization, Geneva.

Årsrapport Audit på genindlæggelser af nyfødte < 30 dage efter fødslen 2014-2015.
Kan rekvireres ved henvendelse til Henriette Svenstrup:
henriette.svenstrup@midt.rm.dk

Det normale ammeforløb

Støtte og information skal tage udgangspunkt i den enkelte families aktuelle situation. Derfor er det vigtigt at forsøge at afdække, hvilke forudsætninger moderen har for at gennemføre en amning, se [kapitel 5](#). Men det er også vigtigt at være opmærksom på, at amningen ændrer sig hele tiden. Fysiologisk set er der stor forskel på opstarten og det senere forløb, se [kapitel 4](#). Samtidig er amning en relation, som udvikler sig under hele forløbet. Forældrene skal vide, at situationen kan ændre sig fra time til time i de første dage – og at de derfor kan opleve, at personalets vejledning er forskellig fra vagt til vagt.

6.1 Forberedelse til amning

6.1.1 Fysisk forberedelse

Forberedelse af brystvorterne er unødvendig og uhensigtsmæssig.

Den fysiske forberedelse klarer kroppen bedst selv, se [afsnit 4.1.2](#). Der er ikke dokumentation for, at kvinder med lys hud, rødt hår og fregner har øget risiko for problemer med brystvorterne. Almindelig daglig hygiejne med begrænset brug af sæbe og creme på brysterne – og tøj, som tillader, at huden kan ånde og brystvorten stritte – er efter al sandsynlighed præcis, hvad der skal til [Lawrence et al 2016].

Normalt er der ingen grund til at undersøge brystet i graviditeten. Det kan imidlertid være relevant, hvis kvinden er brystopereret eller har indadvendte brystvorter og er bekymret for, om hun kan amme, se [afsnit 10.5](#) og [9.1.4](#). Derimod kan det være hensigtsmæssigt at drøfte de ændringer, som normalt sker med brystet i graviditeten, så kvinden kan få styrket tilliden til, at hun kan amme sit barn. Hvis kvinden slet ikke mærker forandringer i brystet, mens hun er gravid, kan der være tale om hypoplasi, se [afsnit 10.21](#).

6.1.2 Viden, selvtillid og realistiske forventninger

Kvinder, der deltager i amme-forberedende kurser, oplever i højere grad at have tilstrækkelig viden om amning.

Siden præsentationen af Det Spædbarnsvenlige Initiativ i 1991 har WHO anbefalet, at alle gravide informeres om fordele ved amning – og hvad der skal til, for at amningen kan lykkes [WHO 2017].

Enkelte randomiserede studier [Su et al 2007, Mattar et al 2007] viser, at kvinder, som har haft mulighed for at drøfte amning før fødslen, ammer længere. Skriftligt informationsmateriale (dvd, pjecer m.v.) er ikke tilstrækkeligt [Mattar et al 2007].

Forberedelsen har til formål at hjælpe forældrene til at opnå realistiske forventninger til ammeforløbet, opbygge en tro på kvindens evne til at amme (self-efficacy) og øge viden om, hvad der skal til for at få amningen til at fungere [de Jager et al 2013], se [afsnit 2.3.1](#) og [2.3.2](#). Det er også vigtigt at drøfte faderens/partnerens rolle og værdien af et godt netværk, se [afsnit 5.2](#) og [5.3](#). Deltagelse i forældre- og fødselsforberedelse anbefales, da forældrene her har mulighed for at udvide deres netværk. Ligeledes oplever de kvinder, der deltager i de forberedende kurser, at de i højere grad har tillid til at kunne amme og tilstrækkelig viden om amning. De kvinder, der oplever at have tilstrækkelig viden om amning, ammer deres børn længere [Maimburg et al 2010, Kronborg et al 2011].

Jordemoderen kan med fordel optage amme-anamnese ved første kontakt og drøfte amning løbende gennem graviditeten. Dette med henblik på at afdække, hvilke overvejelser forældrene har gjort sig om barnets ernæring og for at kunne vurdere, hvilke tilbud de har behov for. Hermed startes en proces, som bidrager til at forberede parret til deres nye forælderroller [Rosen-Carole et al 2015].

Traditioner, eventuelle erfaringer og forventninger kan danne udgangspunkt for efterfølgende drøftelser og formidling af konkret viden i dialog med den gravide og hendes partner.

Kvinder, som har øget risiko for at stoppe amningen tidligt, har mere brug for forberedelse til amning end andre, se [afsnit 5.1](#). Førstegangsfødende, som ikke har tradition for amning i familien, kan have behov for ekstra støtte og information gennem såvel graviditet som i den første tid efter fødslen. Og kvinder, som har haft problemer med at amme, skal have tilbud om at drøfte det tidligere forløb og deres forventninger til det kommende ammeforløb. Hvis kvinden kan finde en forklaring på, at det gik, som det gjorde for hende selv og/eller andre kvinder i familien, kan

hun måske forebygge lignende problemer. Hvis kvinden ikke ønsker at amme på baggrund af sine erfaringer, skal hun støttes i dette, se [6.1.3](#).

Kvinder med øget risiko for at stoppe amningen tidligt, kan tilbydes ekstra jordemoderkonsultation, kontakt til ammespecialist, fx IBCLC-uddannet sundhedspersonale på barselafsnit/barselhotel og/eller graviditetsbesøg af sundhedsplejersken.

I *Anbefalinger for svangreomsorgen* [Sundhedsstyrelsen 2013] fremgår det:

- at jordemoderen kan drøfte amning med forældrene i konsultationerne i uge 21, 29 og 39 og i fødsels- og familieforbereðelsen
- at gravide med særlige behov kan tilbydes besøg af sundhedsplejersken i graviditeten
- og at den praktiserende læge kan følge op i specielle tilfælde.

6.1.3 Fravalg af amning

Kvinder, som vælger at give deres barn modernælkserstatning, skal støttes i deres beslutning.

En kvinde, som giver udtryk for, at hun ikke ønsker at amme, skal støttes i sin beslutning. Forældrene kan have brug for at drøfte beslutningen med sundhedspersonale, så de kan træffe et informeret valg. Kvinden kan vælge at malke ud til barnet, hvis det er vigtigt for hende, at barnet får modernælk, men ikke ønsker at amme. Hvis det bliver noteret i kvindens papirer, hvordan hun ønsker at ernære sit barn, øges sandsynligheden for, at hun får den støtte og information, hun har brug for i forbindelse med flaskeernæring.

Situationer, hvor kvinden vælger at stoppe amningen pga. problemer, er beskrevet i [afsnit 9.5](#).

6.2 Fødslen

6.2.1 Smertebehandling under fødslen

Et nyfødt barn, hvis mor har fået smertestillende medicin under fødslen, kan være længere tid om at blive klar til at sutte.

Det er veldokumenteret, at intramuskulær morfina under fødslen kan påvirke det nyfødte barns evne til at søge og tage godt fat om brystet i

de første timer efter fødslen [Forster et al 2007]. Pethidin metaboliseres i leveren til en aktiv form (normeperidin), som både passerer placenta og udskilles i modermælken. Normeperidin har en halveringstid på 63 timer hos det nyfødte barn, og børn af mødre, der har fået pethidin, kan stadig være neurologisk påvirkede efter 3 døgn. Morfin påvirker også barnet neurologisk, men i kortere tid, primært pga. ringe optagelse hos barnet via brystmælken [Hale 2006].

På grund af den neurologiske påvirkning efter morfika er det vigtigt at være opmærksom på, at barnet kan være længere tid om at blive klar til at tage brystet end normalt. Hvis moderen har fået morfika under fødslen, er det vigtigt, at hun har mulighed for at ligge hud mod hud med barnet, indtil det bliver klar til at tage brystet.

Flere studier viser, at brug af epidural til behandling af smerter under fødslen har negativ betydning for barnets tidlige spontane søge- og sutteadfærd [French al 2016]. Et svensk sammenlignende studie med 351 matchede par, der henholdsvis havde fået/ikke fået epidural smertebehandling, viser, at færre børn af mødre i epiduralgruppen suttede inden for de første 4 timer efter fødslen, flere fik modermælkserstatning på hospitalet og færre blev udskrevet på fuld amning [Wiklund et al 2009]. Andre har ligeledes fundet, at der var større risiko for delvis amning og ammeproblemer i den første uge efter fødslen [Dozier et al 2012, Torvaldsen et al 2006].

Et nyt dansk studie har endvidere påvist en sammenhæng mellem brug af epidural smertebehandling og kvinders negative oplevelse af amning i den første uge efter fødslen [Nilsson 2020]. Negative oplevelser af amningen øger odds for lav self-efficacy i relation til amning med en faktor 9, og der er dermed en betydelig risiko for tidligt ammeophør [Nilsson et al 2020].

Har moderen fået morfika eller epidural smertebehandling under fødslen, er det vigtigt, at hun har mulighed for at ligge hud mod hud med barnet, indtil det bliver klar til at tage brystet, samt at sundhedspersonalet er opmærksomt på, at moderen efterfølgende kan have behov for særlig opmærksomhed under ammeetableringen.

6.2.2 Kejsersnit

Kejsersnit har ikke betydning for mælkeproduktionen, men moderen kan have brug for ekstra støtte.

Der er ikke dokumentation for, at kejsersnit påvirker amningen. Forsinket mælkeproduktion efter kejsersnit kan bl.a. skyldes bedøvelsespraksis, adskillelse af mor og barn og/eller amnehypighed [Forster et al 2007, Berens 2007]. Dog viser en metaanalyse en sammenhæng mellem forsinket mælkedannelse og elektivt kejsersnit. Dette kan skyldes, at moderen ikke har været påvirket af fødselshormoner [Prior et al 2012].

Kvinder, som har født ved kejsersnit, skal derfor tilbydes samme pleje og omsorg som kvinder, der har født vaginalt [Berens 2007]. Det er en god idé, at barnet kommer op til moderen, mens epidural-/spinalbedøvelsen stadig virker, så snart moderen er klar til det. Mor og barn tilbydes at være sammen hud mod hud. En norsk DVD om amning [Amningens ABC 2009] viser, hvordan hud mod hud-kontakt kan praktiseres efter kejsersnit. Efterfølgende er god smertebehandling afgørende for, hvor meget moderen kan klare. Ofte kan hun have behov for mere hjælp til at finde en god amnestilling. Ekstra puder kan i den forbindelse både skåne moderens operationssår og give bedre støtte. Laid back breast-feeding kan være effektiv og uden smerter for moderen, da barnet kan lejres, så det ikke kommer i nærheden af operationssåret.

Kvinder, som har fået foretaget kejsersnit i generel anæstesi, ammer kortere tid end kvinder, som har været i lokalbedøvelse [Berens 2007]. Mødre, der har været i generel anæstesi, kan derfor have brug for særlig opmærksomhed og støtte omkring amningen.

6.2.3 Sugning af barnet

Et nyfødt barn, som er blevet suget efter fødslen, kan være længere tid om at blive klar til at sutte.

Observationsstudier har vist, at ventrikelsugning eller sugning dybt i svælget kan forsinke de tidlige spontane søge-/sutte-bevægelser, hånd til mund-bevægelser og tidspunktet, hvor barnet tager brystet første gang. Rutinemæssig sugning er derfor uhensigtsmæssig. Hvis barnet er blevet suget efter fødslen, kan det have brug for mere tid hud mod hud, før det bliver klar til at tage brystet [Auerbach 2000, Widström et al 1987].

Sugning gennem barnets næse kan desuden forårsage irritation, hævelse af slimhinder og øget sekretdannelse. Det kan betyde, at barnet kan have svært ved at trække vejret, når det sutter. Da det nyfødte barn udelukkende trækker vejret gennem næsen, vil det automatisk give slip på brystet, hvis det ikke kan få vejret. Problemet kan afhjælpes ved at dryppe

barnets næse med køligt isotont saltvand inden amning, så hævelsen svinder [Wambach et al 2019].

6.2.4 Smertefulde procedurer hos det nyfødte barn

Amning og modermælk virker smertestillende hos det nyfødte barn i forbindelse med injektioner og blodprøvetagning.

Alle nyfødte børn i Danmark gennemgår procedurer efter fødslen, som kan være smertefulde, fx K-vitamin-indsprøjtning og hæl-blodprøve. For præmature og syge nyfødte kan smertefulde procedurer foregå dagligt i den første tid efter fødslen. Undersøgelser viser, at nyfødte børn føler smerte, og at følsomheden hos dem er større end hos ældre børn. Smertebehandling er derfor en vigtig faktor i omsorgen for det nyfødte barn [Anand et al 2001].

Mange steder får barnet en koncentreret sukkeropløsning i munden for at forebygge smerter ved forskellige procedurer. Det kan ikke udelukkes, at sukkeropløsningen kan have en negativ indvirkning på den tidlige amning. Et Cochrane review [Shah et al 2007] viser, at amning og modermælk har en ligeså god smertestillende effekt ved blodprøvetagning og andre mindre invasive procedurer. Ligger barnet samtidig hud mod hud under amningen, ses en højere fodtemperatur hos børnene, som gør det betydeligt lettere at få blod fra en hælprøve [Bystrova et al 2007]. En randomiseret undersøgelse [Carbajal et al 2003] af amningens smertestillende effekt har vist, at det ikke påvirker barnets interesse for at sutte ved brystet.

6.3 Den første kontakt

Uforstyrret hud mod hud-kontakt mellem mor og barn lige efter fødslen har afgørende betydning for amningen.

Det er veldokumenteret, at flere får etableret en velfungerende amning og ammer i en længere periode, hvis mor og barn har uforstyrret hud mod hud-kontakt lige efter fødslen [Moore et al 2016, Nilsson et al 2019, Robiquet et al 2016].

Det raske mature barn har en medfødt evne til at finde vej til og tage godt fat om brystet, hvis det lægges op til sin mor hud mod hud lige efter fødslen og får lov til at blive der uforstyrret, indtil det har suttet første gang (se boks). Ofte er det nyfødte barn samtidig meget vågent

og opmærksomt i de første timer. Hvis moderen udnytter barnets første opmærksomhed og understøtter dets naturlige evne til at finde brystet, er der en større sandsynlighed for, at barnet får en god sutteteknik lige fra starten. Selv en kort adskillelse af mor og barn kan forstyrre processen og dermed få indflydelse på den første amning [Robiquet et al 2016]. Rutinemæssige tiltag som vejning og måling af barnet kan for det meste vente, indtil barnet har suttet første gang [WHO 2017].

Det kan imidlertid være hensigtsmæssigt at give K-vitamin så tidligt som muligt og helst inden 90 minutter efter fødslen, da et randomiseret studie viser, at smerte og stress er hæmmet lige efter fødslen hos børn født vaginalt, og at denne effekt aftager i løbet af de første 2-4 timer efter fødslen [Bergqvist et al 2009].

Det nyfødte barns vej til brystet

Barnet:

- græder efter fødslen
- slapper af
- begynder at røre på sig med hovedbevægelser, mund og suttebevægelser
- er vågen og aktiv, ser på bryst og mor, søger, tager hånden til munden og laver små lyde
- slapper af igen
- begynder at lave kravlebevægelser med arme og ben
- gør sig bekendt med brystet, bruger hånd og mund, slikker på brystet
- får fat om brystet, giver slip igen nogle gange, tager fat igen og sutter endelig en tid
- falder i søvn efter at have suttet.

Kilde: [Widström 2011]

Det er vigtigt, at sundhedspersonalet er særlig opmærksomt, når en mor ligger med sit helt nyfødte barn hud mod hud uden nogen ved sin side, eller når moderen og faderen er trætte efter fødslen. I en fransk undersøgelse (Dageville 2008) er der rapporteret om ganske få tilfælde af livstruende situationer og ingen tilfælde af pludselig, uventet spædbarnsdød inden for de første to levetimer, hvor barnet har ligget hud mod hud hos sin mor (0,03 pr. 1000 levendefødte). Et fællestræk ved de livstruende tilfælde har været, at moderen har ligget alene på fødestuen. Det skal imidlertid ikke føre til, at hud mod hud-kontakt ikke længere praktiseres, men betyder, at sundhedspersonalet må have skærpet opmærksomhed på mor og barn i de første timer efter fødslen, såfremt barnet lægges hud mod hud.

Hvis det er nødvendigt at adskille mor og barn efter fødslen, kan barnets medfødte evne til at finde brystet aktiveres på et senere tidspunkt ved at lægge det nøgne barn op på moderens bare mave. Barnet gennemløber herefter samme proces som det nyfødte barn [Wambach et al 2019], se [afsnit 6.4.1](#). Det er aldrig for sent at starte forfra. For børn, der er adskilt fra deres mor lige efter fødslen, spiller faderen en vigtig rolle for udviklingen af en tidlig sutteadfærd. Faderen opfordres derfor til hud mod hud-kontakt med barnet under eventuel adskillelse af mor og barn [Erlandsson et al 2007].

6.3.1 Hands Off Technique (HOT)

Hands Off Technique styrker moderens evne til at klare amningen selv.

En kvalitativ undersøgelse [Weimers et al 2006] viser, at 8 ud af 10 mødre synes, det er ubehageligt, at personalet tager fat om deres bryst. Desuden viser flere undersøgelser [Fletcher et al 2000, Ingram et al 2002], at det øger moderens kompetence og giver færre problemer med amningen efter udskrivelsen, hvis moderen primært vejledes mundtligt (HOT). Samtidig øger den mundtlige vejledning muligheden for forklaringer og begrundelser undervejs, så moderen bliver bedre rustet til selv at klare amningen efterfølgende. Se fotos [side 112](#).

Det er derfor vigtigt, at sundhedspersonalet bruger HOT i ammevejledningen, specielt ved den første, men også ved efterfølgende amninger. Anvendelse af dukker i forbindelse med HOT kan visuelt understøtte den mundtlige vejledning og dermed øge moderens forståelse [Fletcher et al 2000].

6.4 Hud mod hud-kontakt og starte forfra

Hud mod hud-kontakt har betydning for amningen under hele ammeforløbet og er særlig vigtig under etableringen.

Hud mod hud-kontakt har en omfattende indflydelse på amningen, både direkte og indirekte. Betydning af den første kontakt hud mod hud efter fødslen, er beskrevet i [afsnit 6.3](#). Teknikken ‘starte forfra’ er beskrevet i [afsnit 6.4.1](#).

Ved hud mod hud-kontakt forstås, at det nøgne barn ligger på maven på moderens nøgne bryst. Barnet kan af praktiske hensyn have ble på og evt. en bomuldshue, specielt hvis det er født før tiden og har svært ved at holde varmen. Mor og barn skal have en dyne om sig, så de ikke bliver kolde [Bergman 2005].

Sundhedsstyrelsen fraråder, at forældrene lægger sig til at sove med barnet hud mod hud, men barnet kan sove på maven af en vågen og opmærksom forælder [Sundhedsstyrelsen 2011]. Samsovnning er beskrevet i afsnit 6.7.2. Vær opmærksom på, at barnet skal holdes varmt, når det ikke ligger hud mod hud mere, det vil sige, at det skal have tøj på.

De positive effekter ved hud mod hud-kontakt skyldes bl.a., at moderen udskiller oxytocin, når barnet bevæger sig på hendes hud med sine hænder, fødder og krop [Uvnäs-Moberg 2015]. Et Cochrane review [Moore et al 2016] konkluderer, at børn, der ligger hud mod hud med deres mor, har mere stabil temperatur (mellem 36,5 og 37,5 grader), højere blodsukker og lavere hjerte- og respirationsfrekvens. Desuden græder de mindre. Det betyder, at barnet forbruger mindre energi til at opretholde homeostasen. Hud mod hud støtter således barnets omstilling til livet udenfor livmoderen. Det kan ikke udelukkes, at separation af mor og barn kan øge behovet for tilskud til amningen hos børn, der er i risiko for hypoglykæmi.

Cochraneanalysen viser samtidig, at hud mod hud har betydning for, hvordan moderen ser og reagerer på barnets behov, og for hendes følelse af samhørighed med barnet. Analysen viste ingen negative effekter af hud mod hud-kontakt mellem mor og barn.

Barnets parathed til at tage brystet påvirkes ligeledes af hud mod hud-kontakt. Når barnet ligger hud mod hud hos sin mor, befinder det sig i længere tid i bevidsthedsstadier, hvor det er mere parat til at tage brystet,



Det vågne barn ligger nøgen på maven hud mod hud med sin far.

fordi det sover let eller er vågent uden at græde [Charpak et al 2005]. Et barn, der sover meget det første døgn efter fødslen, kan således stimuleres til at sutte ved at ligge hud mod hud. Sandsynligheden, for at barnet sover videre, er større, hvis det ligger i en vugge adskilt fra moderen – også selvom vuggen er i samme lokale som moderen [Wambach et al 2019]. Et barn, der ligger hud mod hud, kommer således hyppigere til brystet, hvilket har stor betydning for den tidlige amning.

Enkelte studier [Erlandsson et al 2007, Christensson 1996] har set på effekten af hud mod hud-kontakt mellem far og barn. Her har man ligeledes fundet en positiv effekt på barnets temperatur og gråd samt faderens følelsesmæssig kontakt til barnet.

Effekten af hud mod hud er ikke begrænset til de første timer efter fødslen. Selvom mor og barn flyttes til barselstuen eller udskrives til hjemmet, kan de stadig have glæde af hud mod hud-kontakten, hvis de trives med det [WHO 2017]. Hud mod hud kan også bruges i forbindelse med ammeproblemer.

6.4.1 Starte forfra

At 'starte forfra' kan stimulere barnets naturlige evne til at få godt fat om brystet.

Formålet med at starte forfra er at stimulere barnets medfødte evne til at finde og få godt fat om brystet ved at lade mor og barn gennemløbe samme proces som lige efter fødslen, se [afsnit 6.3](#).



At 'starte forfra' indebærer, at mor og barn gennemløber samme proces som lige efter fødslen. Derved stimuleres barnet til at få godt fat om brystet.

Erfaringer viser, at hud mod hud kan bruges til at starte forfra i følgende situationer:

- Barnet er aldrig kommet i gang med at sutte.
- Barnet har problemer med at få godt fat om brystet.
- Moderen har smerter ved amning ud over det sædvanlige.
- Amningen er gået i hårdknude, uden at der er en umiddelbar årsag.

Et nyt svensk randomiseret studie, hvor børn med svære problemer med at tage fat om brystet, blev randomiseret til enten hud mod hud-kontakt eller vanlig støtte, viser, at børnene i hud mod hud-gruppen tog signifikant hurtigere fat om brystet efter interventionsstart end kontrolgruppen. Desuden havde mødre i interventionsgruppen en mere positiv oplevelse af amningen. Børnene, der indgik i studiet, var mellem 1 og 16 uger gamle [Svensson et al 2013].

Hvis fødselsforløbet har været svært, eller barnet har krævet behandling efter fødslen, er det oplevelser, som kan give problemer med amningen. En drøftelse af fødslen kan derfor i nogle tilfælde være afgørende for, om moderen efterfølgende får god effekt af hud mod hud og får etableret amningen. Faderen inviteres til at deltage. Forældrene kan undervejs informeres om barnets vej til brystet, skridt for skridt. At få sat ord på barnets medfødte evne kan forstærke oplevelsen.

Er barnet meget uroligt, kan det være en hjælp at give det lidt udmalket modermælk eller kogt vand undervejs. Falder barnet i søvn på modrens mave, kan det være, at det er mere oplagt, når det vågner igen. Lad derfor barnet sove. Hvis der går lang tid, skal sundhedspersonalet være opmærksomt på, at barnet ikke får lavt blodsukker, se [afsnit 11.9](#).

At starte forfra på amningen, skridt for skridt

Sundhedspersonalet kan:

- informere forældrene om formålet og om, hvordan det praktisk kan foregå
- sikre sig, at moderen har lyst til at forsøge, og at hun ved, at hun til enhver tid kan sige fra undervejs
- hjælpe moderen til rette i sengen, så hun uforstyrret kan koncentrere sig om at starte forfra
- hjælpe moderen med at lægge barnet hud mod hud
- forberede moderen på, at hun skal give barnet tid og ro til at finde brystet. Det kan tage fra en halv til mange timer
- lade forældrene være alene med barnet om oplevelsen, men kigge til dem indimellem, hvis de ønsker det.

At starte forfra resulterer ikke altid i, at barnet kommer til at tage godt fat om brystet. Processen kan imidlertid have andre fordele, se [afsnit 6.4](#). Det kan derfor være forsøget værd at prøve, inden andre metoder tages i brug som fx aktiv hjælp eller introduktion af suttebrik, se [afsnit 6.6.3](#) og [8.14](#).

6.5 Ammestillinger

Ingen ammestilling er mere rigtig end andre.

De første måneder efter fødslen bruger moderen mange timer om dagen på amning. Det er derfor vigtigt at hjælpe hende med at afprøve forskellige ammestillinger, så hun kan finde stillinger, som er gode for både hende og barnet. Mange mødre er ikke selv opmærksomme på, at de er anspændte og har brug for vejledning til at finde en stilling, hvor de kan slappe af under amningen.

Kun fantasien sætter grænser for mulige ammestillinger. Der er fordele og ulemper ved de forskellige ammestillinger, se boksen på [side 106](#). Forskellige problemstillinger relateret til moderens og/eller barnets handicap, smerter eller lignende kan betyde, at sundhedspersonalet i samarbejde med familien må være kreativt og afprøve alternative løsninger.

Det er vigtigt at finde et sted, hvor moderen kan ligge eller sidde godt. Moderen skal have god støtte under armene ved hjælp af puder eller barnets dyne, som oftest er lige ved hånden. En amme pude er ikke nødvendig, medmindre der er tale om tvillinger, se [afsnit 11.14](#). Uanset hvilken støtte moderen bruger, skal barnet altid være i hendes arm. Ligger barnet på en pude eller lignende, kan det komme til at trække i brystvorten, hvilket øger risikoen for ømme og sårede brystvorter. Det kan også være en hjælp, at moderen får støtte under sine fødder, hvis stolen er høj [Wambach et al 2019].

6.5.1 Laid back breastfeeding

Tilbagelænet ammestilling kan stimulere de neonatale reflekser, som udløses, når barnet tager fat om brystet, hvorved amningen faciliteres.

Forskning har påvist, at signifikant flere af barnets neonatale reflekser, der relaterer sig til amning, tilsyneladende udløses, når moderen ligger i en tilbagelænet stilling (laid back breastfeeding = 16-59°) i sammenligning med fladtliggende eller traditionel ammestilling [Colson 2008].

Mor ligger tilbagelænet, barnets fodsåler har fast underlag, hvorved de neonatale reflekser understøttes.



Et randomiseret studie fra 2020 viser, at laid back breastfeeding reducerer risikoen for brystproblemer som ømme og sårede brystvorter, brystspænding og brystbetændelse med 50 %. Samme studie viser en lille stigning i antallet af mødre, der ammer eksklusivt ved udskrivelsen fra fødeafdelingen og op til 4 måneder efter fødslen. Stigningen er dog ikke signifikant [Milinco M et al 2020]. Desuden viser et observationelt studie, at mødre, der har problemer med at få barnet til at sutte i oprejst stilling, oplever, at situationen bedres markant, når de læner sig tilbage i laid back breastfeeding stilling [Colson 2008]. Erfaringer med brug af laid back breastfeeding i Danmark og andre steder i verden er meget positive [Colson 2006, Colson et al 2008].

I praksis fungerer laid back breastfeeding ved, at moderen ligger tilbagelænet med kroppen godt støttet, så hun slapper helt af, specielt i hoved, nakke og skuldre. Barnet ligger ovenpå moderen, mave mod mave, på tværs, på langs eller skråt afhængigt af, hvad der føles mest rigtigt for moderen. Når barnet ligger ovenpå sin mor, vil det på grund af tyngdekraften ligge helt tæt op ad hendes krop. Når barnet sutter, vil trækket i brystet derfor være minimalt. Samtidig kan moderen understøtte barnets neonatale reflekser ved, at hun blandt andet sørger for, at barnets fodsåler har fast underlag, eller barnet griber om hendes finger under amningen [Colson 2006].

I tabellen herunder beskrives eksempler på almindelige ammestillinger

AMMESTILLING	FORDELE	ULEMPER
Laid back breastfeeding	Minimerer træthed og ubehag hos moderen efter fødslen Sikrer tæt kontakt mellem mor og barn Stimulerer barnets neonatale reflekser relateret til at få fat om brystet Mor har begge hænder frie	Kræver at der er mulighed for at sidde tilbagelænet
Klassisk siddende stilling	Let tilgængelig for de fleste Kan anvendes overalt	Barnets hoved støttes ikke så godt og kan være svært at styre, specielt mens barnet er nyfødt
Tvillingestilling	God til tvillinger Støtter barnets hoved og er derfor god til bl.a. sent præmature børn God efter kejsersnit og ved overvægt Giver den bedste mulighed for at se barnets mund	Risiko for at komme til at holde for hårdt om barnets hoved, så barnet reagerer ved at stritte imod Kræver god plads bagtil til barnets ben
Sideliggende stilling	Minimerer træthed God, hvis mor har svært ved at sidde ned efter fødslen (efter klip eller bristning/ruptur af endetarmsmusklen)	Sværere for moderen at se og hjælpe barnet til at tage godt fat Mor og barn kan falde i søvn, hvilket øger risikoen for vuggedød, se afsnit 6.7.2
Krydsstillingen (Mor støtter barnets hoved, nakke, skuldre og ryg med modsat håndflade og underarm. Mor har hånden fri til at støtte og forme brystet).	Giver god mulighed for at se barnets mund Velegnet til nyfødte, som er hypotone og børn født præmaturot	Risiko for at mor holder rundt om barnets hoved, så barnet reagerer ved at stritte imod

Wambach et al 2019.



Den klassiske ammestilling

Barnet ligger på tværs hen over moderens mave med hovedet hvilende på hendes underarm.



Krydsstilling

Barnet ligger på tværs hen over moderens mave med hovedet hvilende i hendes hånd.



Tvillingestillingen

Barnets krop og ben ligger bagud under moderens arm. Hovedet støttes af moderens hånd.



Liggende amning

Når moderen ligger og ammer, er det vigtigt, at hun er afslappet. Barnet kan støttes med den øverste arm.

En omfattende beskrivelse af laid back breastfeeding og Biological Nurturing findes i bogen *Introduktion til Biological Nurturing. Nye vinkler på amning* [Colson 2010]. Laid back breastfeeding beskrives også på en dvd, som kan rekvireres på hjemmesiden:

<http://www.biologicalnurturing.com>

6.5.2 Siddende ammestillinger

Det er en fordel, at moderen veksler imellem forskellige ammestillinger, da det giver barnet mulighed for at 'tømme' forskellige områder af brystet.

Når moderen sidder og ammer, kan hun enten have barnet liggende hen over maven (klassisk ammestilling, se side 107), eller have barnet liggende bagud med krop og ben under sin arm (tvillingestilling, se foto side 107). Hvis barnet ligger ved venstre bryst i den klassiske ammestilling, kan moderen enten lade barnets hoved og skuldre hvile på venstre underarm eller støtte hovedet og kroppen forsigtigt med højre hånd og underarm (krydsstilling, se side 107). Hun skal passe på ikke at låse barnet fast i albuebøjningen eller komme til at presse barnets hoved ind mod brystet. Et fastlåst barn vil ofte reagere ved at trække sig væk fra brystet.

Det kan være en idé at veksle mellem disse stillinger, specielt hvis moderen har tendens til mælkestase, tilstoppede mælkegange eller brystbetændelse. Barnet får således tømt forskellige områder af brystet. Udtømningen af mælk er mest effektiv, der hvor barnets hage er [Wambach et al 2019].

6.5.3 Liggende ammestilling

Liggende ammestilling giver god mulighed for at hvile under amningen.

Mange mødre, specielt førstegangsfødende, er ikke opmærksomme på at bruge den liggende ammestilling. Flere studier viser imidlertid, at mødre oplever færre træthedssymptomer, hvis de ligger ned og ammer. Den liggende stilling kan i højere grad gøre det muligt at hvile, mindsker trykket på mellemkødet (perineum), og kræver færre kræfter til at holde barnet [Milligan et al 1996]. På længere sigt vil den liggende stilling om natten signalere til barnet, at der er forskel på dag og nat med hensyn til søvn og leg. Det kan derfor være en god idé, at mødre tidligt vejledes i, hvordan de kan ligge ned og amme.

I den liggende stilling ligger moderen på siden med en pude under hovedet, en mellem de bøjede ben og evt. en i ryggen for at støtte. Underste

arm kan være bøjet og underarmen ligge parallelt med ansigtet. Barnet ligger på siden med front mod moderen og tæt ind til hende (se foto [side 107](#) og [112](#)). Barnet har oftest fat om det nederste bryst, men kan også tage det øverste, hvis mor har et stort bryst.

6.6 Godt fat om brystet

6.6.1 Sutteteknik

Uanset hvilken amnestilling moderen vælger, vil barnet altid have fat om brystet på præcis samme måde.

Når barnet tager godt fat, vil munden være åben på vid gab. Læberne er krænget udad og ligger et godt stykke inde på brystet. Tungen ligger altid under brystvorten og kan ofte ses i mundvigen. Det kan være svært for andre at vurdere, om barnet har godt fat, men moderen vil kunne mærke, om det føles rigtig og ikke gør ondt. Det er et vigtigt parameter for, om barnet har godt fat om brystet. Spørg derfor moderen, hvordan amningen føles.

Barnet har hele munden fuld af bryst, det vil sige brystvorten og en del af areola. Det er barnets underkæbe og tunge, som arbejder, derfor vil der være mindre areola synlig ved underlæben end ved overlæben. Barnet har altså asymmetrisk fat, hagen rører brystet, og næsen er fri. Da der er stor variation i størrelsen af areola, er det forskelligt, hvor stor en del af areola, barnet skal have inde i munden.

Når barnet sutter, arbejder dets kæbemuskler rytmisk. Bevægelsen går helt op til ørerne, og brystet bliver trukket ind i munden. Hvis kenderne suges ind, når barnet sutter, har det ikke godt fat.

Lige når barnet er lagt til, sutter det hurtigt og ihærdigt, indtil mælken begynder at løbe. I denne fase udøves et betydeligt pres på brystvorten. Så snart mælken løber, ændrer barnet sutterytme til en langsommere, mere sej, konstant rytme, afbrudt af hørlige synkelyde. Barnet synker for hver eller hver anden suttebevægelse. Længere henne i måltidet vil barnet lave flere suttebevægelser, før det synker. I starten af måltidet er der sjældent suttepauser, men efterhånden som måltidet skrider frem, bliver der flere pauser.

Barnets sutteteknik er også beskrevet i [afsnit 4.1.5](#).

6.6.2 Ammeteknik

Ammeteknikken er afgørende for, om barnet får godt fat og sutter effektivt.

Når barnet er roligt, har det lettere ved at få godt fat om brystet. Hvis barnet sover meget det første døgn eller er uroligt og/eller grædende, kan det lægges hud mod hud hos sin mor for at hjælpe det til at blive parat til at tage brystet, se afsnit 6.4. Desuden har det vist sig, at et let sovende barn, der placeres ved brystet, instinktivt kan søge og tage fat om brystet og begynde at sutte. Et barn, der ofte er uroligt eller utålmodigt, kan derfor med fordel lægges til brystet, så snart det begynder at vise de første tegn på sult – også selvom det stadig sover let [Colson 2006].

Uanset hvilken ammestilling moderen vælger, skal barnets krop ligge tæt op ad moderens, med ansigt, skuldre og mave vendt mod hendes krop. Barnets hoved må ikke være drejet i forhold til kroppen. Det vil gøre det svært for barnet at synke og give træk i brystvorten. Når barnet ligger med front mod moderen, vil armene oftest være placeret på hver side af det bryst, som barnet har fat om. Det ser ud som om, barnet favner brystet.

Tjekliste for god sutteteknik

- Barnet er vendt mod moderen, mave mod mave, ligger tæt ind til hende og lægger hovedet en anelse tilbage.
- Barnets hage rører moderens bryst, og næsen er fri.
- Barnets mund er vidt åben, og læberne – især underlæben – er krænget udad.
- Barnet har fat langt inde på brystet, og underlæben dækker mere af areola end overlæben.
- Barnet gør rytmiske sutte- og synkebevægelser, og kæbebevægelsen går helt og til ørerne.

For at sutte effektivt skal barnet have asymmetrisk fat. Derfor skal næsen være lige ud for brystvorten, så barnet skal bøje hovedet let tilbage, når det tager fat om brystet. Samtidig kommer næsen fri af brystet, så barnet kan trække vejret, mens det sutter. Ligger barnet i den klassiske ammestilling, kan næsen komme fri ved at flytte barnet let i benenes retning og samtidig trække barnets numse tæt ind til moderens krop. Ligger moderen ned og ammer, opnår hun samme resultat ved at bevæge barnet nedefter og trække barnets numse tæt ind til sig.

Når hovedet er bøjet lidt tilbage, og næsen dermed er fri, er der kun sjældent brug for at holde brystet ind, så barnet kan få luft. Hvis det er nødvendigt at holde brystet væk fra barnets næse, er det vigtigt at undgå træk i brystet, da det kan gøre det svært for barnet at få godt fat og derved kan det beskadige brystvorten. Desuden ligger mælkegangene meget yderligt tæt på brystvorten – og de er derfor lette at klemme sammen, hvilket kan forhindre, at mælken kan løbe frit. Samme problematik gælder, hvis moderen bruger ‘saksegreb’ (se figur 6 a).

Nogle mødre har brug for at støtte brystet, når barnet lægges til, især hvis brystet er stort og tungt, se afsnit 10.23. Moderen kan enten lægge hånden fladt ind mod brystkassen under brystet og løfte det op, eller hun kan lade brystet hvile i sin hule hånd. Tommelfingeren placeres på den ene side af brystet, langt fra areola og de øvrige fingre på den modsatte side. Da hånden danner et C, kaldes dette greb C-grebet (se figur 6 b).

Figur 6. Moderens greb om brystet



a. Saksegreb



b. C-greb



Moderen skal helst have en oplevelse af, at det er hende selv, der lægger barnet til (HOT).



Ofte er det tilstrækkeligt at vejlede moderen mundtligt.



Nogle gange er det nødvendigt med en hjælpende hånd. Spørg altid mor, om det er i orden at berøre bryst og/eller barn, da det kan overskride moderens grænser.

Hvis moderen har brug for at støtte brystet, forstyrrer det amningen mindst, hvis hun ammer i tvillingestilling eller i den version af den klassiske stilling, hvor barnets hoved hviler i moderens hånd (krydsstilling). Det vigtigste er imidlertid, at moderen finder sig godt til rette.

Barnet skal åbne munden helt, før det kan tage godt fat om brystet. Åbner barnet ikke selv munden, kan moderen stimulere barnets søgerefleks ved at lade brystvorten strejfe området omkring munden. Når barnet gaber op, vil tungen ligge nederst i munden. Ligger barnet, så brystvorten sigter mod barnets gane, langt tilbage i munden, vil barnets tunge komme til at svøbe om brystet et godt stykke inde, og barnet vil få godt fat om brystet. Det er barnet, som skal føres til brystet, ikke omvendt.

Sundhedspersonalet skal som udgangspunkt altid spørge moderen, om det føles rigtigt og behageligt, når barnet sutter. Hvis det ikke er tilfældet, må vejledningen tage udgangspunkt i de gener, som moderen oplever. Det er bedre end at videregive en teknisk beskrivelse af amme- og sutteteknik til moderen, da der ikke er evidens for, at det har virkning på amningen og ammevarigheden, når man fokuserer på teknik i vejledningen [Oliveira et al 2006, Henderson et al 2001].

Barnet slipper ofte selv brystet, når det er mæt eller trænger til en pause. Skal barnet af en eller andet grund tages fra brystet, inden det selv slipper, er det mest skånsomt for brystvorten at stikke en finger forsigtigt ind i barnets mundvig, så undertrykket udlignes. Herefter er det let at tage barnet fra brystet, uden at der kommer træk i brystvorten. Hvis barnet ikke får godt fat om brystet, skal det tages fra – og søgerefleksens stimuleres igen.

Dette afsnit bygger primært på referencerne Wambach et al 2019, Walker 2007 og Neifert 2004.

6.6.3 Aktiv hjælp til moderen

Moderen tilbydes kun aktiv hjælp, hvis der ikke er andre muligheder.

Aktiv hjælp ved berøring af mors bryster og barnets hoved kan føles grænseoverskridende for mor og bør kun ske efter tilladelse fra hende [Weimers et al 2006].

Nogle gange kan sutte- og ammeteknik rettes ved at guide moderen, evt. ved at benytte en dukke, se [afsnit 6.3.1](#). Andre gange kan det være bedst at starte forfra, se [afsnit 6.4.1](#). Kun i sjældnere tilfælde kan det være nødvendigt at give moderen mere aktiv hjælp, især hvis hun efterspørger dette.

En kvalitativ undersøgelse blandt kvinder, som har oplevet aktiv amme-hjælp, viser, at mange ikke bryder sig om, at andre rører ved deres bryst. Undersøgelsen viser også, at mødre, der fik praktisk hjælp, ønskede at blive forberedt på, at personalet ville tage fat i brystet – og ønskede, at personalet forklarede, hvad de gjorde og hvorfor [Weimers et al 2006].

Det kan være ubehageligt for både mor og barn, hvis barnets hoved tvinges til brystet, og ofte vil barnet reagere ved at trække sig væk og dermed afvise brystet. Ofte kan hjælpen foregå ved, at moderen holder barn og bryst som sædvanlig, og at sundhedspersonalet hjælper moderen med at føre barnet til brystet ved at holde yderst på moderens arm. Således vil moderen stadig have den direkte fysiske kontakt med barnet.

6.7 Tæt kontakt

6.7.1 Mor og barn på samme stue (rooming-in)

Tæt kontakt mellem mor og barn giver moderen bedre mulighed for at se det spæde barns små signaler.

I den første tid efter fødslen er det vigtigt, at barnet kommer hyppigt til brystet for hurtigt at få gang i mælkeproduktionen. WHO anbefaler, at barnet lægges til brystet inden for den første time efter fødslen. Når mor og barn har mulighed for at ligge på samme stue (rooming-in) og i samme seng (bedding-in), har moderen større chance for at være opmærksom på barnets signaler, herunder de tidlige tegn på sult, se afsnit 6.8.4 [Wambach et al 2019].

Det er veldokumenteret, at der er en positiv sammenhæng mellem hospitalers tilbud om, at mor og barn kan forblive sammen under indlæggelse, moderens etablering af amning og ammeperiodens længde [Forster et al 2007]. Rooming-in praktiseres i dag på alle fødesteder i Danmark i et eller andet omfang.

En norsk undersøgelse [Nysæther et al 2002] viser, at ca. halvdelen af alle barselkvinder var trætte efter fødslen. Der var ikke forskel på mødre, som var sammen med deres barn både nat og dag og mødre, som ikke var. De fleste mødre var meget tilfredse med at have deres barn hos sig hele døgnet. Opgaven for sundhedspersonalet er at give mor og far omsorg, så forældrene har overskud til at tage sig af deres barn, og så mor kan sove trygt.

6.7.2 Mor og barn i samme seng (bedding-in)

Bedding-in har en positiv indvirkning på amningen.

Bedding-in (samsovning) har vist sig at øge hyppigheden af amning og har betydning for såvel etablering som vedligeholdelse af amning [Academy of Breastfeeding Medicine 2003, McKenna et al 1997]. En randomiseret undersøgelse [Ball 2006] har vist, at bedding-in øger hyppigheden af amninger pr. døgn sammenlignet med rooming-in uden samtidig at påvirke, hvor længe mor og barn sover. Undersøgelsen viste også, at bedding-in ikke påvirkede moderens tilfredshed med barselforløbet.

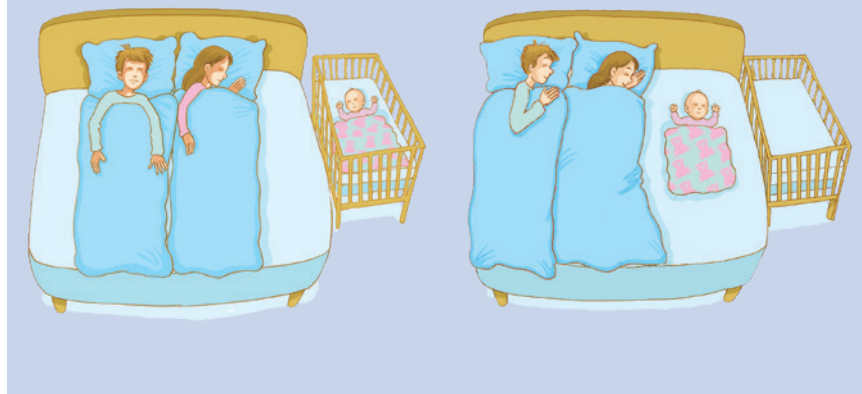
Forholdsregler til forebyggelse af vuggedød skal overholdes, når mor og barn er i samme seng. Kun hvis forældrene selv er vågne og derfor kan holde øje med barnet, må spædbørn sove på maven på forældrenes bryst.

Forebyggelse af vuggedød

- Læg altid barnet til at sove på ryggen.
- Undgå rygning i graviditeten og undgå, at barnet udsættes for tobaksrøg efter fødslen.
- Undgå, at barnet får det for varmt, når det sover.

Det sikreste sted for et barn at sove er i sin egen seng i samme rum som sine forældre. Hvis forældrene vælger at sove sammen med deres spædbarn, skal barnet have mindst lige så meget plads at sove på, som hvis det lå i sin egen seng, og barnet bør ikke sove mellem forældrene.

Sundhedsstyrelsen 2011.



Når forældrene sover, skal barnet sove i sin egen eller som det er vist ovenfor: ved siden af den ene forælder med god plads omkring sig. Barnet skal ikke ligge hos mor i en smal hospitalsseng, hos far på en briks eller lignende på barselshotellet – eller i hjemmet mellem forældrene.

For yderligere vejledning om forebyggelse af vuggedød, herunder barnets sove miljø, henvises til Sundhedsstyrelsens to pjecer *Forebyg vuggedød – og undgå skæv hovedfacon og fladt baghoved. Til sundhedspersonale* og *Forebyg vuggedød – og undgå skæv hovedfacon og fladt baghoved. Til forældre*. Pjecerne er gratis og kan rekvireres hos Rosendahls Distribution mod porto og ekspeditionsgebyr.

6.7.3 Adskillelse af mor og barn

I WHO/UNICEF's globale strategi for børneernæring [WHO 2017] slås det fast, at en mor og hendes nyfødte barn er en uadskillelig biologisk og social enhed. Er mor og barn indlagt på forskellige afdelinger efter fødslen, er det vigtigt at gøre, hvad der er muligt for at hjælpe dem til at være så meget sammen som muligt.

Adskillelse kan gøre det svært at få etableret amningen, men kan også få psykosociale konsekvenser [Widström et al 2011, Bystrova et al 2009]. En mor skal derfor have mulighed for at forblive hos sit indlagte barn – og et spædbarn skal så vidt muligt blive hos sin indlagte mor.

Hud mod hud-kontakt – også mellem far og barn – kan være en god måde at kompensere for adskillelsen på, se [afsnit 6.4](#). Desuden skal moderen have mulighed for at påbegynde stimulation af mælkeproduktionen så hurtigt som muligt, se [kapitel 7](#).

6.8 Amning efter behov

Flere undersøgelser viser, at der er store variationer i, hvor hyppigt spædbørn spiser, og hvor længe de sutter ved hvert måltid. Variationerne er store fra barn til barn, men også hos det enkelte barn varierer hyppigheden over tid [Hörnell et al 1999, Kent et al 2006]. En svensk undersøgelse [Hörnell 1999] har vist, at børn, som bliver ammet efter behov, i gennemsnit vil bede om brystet omkring 6 gange i løbet af dagen (kl. 06-22) med en variation på 3 til 11 gange – og omkring 2 gange om natten (kl. 22-06) med en variation på 1 til 5 gange. Varigheden af amningerne sammenlagt på en dag er i gennemsnit 1½ time om dagen og ½ time om natten, men med stor variation. Undersøgelsen viste også, at ammevarigheden blev

kortere med tiden. Således brugte mødrene betydeligt kortere tid på at amme, når barnet var 20 uger, end når det var 2 uger gammelt – specielt om natten.

Når variationen i ammehyppighed og -varighed er så stor, er det vigtigt, at moderen ammer efter sit barns behov.

Det nyfødte barn har imidlertid mange andre behov end mad. Det er derfor vigtigt, at sundhedspersonale vejleder forældrene om, hvordan barnet viser tegn på sult, se [afsnit 6.8.4](#), samt drøfter, hvilke andre behov det spæde barn har, og hvordan disse kan imødekommes.

6.8.1 Hyppighed

Ammehyppigheden har betydning for mængden af mælk.

Det er meget forskelligt, hvor ofte barnet beder om brystet. Nogle børn trives på 6 amninger pr. døgn, mens andre har brug for at blive ammet 10-12 gange eller flere [Kent 2006]. Undersøgelser viser, at børn i gennemsnit ammes 4-5 gange det første døgn efter fødslen, og at det derefter stiger til i gennemsnit 8-9 gange i døgnet [Mulder 2010, Marchini 1998]. Det ser ud til, at mødre med store bryster ammer færre gange dagligt end mødre med små bryster, se [afsnit 10.21](#).

Generelt anbefales, at børn ammes minimum 8 gange i døgnet fra 2. dag efter fødslen [ILCA 2005, Academy of Breastfeeding Medicine 2014]. Specielt i den første tid efter fødslen er hyppig amning vigtig. Herved understøttes barnets omstilling fra at få mad kontinuerligt under foster-tilværelsen til at få mad med intervaller efter fødslen, og mor og barn bliver hurtigt fortrolige med amningen. Der dannes prolaktinreceptorer, og mælkeproduktionen stiger markant, se [afsnit 4.1.3](#). Barnet kommer hurtigere i trivsel, se afsnit 6.9, og risikoen for gulsot nedsættes, se [afsnit 11.7](#). Endelig mindskes den fysiologiske brystspænding, se [afsnit 9.2.1](#), og blødningen efter fødslen [Wambach et al 2019].

Hyppigheden af amninger svinger i løbet af døgnet. Således er det almindeligt, at der er større interval mellem amningerne om dagen end i de sene eftermiddagstimer og om aftenen, og at intervallet er størst om natten [Hörnell et al 1999, Kent et al 2006].

Det er veldokumenteret, at ammehyppigheden har indflydelse på mælkeproduktionen [Kent 2006]. Moderen kan således stimulere sin mælkeproduktion ved at amme hyppigere. Mælkeproduktionen er størst den

første 1½ time efter et måltid. Ved at amme med 1½-2 timers interval kan moderen således hurtigt få oparbejdet en større mælkeproduktion [Wambach et al 2019].

Ammehyppigheden er afhængig af barnets efterspørgsel og ikke mindst moderens svar på denne efterspørgsel [Hörnell et al 1999, Kent et al 2006]. Tidligere var det almindeligt at amme hver 3.-4. time. Når hyppigheden blev begrænset, oplevede mange mødre, at mælkeproduktionen med tiden blev for lille til at opfylde barnets behov. Anvendelse af sut kan på samme måde give problemer med mælkeproduktionen, se [afsnit 8.13](#).

Hvis barnet over en længere periode – efter at mælken er løbet til – beder om brystet meget tit, kan det være tegn på, at barnet ikke har godt fat om brystet, eller at det ikke bliver færdig med at sutte ved det ene bryst, før det tilbydes det andet.

Problemer med mælkeproduktionen er beskrevet i [afsnit 9.3](#).

6.8.2 Varighed

Varigheden af amning har betydning for barnets energiindtag.

Det er meget forskelligt, hvor længe barnet har brug for at blive ved brystet. Varigheden af amningen afhænger blandt andet af anatomiske forhold i moderens bryst, barnets evne til at sutte og samspillet mellem mor og barn [Geddes 2007]. Nogle børn spiser sig således mætte på 5 minutter, andre kan være 20-30 minutter om det eller længere [Wambach et al 2019].

Udløbshastigheden falder, og fedtindholdet stiger i løbet af måltidet. I begyndelsen af måltidet får barnet en stor mængde formælk med et lavt energiindhold. Gradvist ændres dette, så barnet senere i måltidet får en lille mængde eftermælk med et stort energiindhold, se [afsnit 4.2.2](#). Det betyder, at varigheden af den enkelte amning har betydning for, hvor mange kilojoule barnet får på et måltid [Czank et al 2007]. Forældrene skal vide, at hvis barnet får lov til at sutte så ofte og så længe, det har behov for, vil det få det mad, det har brug for [Kent et al 2006].

Når varigheden begrænses ved, at barnet tages fra brystet, før det er færdig med at sutte, kan det få betydning for barnets energiindtag, fordi det ikke får den fede mælk. Moderen kan derfor opleve et barn, der, på trods af hyppige måltider, bliver hurtigt sultent igen. Samtidig kan de hyppige

måltider stimulere moderens mælkeproduktion, så hun konstant oplever at have rigeligt med mælk, men fortsat problemer med at mætte barnet i længere tid. Problemer med overproduktion af mælk er beskrevet i [afsnit 9.3.2](#).

Barnet skal derfor først tages fra brystet, når det viser tegn til, at det er mæt (barnet slipper selv brystet, sutter meget sjældent eller falder i søvn). Giver barnet slip, kan moderen give det mulighed for at bøvses eller få skiftet ble og derefter tilbyde det samme bryst igen, indtil barnet afviser at tage det. Hvis barnet er mere sultent, tilbydes det andet bryst.

Det er ikke varigheden af den enkelte amning, men sutteteknikken, der har betydning for, om brystvorterne bliver ømme [Wambach et al 2019]. Varigheden af amningen skal således ikke begrænses for at forebygge sårede og ømme brystvorter, men sutteteknikken skal vurderes, og mor skal hjælpes til at få barnet til at sutte rigtigt, se [afsnit 9.1](#).

Det er i øvrigt vigtigt at være opmærksom på, at dårlig sutteteknik hindrer god mælkeoverførsel og kan medføre lange måltider, uden at barnet bliver rigtig mæt. Barnet vil derfor hurtigt blive uroligt og bede om brystet igen. Løsningen er ikke at begrænse måltidernes varighed, men at korrigere barnets sutteteknik, se [afsnit 6.6.1](#).

6.8.3 Udbud og efterspørgsel

Amning efter behov sikrer i langt de fleste tilfælde, at barnet får, hvad det har brug for.

Når barnet tilbydes brystet så hyppigt og så længe, det har behov, regulerer barnet selv balancen mellem for og eftermælk og sikrer dermed et tilstrækkeligt kalorieindtag [Renfrew et al 2000].

Mælkeproduktionen indretter sig således efter efterspørgslen. Moderen til tvillinger producerer fx dobbelt så meget mælk, fordi efterspørgslen er dobbelt så stor. Hvis denne hårfine balance mellem udbud og efterspørgsel forstyrres, er der risiko for, at den mælk, moderen har til rådighed, ikke opfylder barnets behov.

Det er barnets appetit, der er afgørende for, hvor meget mælk det efterspørger og dermed, hvor meget mælk der dannes. Er barnet mere sultent og spiser hyppigere, vil det inden for et døgn kunne oparbejde en mælkeproduktion, som svarer til det ændrede behov. Omvendt kan en nedsat appetit – fx i forbindelse med, at barnet er forkølet eller utilpas/

syg – hurtigt nedsætte mælkeproduktionen. Når barnet igen er friskt, vil det efterspørge mere mælk, og mælkeproduktionen øges hurtigt igen.

Flere nye undersøgelser viser, at når barnet bliver ammet efter behov, vil udbuddet hele tiden følge efterspørgslen, og mødrene oplever derfor ikke de såkaldte appetitspring. Barnet regulerer løbende mælkeproduktionen, og vil derfor ikke pludselig have behov for mere end moderen kan levere. Oplevelsen af appetitspring stammer fra en tid, hvor mødrene blev opfordret til at amme efter skema [Hörnell et al 1999, Kent et al 2006].

Barnets tegn på, at det vil sutte:

Suttebevægelser med mund og tunge	Tidlig stadie
Bevægelser af arme og ben	Tidlig stadie
Søgen efter brystet, fingre til mund	Tidlig stadie
Uro og klynkelyde	Middel stadie
Uro og gråd indimellem	Middel stadie
Gråd hele tiden, bevægelse af hele kroppen, rød i ansigtet	Sen stadie
Udmattelse og søvn	Sen stadie

Kilder: Wambach et al 2019, Walker 2007.

6.8.4 Barnets tegn på sult

Det er vigtigt, at barnet bliver lagt til brystet ved de første tegn på, at det vil sutte.

Når barnet begynder at gøre tegn til, at det er sultent, lægges det til brystet. Hvis moderen er opmærksom og reagerer på de første signaler, barnet viser, kan barnet komme hyppigere til brystet, hvilket er specielt vigtigt i etableringsfasen. Gråd er et af barnets sidste tegn på sult (se boks). Det er vigtigt at være opmærksom på tidlige signaler hos børn, som er længe om at vise interesse for brystet efter fødslen, og som er i risiko for lavt blodsukker. Nyere forskning har vist, at børn, der er let sovende, kan være nemme at få stimuleret til at sutte. Ved at lægge børn, der er længe om at komme i gang med at sutte, sovende til brystet, bringes de over i en mere aktiv fase, hvor de kan sutte [Colson 2006]. Se [afsnit 6.6.2](#).

6.8.5 Natamning

De fleste spædbørn har brug for at blive ammet om natten.

Modermælk omsættes hurtigt i kroppen, og kun de færreste børn kan undvære mad i løbet af natten – og slet ikke de første uger af barnets liv. En undersøgelse har vist, at 85 % af børnene blev ammet om natten, da de var 2 uger, 81 % da de var 4 uger og 73 %, da de var 12-20 uger gamle.

I gennemsnit blev børnene ammet to gange i løbet af natten. Natamning bidrager altså væsentligt til barnets samlede mælkeindtag [Hörnell et al 1999, Kent et al 2006].

Da prolaktinniveauet er højere om natten end om dagen, bliver mælkeproduktionen ekstra stimuleret ved natamning [Cregan et al 2002]. Hvis moderen ikke ammer om natten, vil det fyldte bryst hæmme mælkeproduktionen, se [afsnit 4.1.3](#).

Der er imidlertid ikke tvivl om, at mange nye forældre føler sig trætte og kan have brug for at sove mest muligt om natten. Det handler derfor om at indrette sig, så amningen forstyrrer mindst muligt. Moderen kan fx:

- sove i samme rum som barnet, se [afsnit 6.7.1](#)
- ligge ned og amme, se [afsnit 6.5.3](#)
- gøre forskel på nat- og dagamning, så natamning så vidt muligt foregår i mørke, uden snak og leg – og uden bleskift, hvis barnet kun har tisset.

Desuden er det vigtigt, at moderen får sovet/hvilet i løbet af dagen, så hun har overskud til at blive vækket flere gange i løbet af natten.

Forældre kan have en forventning om en bedre nattesøvn, hvis deres barn får modermælkserstatning. En undersøgelse [Doan et al 2007] tyder imidlertid på, at mødre, som ammer, får mere søvn end mødre, som giver hel eller delvis modermælkserstatning – også selvom faderen hjælper med at give flaske. Således fik forældre, hvis barn blev ammet i aften- og nattetimerne, 40-45 minutters mere søvn pr. nat end forældre, hvis børn fik modermælkserstatning. Ligeledes blev der rapporteret om flere forstyrrelser i søvnen af forældre, hvis barn fik modermælkserstatning.

6.9 Barnets vækst og trivsel

Ammede børn vokser efter et andet mønster end børn, der ernæres med modermælkserstatning.

Ammede børn vokser normalt mere og tager mere på i vægt i de første 3-4 måneder. Herefter aftager væksthastigheden, og op til de er et år, vokser de mindre og tager mindre på end børn, der ernæres med modermælkserstatning. WHO lancerede i foråret 2006 vækstkurver for børn fra 0-5 år, som er baseret på børn, der udelukkende er ammet i 4-6 måneder og delvist ammet i mindst 12 måneder.

Siden 2011 er WHO's vækstkurver blevet anvendt af sundhedsplejerskerne ved monitorering af vækst og trivsel, og Sundhedsstyrelsen har opfordret de praktiserende læger til også at anvende disse [Sundhedsstyrelsen 2015].

6.9.1 Vægt

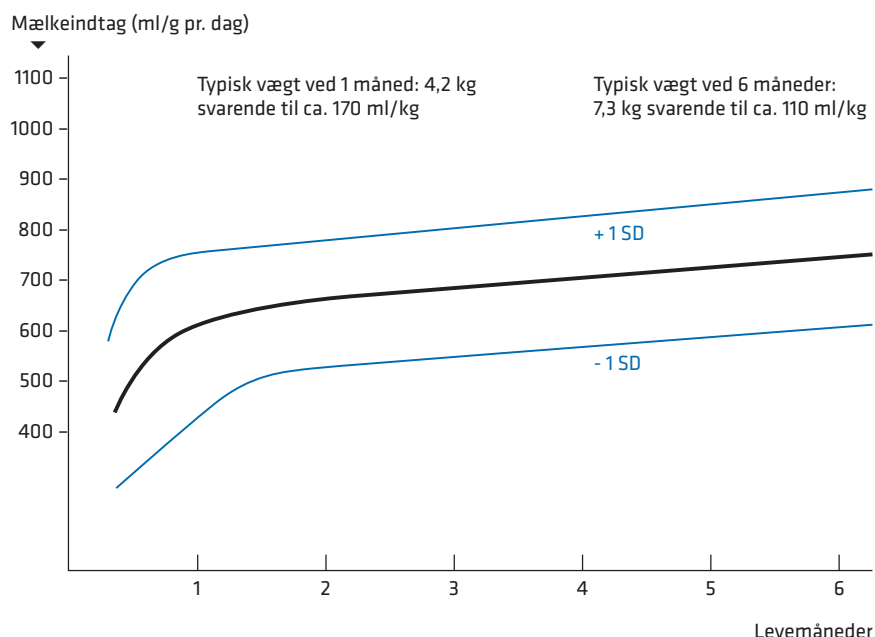
Det er normalt, at spædbørn taber i vægt den første tid efter fødslen, mens amningen etableres.

I gennemsnit taber det nyfødte barn 7 % af fødselsvægten. Vægttabet er fysiologisk og skyldes især tab af væske. Det ser ud som om, at barnet korrigerer sin væskestatus inden for de første 24 timer efter fødslen. Vejning af barnet ved fødslen og igen inden for 3 dage efter fødslen fortæller således mere om det fysiologiske vægttab end om, hvad barnet får at spise i de første dage efter fødslen [Noel-Weiss et al 2011, Mulder et al 2010].

De fleste har nået deres fødselsvægt igen ca. 1 uge efter fødslen. Der er stor variation i vægtstigningen især i de første 6 måneder.

Det nyfødte barns vægt varierer betydeligt afhængigt af, om det lige har haft vandladning eller afføring, og om det lige har spist [Wambach et al 2019]. Hvis vægten skal kunne bruges til at vurdere barnets trivsel, kan udsvingene minimeres ved at standardisere tidspunkt og fremgangsmåde for vejningen. Under indlæggelse kan vejningen standardiseres ved, at barnet vejes nøgent før et måltid og på samme tidspunkt af dagen, enten hver dag, hver anden dag eller sjældnere afhængigt af situationen [Wambach et al 2019].

Figur 7. Mængden af modermælk som fuldt ammede børn indtager, baseret på 16 studier. Kurverne viser gennemsnittet +/- en standarddeviation (SD). Modifieret efter Neville 1988.



Et vægttab på mere end 7 % kan være tegn på ammeproblemer eller sygdom, og barnet kan være i risiko for at blive dehydreret. Et sådant barn bør følges i henhold til det flowchart, der er beskrevet i *Monitorering af vækst hos 0-5 årige børn. Vejledning til sundhedsplejersker og praktiserende læger* [Sundhedsstyrelsen 2015]. Familien tilbydes relevant og målrettet vejledning i amning med samtidige drøftelser om familiens opfattelse af situationen og deres ønsker og muligheder for at optimere amningen, hvis det er det, der ønskes. Læs mere i [afsnit 2.3](#).

Et raskt barn født til tiden bør i de første uger vejes på følgende tidspunkter:

- Ved fødslen
- Ved tidligt hjemmebesøg af sundhedsplejerske på 4.-5. dag for familier, som er udskrevet mindre end 72 timer efter fødslen
- Ved sundhedsplejerskens etableringsbesøg.

Tegn på at mælken er løbet til, og at barnet får, hvad det har brug for 4-5 døgn efter fødslen

- Der drypper mælk fra det andet bryst under amningen.
- Der kan dryppe mælk fra brystet ved synet, lyden eller tanken om barnet.
- Barnet kommer med tydelige synkelyde, når det har suttet lidt ved brystet.
- Barnet har 6-8 våde bleer og mindst 4 afføringer dagligt.
- Barnets afføring har skiftet farve og konsistens til gul og grynet.

Ved klinisk opfølgning på sygehuset i barnets 3. levedøgn vurderes barnets tilstand, herunder vandladning, afføring, gulsot og hydreringsgrad af sundhedsfagligt personale med henblik på at forebygge genindlæggelser som følge af for lidt mælk i de første sårbare døgn.

Barnets vægtudvikling afgør, hvem der følger op på barnets trivsel og hvordan, jf. flowchart [Sundhedsstyrelsen 2015].

Barnets indtag af mælk er meget forskelligt fra måltid til måltid. Kontrolvejning, hvor barnet vejes før og efter et enkelt måltid, kan derfor ikke sige noget generelt om, hvor meget barnet indtager. Kontrolvejning før og efter et måltid bør derfor fortrinsvis anvendes i forbindelse med komplicerede trivselsproblemer.

Kontrolvejning kræver en elektronisk vægt, og at barnet vejes før og efter amning med nøjagtig det samme tøj og udstyr på vægten [Wambach et al 2019]. Det bør kun ske på sygehuset og ikke i sundhedsplejen.

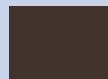
6.9.2 Afføring

Barnets afføring er en god tidlig indikator for, hvordan det står til med amningen.

Har barnet fortsat meget mørk, tyktflydende mekonium 36-48 timer efter fødslen, bør det give anledning til en vurdering af, hvordan amningen fungerer [Friedman et al 2004, Nommsen-Rivers et al 2008].

Afførings udseende hos et raskt barn, født til tiden

Fødsel-24 timer = 1. dag mekonium – sort/brun, tyktflydende



24-48 timer = 2. dag mekonium – mere brun/grøn



48-72 timer = 3. dag – gulgrøn



72-96 timer = 4. dag – gul, blød og grynet



Den første måned har barnet afføring flere gange om dagen. Senere kan der gå længere tid – op til 1-2 uger – mellem barnets afføringer [Neifert 2004]. Hvis barnet udelukkende får modermælk og i øvrigt trives, skal dette betragtes som helt normalt. Får barnet helt eller delvis modermælkserstatning, kan det få forstoppelse. Det er derfor vigtigt, at forældre orienteres om risikoen for forstoppelse ved introduktion af modermælkserstatning og er opmærksomme på, at disse børn som udgangspunkt skal have afføring mindst hver anden dag, hvilket er almindeligt og acceptabelt. Vurdering og behandling af forstoppelse sker i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger [Sundhedsstyrelsen 2017].

Sundhedsstyrelsen har udgivet en forældrepjece, der beskriver, hvorledes barnets afføring i den første leveuge kan være en vigtig indikator for barnets trivsel. Pjecen *Tjek bleen* kan med fordel udleveres umiddelbart efter fødslen, inden familien udskrives.

6.9.3 Andre trivselstegn

Det er vigtigt, at forældrene inden udskrivelsen kender barnets almindelige trivselstegn.

Vægten er en vigtig indikator for, om barnet får den mængde mad, det har behov for, men det er ikke den eneste. Andre tegn kan også fortælle, om mælken er løbet til, og om barnet trives.

De korte indlæggelser efter fødslen stiller krav til personalet om en tidlig vurdering af barnet på trods af, at barnet først er ved at finde ud

af at sutte, og mælken ikke er løbet til endnu. Det er vigtigt, at barnet inden udskrivelsen er god til at tage fat om brystet, sutter effektivt og at moderen har en god fornemmelse for, hvordan det føles, når barnet har godt fat. Læs mere om, hvilke forudsætninger der skal være på plads før udskrivelse i *Anbefalinger for svangreomsorgen* [Sundhedsstyrelsen 2013].

Trivselstegn

Forældrene skal kende barnets almindelige trivselstegn og kunne reagere, hvis barnet ikke trives.

Det er almindelige trivselstegn, når barnet:

- er interesseret i at spise og spiser mindst 8 gange pr. døgn
- er vågent og opmærksomt
- virker veltilpas det meste af tiden
- ikke er konstant uroligt eller grædende og heller ikke virker sløvt
- har afføring svarende til alderen, se [side 124](#)
- har normal hudfarve, ikke grå eller bleg.

Kilder: Academy of Breastfeeding Medicine 2014 going home protocol, Nommsen-Rivers et al 2008.

6.10 Delvis amning

Det er vigtigt at støtte alle mødre i at amme i den udstrækning, de ønsker, og det er muligt for dem.

Der kan være mange grunde til, at moderen ikke kan amme fuldt, bl.a. overvægt og tidligere brystoperation. Al modernælk, der gives, er godt for barnet. Amning er således ikke et spørgsmål om enten-eller, idet flere undersøgelser viser, at delvis amning også har helbredseffekter [Victoria et al 2016]. En dansk undersøgelse med børn født i 2014 viser, at 69 % ammes fuldt og 8 % ammes delvist ved 2-3-månedersalderen [Johansen et al 2016].

6.11 Tilskud

Tilskud skal gives, når det er nødvendigt, men kan give problemer med mælkeproduktionen.

Modermælk indeholder de næringsstoffer og den væske, som et raskt spædbarn har brug for, se [afsnit 4.2](#). Under normale omstændigheder har barnet derfor ikke brug for andet end moderens mælk. Hvis barnet lige fra starten får lov til at bestemme hyppighed og varighed af amningen, får det, hvad det skal have, se [afsnit 6.8](#). Ekstra væske er unødvendig selv i et varmt klima [ILCA 2005, Williams 2006].

Men tilskud skal gives, når det er nødvendigt og der er en medicinsk indikation herfor. Særlige forhold hos mor eller barn kan betyde, at tilskud bliver nødvendigt, se [kapitel 10](#) og [11](#). Hvis modermælken skal suppleres med modermælkserstatning, før amningen er godt i gang, er det en god idé at bruge en kop eller et lact-aid-system frem for en sutteflaske, se [afsnit 8.8](#) og [8.9](#). Samtidig er det vigtigt, at moderen stimulerer mælkeproduktionen ved at malke ud, se [kapitel 7](#). Ved behov for modermælkserstatning før barnet er fulde 4 måneder kan dokumenteret hypoallergen erstatning anvendes til børn med disposition til allergi.

I situationer, hvor der ikke er en medicinsk indikation for at give modermælkserstatning, fx “træt mor/uroligt barn”, er det en god idé at finde andre løsninger, fx hjælpe moderen til rette, så hun kan hvile sig sammen med barnet eller opfordre faderen eller andre i netværket til passe barnet, mens moderen hviler.

Den tilgængelige dokumentation tyder på, at det kan give problemer med amningen, hvis barnet får andet end moderens mælk de første dage, uden at der er en medicinsk indikation for det [WHO 1998, ILCA 2005]:

Kan medføre tidligere ammeophør

Der er vist sammenhæng mellem tilskud af modermælkserstatning i starten af ammeforløbet og tidligt ammeophør [Michaelsen 1997, De Jager et al 2013]. Knap en tredjedel af nyfødte børn får tilskud af modermælkserstatning under indlæggelsen efter fødslen [Johansen et al 2016]. Af disse ammes 38 % fuldt ved 4-månedersalderen. Til sammenligning ammes 69 % fuldt ved 4-månedersalderen, når de ikke har fået tilskud på barselsafdelingen. Samme rapport viser, at 10 % af de børn, der udskrives indenfor 5 timer efter fødslen, har fået tilskud.

Kan undertrykke barnets omstillingsproces

Børn, der får modermælkserstatning, viser ikke den samme ketonstofproduktion ved lavt blodsukker, som ammede børn gør i den første uge efter fødslen. Da dannelsen af ketonstoffer er en normal og meget væsentlig del af det nyfødte barns tidlige energiresourcer, som udskilles i forbindelse med lavt blodsukker, er det uhensigtsmæssigt at supplere med modermælkserstatning til sunde raske nyfødte. Supplement med modermælkserstatning kan således undertrykke barnets omstillingsproces [Hawdon et al 1993, Rooy et al 2002]. Eksklusiv amning – og dermed afholdelse fra at supplere med modermælkserstatning – ser ud til at fremme dannelsen af ketonstoffer, som har en betydning for barnets omstillingsproces efter fødslen, se også afsnit 4.1.7 om barnets metaboliske adaptation.

Kan hæmme barnets efterspørgsel

Da den nyfødtes mave er på størrelse med en valnød, skal der ikke ret meget til, før maven bliver fyldt, og barnet bliver mæt. Børn, som får tilskud, beder derfor om brystet sjældnere og kan således have svært ved at stimulere mælkeproduktionen tilstrækkeligt.

Kan nedsætte mors self-efficacy

Samtidig kan moderen komme til at tvivle på, om hun er i stand til at opfylde barnets behov – og vælge at supplere med modermælkserstatning, når barnet, også senere i forløbet, bliver uroligt.

Dansk Pædiatrisk Selskab (DPS) har udarbejdet retningslinjer vedr. hypoglykæmi efter fødslen, paediatri.dk

6.12 Ammeperioden og overgang til fast føde

Amningen kan fortsætte, så længe både mor og barn trives med det, men overgangskost bør introduceres, når barnet er omkring 6 måneder.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at spædbørn ammes fuldt, til de er omkring 6 måneder. Delvis amning anbefales til 12 måneder eller længere, såfremt mor og barn trives med det. De fleste børn er først parate til andet end flydende føde, når de er omkring 6 måneder [Naylor 2001], men det er barnets udvikling og parathed, der er afgørende for, hvornår overgangskost skal introduceres. Det bør tidligst ske, når barnet er 17 uger og senest, når barnet er 26 uger og så tæt på dette tidspunkt som muligt [Sundhedsstyrelsen 2019].

Tilskud af modermælkserstatning har meget større konsekvenser for amningen, end fast føde har [Hörnell et al 1999]. En dansk undersøgelse viser, at 7 % af børnene var introduceret til overgangskost ved 16-ugersalderen, 65 % mellem 17 og 25 uger efter fødslen og 28 % efter 25 uger [Kronborg et al 2014]. Undersøgelsen viser ligeledes, at fuld amning ved 5-ugersalderen sammenlignet med fuld modermælkserstatning på samme tidspunkt fordobler sandsynligheden for at introducere overgangspunkt på et senere tidspunkt.

I 4-6-månedersalderen kan det derfor være mest hensigtsmæssigt at give skemad frem for flaske, hvis barnet får brug for et supplement til modermælken. Barnet tilbydes brystet efter hvert ske-måltid og/eller mellem måltiderne. Mælkeproduktionen aftager, efterhånden som den faste føde fylder mere. Når barnet er mere end 6 måneder, nedtrappes amningen i takt med, at barnet får mere og mere mad. Hvis barnet bliver ammet meget om natten efter 6-månedersalderen, kan det have mindre appetit til mad i løbet af dagen.

I takt med at barnet får mere og mere fast føde, aftrappes amningen. Så længe mor og barn trives med amning, kan denne fortsætte, samtidig med der gives mad. Fra omkring 9 måneder bør barnet få det meste af sin ernæring fra familiens mad, mens modermælken supplerer denne.

Overgangsperioden, hvor barnet går fra mælk til familiens mad, er beskrevet nærmere i *Ernæring til spædbørn og småbørn – en håndbog for sundhedspersonale* [Sundhedsstyrelsen 2019] og i *Mad til små – fra mælk til familiens mad* [Sundhedsstyrelsen og Fødevarestyrelsen 2020].

6.12.1 Amning og udearbejde

Arbejde er ikke en hindring for at fortsætte amningen.

Mælkeproduktionen fortsætter, så længe mælken tømmes ud af brystet, se [afsnit 4.1.3](#). Når moderen starter på arbejde, vil barnet bede om brystet, når moderen er i nærheden og klare sig uden, når hun ikke er der. Moderen må derfor være indstillet på, at barnet måske beder om brystet hyppigere, når hun er hjemme, hvis hun er væk fra barnet om dagen.

Skal moderen være meget væk, før barnet er begyndt at få anden mad, kan hun opretholde mælkeproduktionen ved at malke ud ca. hver 3. time. Mælken stilles i køleskab, så barnet kan få den dagen efter.

Tips til forældrene om at få en god afslutning på amningen

- Start afvænnningen på et tidspunkt, hvor der er overskud i familien – og hvor der ikke sker andre store omvæltninger i barnets liv, fx vuggestuestart, indflytning i eget værelse eller familieførøgelse.
- Fjern et brystmåltid ad gangen – og start med måltider, som nemt kan erstattes af skemad, som barnet kan lide.
- Planlæg, hvad der skal ske, når barnet vågner om natten og ønsker/kræver at komme til brystet: Skal mor være der, eventuelt iført en stram t-shirt, eller skal far passe barnet?
- Støt hinanden i at holde fast i beslutningen og samtidig sørge for at holde om barnet, trøste det og eventuelt tilbyde lidt vand af en kop, hvis det ikke kan falde til ro uden at få noget i munden/maven.

6.12.2 Afvænnning

En god afslutning kræver planlægning.

Nogle kvinder oplever, at barnet helt af sig selv mister interessen for brystet. Enten langsomt (og næsten ubemærket) eller fra den ene dag til den anden (helt uden varsel). Måske endda tidligere end beregnet. Andre vil have en fornemmelse af, at barnet aldrig bliver færdigt med brystet.

Når forældrene beslutter sig for, at det er på tide at vænne barnet fra brystet, er det vigtigt, at de er sikre på, at det er den rigtige beslutning. Tvivl kan gøre det svært at få en god afslutning, fordi barnet kan blive usikkert, hvis signalerne er uklare. En række tiltag, som kan lette processen, er samlet i boksen nedenfor.

Moderen skal være forberedt på, at det kan tage uger, før brystet holder helt op med at producere mælk. I denne periode vil det være forholdsvis let at få produktionen i gang igen, hvis moderen fortryder, at hun er stoppet, se [afsnit 9.3.4](#).

6.12.3 Afbrydelse af mælkeproduktionen

Mælkeproduktionen kan afbrydes effektivt med medicin.

Nogle kvinder kan have et ønske om hurtig afbrydelse af mælkeproduktionen. Det kan være kvinder, som ikke ønsker at amme, kvinder som

vælger at stoppe amningen, fordi de oplever, at amningen har for store omkostninger, eller kvinder som oplever en sen abort, en dødfødsel eller tidlig spædbarnsdød.

Mælkeproduktionen starter, uanset om barnet bliver lagt til brystet eller ej. Men hvis brystet ikke bliver stimuleret og tømt, vil produktionen stoppe af sig selv, se [afsnit 4.1.3](#). Hvis afvænnningen foregår langsomt, vil produktionen aftage gradvist, uden at mælken hober sig op. Hvis udtømningen ophører meget pludseligt, kan moderen få problemer med mælkestase, se [afsnit 9.2.2](#).

Moderen kan eventuelt malke lidt ud for at tage den værste spænding, men skal være opmærksom på, at udmalkning stimulerer produktionen. Mælkeproduktionen kan imidlertid også afbrydes medicinsk med prolaktinhæmmende medicin. Medicinen er receptpligtig.

Situationer, hvor kvinden beslutter at stoppe amningen pga. problemer, er beskrevet i [afsnit 9.5](#).

Referencer til kapitel 6

Academy of Breastfeeding Medicine (2003): *Protocol #6: Guideline on co-sleeping and breastfeeding*. The

Academy of Breastfeeding Medicine (2014): *Protocol #2 Guidelines for Hospital Discharge of the Breastfeeding Term Newborn and Mother*. The Academy of Breastfeeding Medicine. www.bfmed.org

Academy of Breastfeeding Medicine (2014): *Protocol #9: Use of galactagogues in initiating or augmenting maternal supply*. The Academy of Breastfeeding Medicine. www.bfmed.org

Amningens ABC. Dvd. Komiteen for Sundhedsoplysning 2009

Anand KJS et al (2001): *Consensus Statement for the Prevention and Management of Pain in the Newborn*. The International Evidence-Based Group for Neonatal Pain. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine 155: 173-80.

Auerbach KG (2000): *Evidence-based care and the breastfeeding couple: key concerns*. Journal of Midwifery & Women's Health 45(3): 205-11.

Ball HL (2006): *Randomised trial of infant sleep location on the postnatal ward*. Archives of Disease in Childhood 91(July 18): 1005-10.

Berens P (2007): *Management of Lactation in the Puerperium*. In Hale TW & Hartmann P: Textbook of Human Lactation. 1. edition. Hale Publishing, Amarillo, Texas.

Bergqvist LL et al (2009): *Mode of delivery modulates physiological and behavioral responses to neonatal pain*. Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association 2009;29(1):44-50.

Bergman N (2005): *What is kangaroo mother care?* www.kangaroomothercare.com

Bystrova K et al (2007): *Maternal axillar and breast temperature after giving birth: effects of delivery ward practices and relation to infant temperature*. Birth 34(4): 291-300.

Bystrova K et al (2009). *Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later*. Birth;36(2):97-109.

Carbajal R et al (2003): *Analgesic effect of breast feeding in term neonates: randomised controlled trial*. British Medical Journal 326(7379): 13-18.

Charpak N et al (2005): *Kangaroo Mother Care: 25 years after*. Acta Paediatrica 94: 514-22.

Christensson K (1996): *Fathers can effectively achieve heat conservation in healthy newborn infants*. Acta Paediatrica 85(11): 1354-60.

Colson S (2006): *The mechanisms of biological nurturing*. Ph.d. thesis. University of Kent at Canterbury.

Colson SD (2006): *The mechanisms of Biological Nurturing*, Ph.d. Thesis. University of Kent at Canterbury; 2006. 14.

Colson SD et al (2008). *Optimal positions for the release of primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding*. Early Human Development. Juli 2008;84(7):441-9.

Colson S (2010): *Introduktion til Biological Nurturing*. Nye vinkler på amning.

Cregan MD et al (2002): *Milk prolactin, feed volume and duration between feeds in women breastfeeding their full-term infants over a 24 h period*. Experimental physiology 87(2):207-14

Czank C et al (2007): *Human Milk Composition – Fat*. In Hale TW & Hartmann P: Textbook of Human Lactation. 1. edition. Hale Publishing, Amarillo, Texas.

De Jager E et al (2013): *Psychosocial correlates of exclusive breastfeeding: A systematic review*. Midwifery 29(5); 506-18.

Dageville C. et al (2008): *Very early neonatal apparent life-threatening events and sudden unexpected deaths: incidence and risk factors*. Acta Pædiatrica 97, 866-869. doi:10.1111/j.1651-2227.2008.00863.x

Doan T et al (2007): *Breast-feeding increases sleep duration of new parents*. Journal of Perinatal & Neonatal Nursing 21(3): 200-6.

Dozier AM et al (2012): *Labor Epidural Anesthesia*, Obstetric Factors and Breastfeeding Cessation. *Matern Child Health J.* 1-10.

Erlandsson K et al (2007): *Skin-to-skin care with the father after Cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior.* *Birth* 34(2): 105-13.

Fletcher D et al (2000): *The implementation of the HOT program at the Royal Women's Hospital.* *Breastfeeding Review* 8(1): 19-23.

French CA, Cong, X, & Chung KS (2016): Labor epidural analgesia and breastfeeding: A systematic review. *Journal of Human Lactation*, 32(3),507-520. <https://doi.org/10.1177/0890334415623779>

Friedman MA et al (2004): *Discharge criteria for the term newborn.* *Pediatric Clinics of North America* 51: 599-618.

Geddes D (2007): *Gross Anatomy of the Lactating Breast.* In Hale TW & Hartmann P: *Textbook of Human Lactation.* 1. edition. Hale Publishing, Amarillo, Texas.

Hale TW (2006). *Medication and Mothers' Milk.* 12. edition. Hale Publishing, Texas, USA.

Hawdon J.M. et al (1993): *Neonatal hypoglycaemia – blood glucose monitoring and baby feeding.* *Midwifery* 9, 3-6. doi:10.1016/0266-6138(93)90036-R.

Henderson A et al (2001): *Postpartum positioning and attachment education for increasing breastfeeding: a randomized trial.* *Birth: Issues in Perinatal Care.* December 2001;28(4):236-42.

Hörnell A et al (1999): *Breastfeeding patterns in exclusively breastfed infants: a longitudinal prospective study in Uppsala, Sweden.* *Acta Paediatrica* 88: 203-11.

ILCA (International Lactation Consultant Association) (2005): *Clinical Guidelines for the Establishment of Exclusive Breastfeeding.*

Ingram J et al (2002): *Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families.* *Midwifery* 18: 87-101.

Johansen A et al (2014); *Amning: Temarapport og årsrapport. Børn født i 2014.* København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU.; 2016.

Kent JC et al (2006): *Volume and frequency of breastfeeding and fat content of breastmilk throughout the day.* *Pediatrics* 117(3): e387-95.

Kronborg H et al (2011): *Antenatal training to improve breast feeding: a randomised trial.* *Midwifery* [Internet]. Oktober 2011 [citeret 13. September 2012]; Hentet fra: <http://wx7cf7zp2h.search.serialssolutions.com.ez.statsbiblioteket.dk:2048/?sid=Entrez:PubMed&id=pmid:22018394>

Kronborg H et al (2014): *Predictors for early introduction of solid food among Danish mothers and infants: an observational study.* *BMC Pediatr.* 2014;14(1):243.

Lawrence RA et al (2016): *Breastfeeding: A guide for the medical profession*. 8. udgave, Mosby, USA.

Maimburg RD et al (2010): *RAnomised trial of structured antenatal training sessions to improve the birth process*. British Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2010 Jul;117(8):921-8.

Marchini G (1998): *Hunger behaviour contributes to early nutritional homeostasis*. Acta Pædiatrica.;87(6):671-5.

Mattar CN et al (2007): *Simple antenatal preparation to improve breastfeeding practice: A randomized controlled trial*. Obstetrics and Gynecology 109: 73-80.

McKenna JJ et al (1997): *Bedsharing promotes breastfeeding*. Pediatrics 100(2): 214-9.

Michaelsen KF (1997): *Nutrition and Growth during Infancy. The Copenhagen Cohort Study*. Acta Pædiatrica 86: supplement 420.

Milligan RA (1996): *Positioning intervention to minimize fatigue to breastfeeding women*. Applied Nursing Research 9(2): 67-70.

Milinc M et al (2020): *Effectiveness of biological Nurturing on early breastfeeding problems: a randomized controlled trial*. International Breastfeeding Journal, 2020.

Moore ER et al (2016): *Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants*. The Cochrane Library.

Mulder PJ et al (2010): *Excessive Weight Loss in Breastfed Infants During the Postpartum Hospitalization*. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing. 2010;39(1):15-26.

Naylor AJ et al (2001): *Developmental Readiness of Normal Full Term Infants to Progress from Exclusive Breastfeeding to the Introduction of Complementary Foods*. Wellstart International.

Neifert MR (2004): *Breastmilk transfer: positioning, latch-on, and screening for problems in milk transfer*. Clinical Obstetrics and Gynecology 47(3): 656-75.

Nilsson I et al (2019): *National Klinisk Retningslinje om etablering af amning efter fødslen*. Downloades på: http://www.kompetencecenterforamning.dk/media/162494/20190206_nkr_etablering_af_amning_efter_f_dsel_final.pdf

Nilsson I et al (2020): *The significance of early breastfeeding experiences on breastfeeding self-efficacy one week postpartum*. Matern Child Nutr. 2020:e12986. <https://doi.org/10.1111/mcn.12986> (open access)

Noel-Weiss J et al (2011): *An observational study of associations among maternal fluids during parturition, neonatal output, and breastfed newborn weight loss*. Internationale Breastfeeding Journal.6:9

Nommsen-Rivers L.A. et al (2008): *Newborn wet and soiled diaper counts and timing of onset of lactation as indicators of breastfeeding inadequacy*. J. Hum. Lact. Off. J. Int. Lact. Consult. Assoc. 24, 27-33. doi:10.1177/0890334407311538

Nysæther H et al (2002). *Barna inne natt og dag – er barselkvinnene fornøyde?* Tidsskrift for Norsk Lægeforening 122(12): 1206-9.

Oliveira LD de et al (2006): *Effect of Intervention to Improve Breastfeeding Technique on the Frequency of Exclusive Breastfeeding and Lactation-Related Problems.* J Hum Lact. 8. Januar 2006;22(3):315-21.

Prior E (2012): *Breastfeeding after cesarean delivery: a Systematic review and meta-analyse of world literature.* The American Journal of Clinical Nutrition 95:1113-35.

Renfrew MJ et al (2000): *Enabling women to breastfeeding. A review of practices which promote or inhibit breastfeeding – with evidence-based guidance for practice.* The Stationary Office, United Kingdom.

Robiquet P et al (2016): *Observation of skin-to-skin contact and analysis of factors linked to failure to breastfeed within 2 hours after birth.* Breastfeeding Medicine, 11(3), 126-132. <https://doi.org/10.1089/bfm.2015.0160>

Rooy L, Hawdon J (2002): *Nutritional Factors that Affect The Postnatal Metabolic Adaption of Full-term Small- and Large-for-Gestational-Age Infants.* Pediatrics 109 (3): e42-e42. doi:10.1542/peds.109.3.e42.

Rosen-Carole et al (2015): ABM Clinical Protocol #19, *Breastfeeding Promotion in The Prenatal Setting.* Revision 2015.

Shah PS et al (2007): *Breastfeeding or breastmilk for procedural pain in neonates* (Review). The Cochrane Library 2007, Issue 4.

Su L-L et al (2007): *Antenatal education and postnatal support strategies for improving rates of exclusive breastfeeding: randomised controlled trial.* British Medical Journal 335.

Sundhedsstyrelsen (2019): *Ernæring til spædbørn og småbørn – en håndbog for sundhedspersonale.* 4. udgave, 1. oplag. www.sst.dk

Sundhedsstyrelsen (2011): *Forebyg vuggedød – og undgå skævt hovedfacon og fladt baghoved.* Til sundhedspersonale. www.sst.dk

Sundhedsstyrelsen (2013): *Anbefalinger for svangreomsorg.* 2. udgave, 1. oplag. Komiteen for Sundhedsoplysning. www.kfsbutik.dk

Sundhedsstyrelsen (2015): *Monitorering af vækst hos 0-5 årige børn. Vejledning til sundhedsplejersker og praktiserende læger.* Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen og Fødevarestyrelsen (2020): *Mad til små – fra mælk til familiens mad.* 5. udgave, 1. oplag. Komiteen for Sundhedsoplysning.

Svensson, K.E et al (2013): *Effects of mother-infant skin-to-skin contact on severe latch-on problems in older infants: a randomized trial.* Int. Breastfeed. J. 8, 1. doi:10.1186/1746-4358-8-1

Torvaldsen S et al (2006): *Intrapartum analgesia and breastfeeding: a prospective cohort study.* International Breastfeeding Journal. 2006(1):24.

Uvnäs-Moberg K (2015): *Oxytocin. The biological guide to motherhood*. Hale Publishing 2015.

Victora CG et al, n.d. (2015): *Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil*. Lancet Glob. Health 2015, e199-205.

Walker M (2007): *Breast-feeding. Good starts, Good outcomes*. The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing 21(3): 191-7.

Wambach K et al (2019): *Breastfeeding and Human Lactation*, 6. Edition 2019, ISBN: 978-1-284-15156-5.

Weimers L et al (2006): *Hands-on approach during breastfeeding support in a neonatal intensive care unit: a qualitative study of Swedish mothers' experiences*. International Breastfeeding Journal 1:20.

WHO (1998): *Evidence for the ten steps to successful breastfeeding*. World Health Organization, Geneva.

WHO (2017): *Guideline: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services*. Download på: <https://www.who.int/publications-detail/9789241550086>

Widström AM et al (1987): *Gastric suction in healthy newborn infants*. Acta Paediatrica Scandinavia 76: 455-72.

Widström AM et al (2011): *Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation*. Acta Paediatr;100(1):79-85.

Wiklund I et al (2009): *Epidural analgesia: Breastfeeding success and related factors*. Midwifery.2009(25):e31-e38.

Williams HG (2006): *And not a drop to drink – why water is harmful for newborns*. Breastfeeding Review 14(2): 5-9.

Udmalkning

Normalt er det ikke nødvendigt at malke ud, men der kan være situationer, hvor der i en periode alligevel er brug for det. Der kan fx være brug for udmalkning i kortere tid:

- hvis barnet ikke kan få fat om brystet, fx når brystet er meget spændt
- hvis brystvorterne er så ømme eller sårede, at det gør for ondt at lægge barnet til
- hvis moderen af en eller anden årsag skal være væk fra barnet.

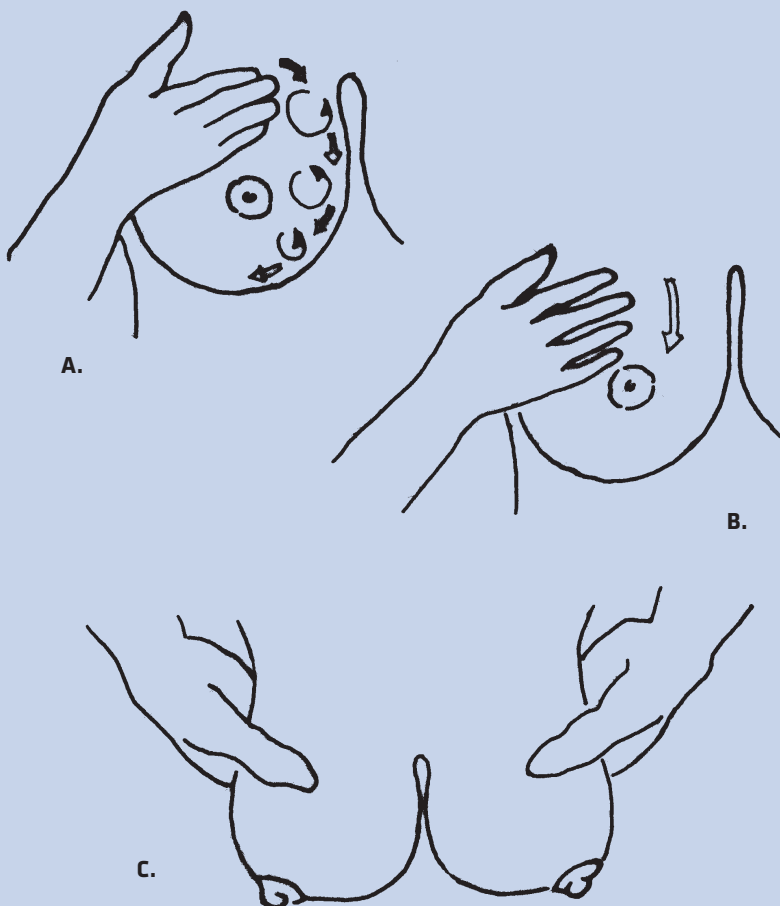
Udmalkning i længere tid kan være aktuelt, hvis barnet ikke kan sutte på grund af sygdom eller for tidlig fødsel. Der kan ligeledes være forskellige situationer (bl.a. gulsot, dehydrering, neurologisk sygdom og hjertesygdom hos barnet), hvor barnet ikke har kræfter til at sutte effektivt. Det kan betyde, at barnet hverken får den mælk, det har behov for eller stimulerer mælkeproduktionen tilstrækkeligt. Endelig kan mødre malke ud og give barnet mælken på flaske, hvis de ønsker, at deres barn får modermælk, men ikke ønsker amme, se [afsnit 9.5](#). Den bedst mulige udmalkningsmetode afhænger af tidspunktet for udmalkning i forhold til fødslen, formålet med udmalkningen og den individuelle mor [Becker 2011].

7.1 Stimulation af nedløbsrefleksen

Effekten af udmalkning forbedres, når nedløbsrefleksen stimuleres forinden.

Uanset om moderen malke ud med hånden eller med en brystpumpe, forbedres resultatet, hvis hun forinden har stimuleret nedløbsrefleksen [Jones et al 2001]. Nedløbsrefleksen kan stimuleres ved blid massage af brystet, [se boks](#). Der er ikke én rigtig metode. Hvis moderen øver sig, vil hun hurtigt finde ud af, hvad der virker bedst for hende. Nedløbsrefleksen kan stimuleres flere gange under samme udmalkning.

Figur 8. Forslag til stimulation af nedløbsrefleksen

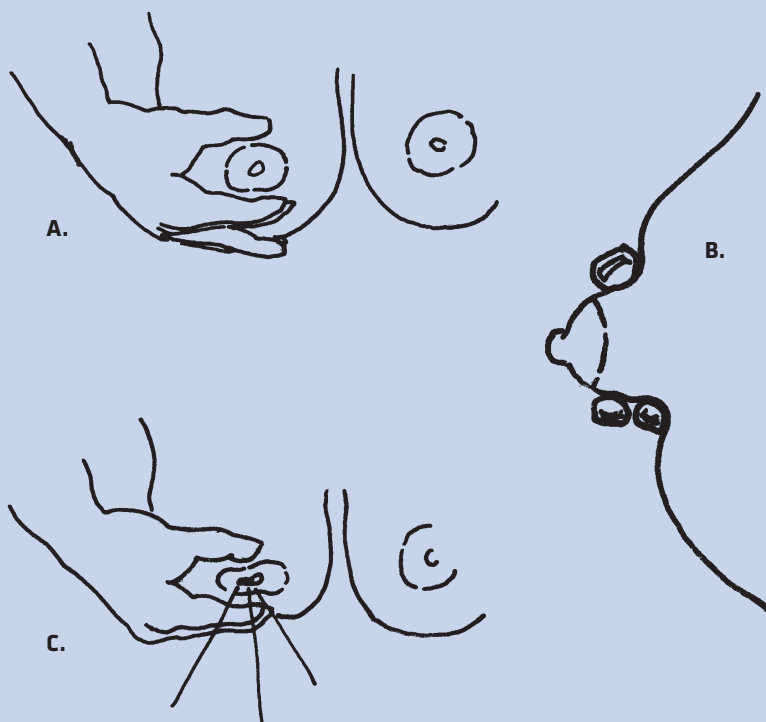


- A. Med flad hånd startes længst ude på brystet ved overgangen mellem brystkasse og bryst. Pege- og langefinger presses blidt mod brystvævet og der laves små cirkelbevægelser på stedet. Gradvist bevæges fingrene mod areola. Fingrene flyttes rundt, og de cirkulerende bevægelser gentages, så hele brystet masseres. Nogle områder er lettest at nå med den modsatte hånd.
- B. Med flad hånd stryges henover brystet med retning mod brystvorten. Brystet stryges hele vejen rundt.
- C. Moderen kan evt. læne sig forover under massagen, så hun samtidig udnytter tyngdekraften og derved får et kraftigere nedløb.

Kilde: Lang 2002.

Figur 9. Håndudmalkning trin for trin

1. Vask hænder inden udmalkning.
2. Tag en ren beholder til at opsamle den udmalkede mælk.
3. Få mælken til at løbe. Prøv at slappe af, træk vejret dybt og tænk på barnet.
4. Anbring fingrene i kanten af det brune område. Tommelfingeren over og de to næste fingre under brystvorten. De to sidste fingre skal stritte (A).
5. Pres hånden forsigtigt ind mod brystkassen (B).
6. Klem fingrene sammen om mælkegangene – og slip, så mælkegangene fyldes igen. Klem og slip (C).
7. Flyt fingrene rundt, så alle mælkegange tømmes. Brug evt. den anden hånd for at nå hele vejen rundt.
8. Stimuler nedløbsrefleksen igen og gentag hele processen, når mælken ikke løber mere.
9. Vær tålmodig, også selvom det ikke lykkes i starten. Det hjælper ikke at hive i brystet, snarere tværtimod.



7.2 Håndudmalkning

Det er hensigtsmæssigt, at alle mødre bliver fortrolige med håndudmalkningsteknikken.

Uanset om moderen skal malke ud i kortere eller længere tid, er det en fordel at kunne håndudmalke. Håndudmalkning er skånsom for brysterne [Becker 2011]. Det giver moderen en mulighed for at malke ud med et minimum af udstyr, uanset tid og sted. Og når moderen har lært teknikken, er det effektivt.

Det er lettest at lære at håndudmalke, når brystet er blødt. Det kan derfor være en fordel, at moderen øver sig de første dage efter fødslen, inden mælken er løbet rigtigt til [Becker 2011]. Desuden kan det være en fordel, at moderen er fortrolig med håndudmalkning tidligt, så hun ikke skal lære det samtidig med, at hun måske er påvirket af, at amningen ikke fungerer [Lang 2002]. Hvis moderen har svært ved at malke ud med hånden, kan det skyldes, at hun trækker ud i brystet, frem for at presse hånden lidt ind mod brystkassen, se boksen herunder.

Tips til forbedring af udtømningen under udmalkning

Det kan hjælpe, hvis moderen prøver:

- at malke ud ved siden af barnet
- at malke ud lige efter at have siddet med barnet
- at malke ud i et varmt rum, evt. efter et varmt bad og med varme trage
- at sidde behageligt i en god stol, slappe af og trække vejret godt igennem
- at lytte til musik
- at dæmpe belysningen ved udmalkning om aftenen
- at have noget at drikke inden for rækkevidde
- at få massage af skuldre og ryg.

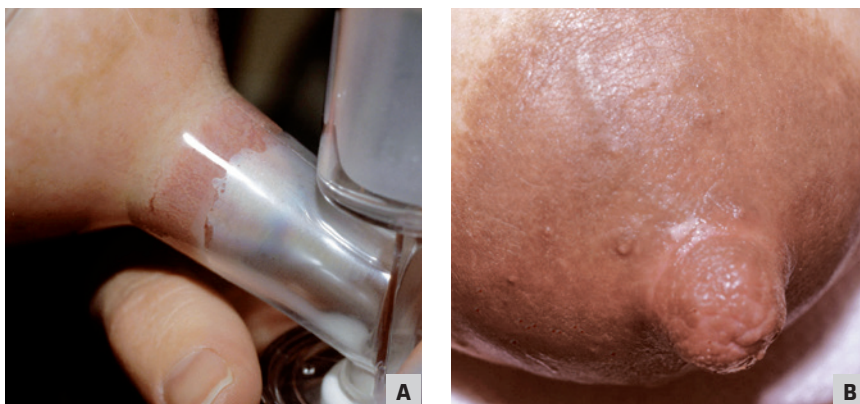
Kilde: Lang 2002.

Håndudmalkning er effektiv til udmalkning over en ganske kort periode, fx ved ømme og sårede brystvorter. Nogle kvinder kan have glæde af at anvende håndudmalkning i starten, hvis de skal etablere mælkeproduktionen ved udmalkning. For andre fungerer det bedre at bruge en brystpumpe lige fra starten. Nogle foretrækker imidlertid at fortsætte håndudmalkning frem for udmalkning med brystpumpe – også ved længerevarende udmalkning [Lang 2002]. Det er vigtigt, at moderen kender begge metoder, så hun kan træffe det valg, der er bedst for hende.

Der findes en dvd om håndudmalkning på dansk og engelsk *At malke med hånden – at drikke af kop*, som viser stimulation af nedløbsrefleks og håndudmalkningsteknik trin for trin [Videnscenter for Amning 1998]. Dvd'en kan være et godt supplement til personalets mundtlige vejledning.

7.3 Brystpumper

Når barnet har fat om brystet og sutter effektivt, overføres mælken fra brystet til barnet på grund af trykforskelle under suttecyklus, se [afsnit 4.1.5](#). Brystpumper virker primært ved at skabe undertryk (vakuum), som trækker brystvorten ind i 'tragten'. Udmalkning med hånden skaber udelukkende kompression og er derfor blidere ved brystvorten.



- A. Brystvorten udsættes for slitage pga. for lille tragt.
- B. Sår i overgangen mellem brystvorte og areola forårsaget af en brystpumpe med for lille tragt.

Manuelle brystpumper er billige, men er ikke så effektive og lidt besværlige, da de kræver to hænder. Batteridrevne brystpumper er mere effektive, og kan som regel betjenes med én hånd, men er dyre at anskaffe sig. Elektriske brystpumper kan være meget effektive og kan lejes.

Valget af brystpumpe afhænger af situationen. En enkelt udmalkning kan sagtens klares med en manual pumpe eller med hånden. Ved daglig udmalkning, fx ved adskillelse fra barnet pga. arbejde eller studie, kan en batteridrevet pumpe være velegnet. Hvis mælkeproduktionen skal etableres ved udmalkning, er det ofte mest effektivt at bruge en elektrisk brystpumpe, hvilket også er det, der anvendes på sygehuset.

Vælger moderen at malke ud med en brystpumpe, er det vigtigt, at den er både effektiv og behagelig:

- Tragten skal have den rigtige størrelse. En tragt, som er for lille, kan give problemer med ømme eller sårede brystvorter, brystbetændelse og for lidt mælk. Mange kvinder skal have en tragt, som er større end standard.
- Vakuum skal kunne reguleres. Hvis vakuum er for kraftigt, er der øget risiko for beskadigelse af brystvorterne.

Rengøring af udstyr til brystpumpe er beskrevet i [bilag 3](#).

Dette afsnit bygger på referencen Wambach et al 2019.

7.4. Etablering af en mælkeproduktion

Hvis etablering af mælkeproduktionen skal ske ved udmalkning, påbegyndes udmalkningen tidligt efter fødslen, medmindre der er særlig indikation for at vente.

At etablere og vedligeholde en mælkeproduktion ved udmalkning kan være hårdt arbejde. Det er derfor vigtigt at støtte moderen i at malke ud og hjælpe hende med praktiske ting, så hun kan koncentrere sig om sit barn og om udmalkningen. Mødre, der har børn indlagt på neonatalafdeling, kan opleve, at udmalkningen bliver uoverskuelig, hvis der mangler en ledig stol eller rent malkeudstyr. Det kan betyde, at moderen ikke får malket ud tilstrækkeligt hyppigt [Spicer 2001]. Desuden er det vigtigt, at moderen er forberedt på, at det er almindeligt, at der kun kommer meget lidt mælk de første dage.

Et Cochrane studie vedr. metoder for udmalkning understreger vigtigheden af at se udmalkning i et bredt perspektiv, når man skal vejlede moderen i udmalkning. Udmalkningsmetoden har betydning, men mere kvalitative faktorer – som moderens præferencer, at hun slapper af, og at udmalkningen er enkel at gå til – har ligeledes betydning for resultatet [Becker 2015].

Er mor og barn adskilt og indlagt på hver sin afdeling, er det vigtigt, at der er en klar ansvarsfordeling og kommunikation mellem afdelingerne, så det sikres, at moderen får den vejledning, hun har brug for.

Det har en god effekt på ammevarigheden af såvel mature som børn, der er født præmaturo, hvis det er muligt at forberede moderen til amning/ udmalkning allerede i graviditeten, se afsnit 7.1 og 10.11. Alternativt forberedes moderen så tidligt som muligt efter fødslen, da mælkeproduktionen får den bedste start, hvis udmalkningen påbegyndes tidligt efter fødslen [Maastrup 2014].

Et pilotstudie viser, at påbegyndes udmalkningen inden for 1 time sammenlignet med 1-6 timer efter fødslen, produceres en signifikant større mælkemængde 1 og 3 uger efter fødslen, og mælken løber tidligere til [Parker 2015].

En undersøgelse [Hill et al 2005] viser ligeledes, at 9 ud af 10 mødre, som på dag 4 har en døgnproduktion på 395 ml eller mere, vil have nok mælk 6 uger efter fødslen. Blandt mødre, som på dag 4 producerer 140 ml eller mindre, vil kun 1 ud af 10 have nok efter 6 uger. Det er således veldokumenteret, at mødre, der hurtigt får oparbejdet en mælkeproduktion, har nedsat risiko for at få for lidt mælk senere i forløbet.

Hyppigheden og varigheden af udmalkning har også betydning. Mælkeproduktionen stimuleres bedst, hvis moderen malder ud 6-8 gange i døgnet, ca. 10 minutter på hver side, indtil hun producerer en døgnmængde, der svarer til barnets behov ved udskrivelsen [Nyqvist et al 2015]. Også selvom det overstiger barnets aktuelle behov. For børn født præmaturo vil det typisk være omkring ½ liter [Hill et al 2005].

Brystvorten kan blive meget øm og såret, hvis der malder ud med brystpumpe på et 'tomt' bryst [Wilson-Clay et al 2017]. For nogle mødre kan det derfor være en fordel at håndudmalke den første dag efter fødslen. Ved udmalkning med brystpumpe reguleres vakuumstyrken, så det er behageligt for moderen. En høj vakuumstyrke resulterer i større mælke-

produktion, men kan forårsage skader på brystvorten. Derfor er det vigtigt, at vakuumstyrken er så høj som muligt, uden at være ubehagelig [Kent et al 2008].

Opvarmes tragtten til kropstemperatur, øges mælkegangenes diameter, hvilket resulterer i, at mælken udmalkes på kortere tid. Samtidig er det mere behageligt for moderen [Kent et al 2011].

7.5 Opretholdelse af mælkeproduktionen

Vær opmærksom på, at døgnproduktionen ikke falder.

Målet er, at moderen producerer en døgnmængde, der svarer til barnets forventede behov ved udskrivelsen. Moderen skal således ikke øge produktionen yderligere, men være opmærksom på, at den ikke falder [Hill et al 2005]. På nogle hospitalsafdelinger journalføres mælkeproduktionen dagligt for at forebygge et større underskud af mælk hos moderen [Wambach et al 2019].

Det er forskelligt, hvor ofte og hvor længe moderen har brug for at malke ud for at opretholde mælkeproduktionen. De fleste mødre har brug for at malke ud 5-6 gange dagligt. Mødre med store bryster og dermed stor lagerkapacitet kan ofte nøjes med færre udmalkninger pr. døgn end kvinder med små bryster og lille lagerkapacitet, [se 9.21](#) og [9.23](#). Som udgangspunkt kan moderen udmalke 6 gange i døgnet – og fortsætte, indtil mælken kun drypper. Efterhånden finder den enkelte mor det udmalkningsmønster, som gør, at hun kan opretholde den nødvendige døgnproduktion [Hartmann et al 2003]. Udmalkningerne fordeles jævnt over døgnet, så der er mindst 1½ og højst 6 timer mellem to udmalkninger.

I modsætning til amning er det en fordel at skifte bryst under udmalkningen. Det er imidlertid mere effektivt og tidsbesparende, hvis moderen malker ud på begge bryster samtidig. Det øger antallet af nedløbsreflekser og mængden af udmalket mælk [Prime et al 2012]. Moderen kan også få mere mælk ved at bruge en teknik, hvor hun komprimerer brystet, samtidig med at hun malker ud med pumpe. Et studie har vist, at det kan øge mælkeproduktionen med 48 % [Morton et al 2009]. Det kan forbedre nedløbsreflekserne og mælkemængden, at mor har barnet hud mod hud lige inden udmalkning og at malke ud med barnet ved siden af sig [Hill et al 2005]. Endelig er det afgørende, at brystpumpens tragt passer i størrelse til moderens brystvorte, se fx foto [side 141](#).

7.6 Problemer ved langvarig udmalkning

Hvis døgnproduktionen falder, skal der gribes tidligt ind.

Mødre, der malker ud i længere tid, kan få problemer med mælkeproduktionen [Hill et al 2005, Hartmann et al 2003]. Problemerne kan bl.a. skyldes:

- at moderen malker ud for sjældent og/eller for kort tid
- at hun ikke malker ud om natten
- at hun hverken malker fra begge bryster samtidig eller skifter bryst undervejs.

Bekymring og stress kan ligeledes resultere i nedsat mælkeproduktion. En samtale om familiens situation, herunder netværk og støttemuligheder, kan måske være en hjælp, se [kapitel 5](#). Desuden opfordres moderen til at ligge hud mod hud med sit barn, stimulere nedløbsrefleksen og sikre, at malkeudstyret passer til hende. Kompression af brystet under udmalkning eller amning er også en mulighed, se [afsnit 7.5](#) og [11.2.1](#). Problemer med mælkeproduktionen er beskrevet i afsnit 9.3.

Tidligere har man som sidste udvej i samarbejde med en læge vurderet, om mor skulle forsøge med mælkestimulerende medicin. Behandlingen frarådes imidlertid i dag, da evidensen for effekt er diskutabel, og da der er potentielle signifikante psykiske bivirkninger af medicinen. [Academy of Breastfeeding Medicine 2011; Wambach et al 2019].

7.7 Udmalkning i graviditeten

Hvis der i graviditeten er mistanke om, at det nyfødte barn vil få brug for tilskud af modermælk i de første dage efter fødslen, kan det være hensigtsmæssigt at malke ud allerede i graviditeten.

Den gravide kan malke ud i de sidste uger af graviditeten og fryse mælken ned til senere brug. Fordelen er, at den nyfødte kan få moderens egen mælk som supplement til amningen i de første timer efter fødslen, indtil barnets blodsukker er stabilt.

Kolostrum stabiliserer spædbarnets blodsukker mere effektivt end modermælkserstatning [Tozier 2013]. Et stort randomiseret studie har fundet, at der hos gravide med diabetes og lav risiko for komplikationer

ikke var øget risiko for præterm fødsel, når de håndudmalkede 2 gange dagligt i maksimalt 10 minutter fra 36. uge [Forster et al 2017].

Håndudmalkning er mere skånsom for brysterne i graviditeten, da de fleste kvinder kun kan malke få ml ud. Desuden er den lille mængde nemmere at opsamle ved håndudmalkning. Mælken kan evt. fryses i engangssprøjter. Udmalkning i graviditeten påvirker ikke mængden af kolostrum efter fødslen.

Indtil der foreligger mere forskning på området, kan udmalkning i graviditeten kun anbefales gravide uden risiko for præterm fødsel og andre komplikationer.

7.8 Opbevaring og opvarmning af modernælk

Moderen skal vejledes i god hygiejne i forbindelse med udmalkning.

God hygiejne er vigtig, når udmalket modernælk skal gemmes og bruges senere. Moderen skal derfor vejledes i god hygiejne, når hun introduceres til udmalkning med hånd eller pumpe. De hygiejniske forholdsregler afhænger af, om moderen skal bruge den udmalkede mælk til sit eget barn, eller om mælken sælges til en mælkecentral. For udmalkning til mælkecentral kontaktes denne med henblik på at følge mælkecentralens procedure. For udmalkning til eget barn malkes mælken ud i rene beholdere, beregnet til fødevarer, som placeres i køleskab eller fryser med det samme. Hvis der er tale om store mængder, anbefales at køle mælken ned i vandbad med isterninger før placering i køleskab eller fryser.

På sygehuset gælder de regler, der er fastsat i henhold til sygehusets egenkontrol. Modernælk og modernælkserstatninger opbevares generelt adskilt fra andre mad- og mælkeprodukter i et separat køleskab. Al modernælk skal mærkes med moderens/barnets navn, cpr-nummer, dato og klokkeslæt for udmalkning [RH 2006]. Har moderen brugt brystpumpe, skal alle dele vaskes af i opvaskemiddel og koges i 5 minutter. Delene opbevares tørt til næste udmalkning.

Frysning ødelægger en del af antistofferne og alle leukocytterne i modernælk. Frisk eller nedkølet modernælk foretrækkes derfor frem for frossen. Ligeledes prioriteres den første uges udmalkede modernælk højt, da den har et større indhold af bl.a. protein, herunder immunoglobuliner [ABM 2010, Wambach et al 2019].

Når mælken skal bruges, skal den kun opvarmes til spisetemperatur (ca. 37°). Opvarmes mælken til over 60°, ødelægges immunoglobulinerne [ABM 2010, Wambach et al 2019].

Frossen mælk kan tøs langsomt eller hurtigt op. Langsom optøning kan foregå ved, at mælken tages ud af fryseren og sættes i køleskabet eller koldt vandbad i nogle timer, før den skal bruges. Hurtig optøning kan foregå i varmt vand. Ved optøning og opvarmning i mikrobølgeovn kan det være svært at styre temperaturen, mælken kan blive for varm og immunoglobulinerne ødelægges [ABM 2010].

Modermælkens holdbarhed

Frisk udmalket modermælk:

- 3 døgn bagest i køleskab ved max. +5°
- 6 måneder i fryser ved -18°.

Optøet modermælk:

- Langsomt optøet mælk kan holde sig 1 døgn i køleskab.
- Hurtigt optøet mælk skal bruges med det samme.
- Optøet mælk må ikke fryses igen.

Opvarmet modermælk:

- Rester af opvarmet mælk skal altid kasseres.

(Kilder: ABM 2010, Wambach 2019).

7.9 Donormælk

Modermælk fra andre kvinder (donormælk) er det bedste alternativ til moderens egen mælk.

Der er begrænsede mængder af donormælk fra andre kvinder til rådighed i Danmark. Donormælk anvendes derfor først og fremmest til ekstremt for tidligt fødte børn på neonatalafdelinger og i andre helt specielle tilfælde. Modermælk fra mælkecentraler skal gennemgå en varmebehandling ved mindst 60° i en halv time. Dette svarer til lav-

pasteurisering, hvorved evt. hiv og andre vira bliver inaktiveret [Hartmann et al 2007].

Kvinder, der donerer modermælk, skal screenes for hiv-antistoffer og hepatitis B og C. Kvinder, der har positive antistoftitre, bruges ikke som donorer i Danmark. Siden 2005 har Sundhedsstyrelsen frarådet at anvende donormælk fra rygere [Sundhedsstyrelsen 2005].

I Danmark findes der modermælkscentraler på Hvidovre Hospital og Århus Universitetshospital, Skejby.

Referencer til kapitel 7

Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) (2010): *Protocol #8: Human Milk Storage*. The Academy of Breastfeeding Medicine. www.bfmed.org

Academy of Breastfeeding Medicine (2011): *ABM Clinical Protocol #9. Use of galactagogues in initiating or augmenting the rate of maternal milk secretion*. Breastfeeding Medicine;6(1).

Becker GE (2011): *Methods of milk expression for lactating women*. Cochrane Database of Systematic Reviews.

Becker GE 2015. *Methods of milk expression for lactating women*. Cochrane database Syst Rev 2015.

Forster, D.A. et al (2017): *Advising women with diabetes in pregnancy to express breastmilk in late pregnancy* (Diabetes and Antenatal Milk Expressing [DAME]): a multicentre, unblinded, randomised controlled trial. The Lancet 389, 2204–2213.

Hartmann PE et al (2003): *Physiology of lactation in preterm mothers: Initiation and maintenance*. Pediatric Annals 32(5): 351-5.

Hartmann BT et al (2007): *Best practise guidelines for the operation of a donor human milk bank in Australian NICU*. Early Human Development 83: 667-73.

Hill PD et al (2005): *Milk volume on day 4 and income predictive of lactation adequacy at 6 weeks of mothers of non-nursing preterm infants*. Journal of Perinatal and Neonatal Nursing 19(3): 273-82.

Jones E et al (2001): *A randomised controlled trial to compare methods of milk expression after preterm delivery*. Archives of Disease in Childhood – Fetal and Neonatal Edition 85(2): F91-5.

Kent JC et al (2008): *Importance of vacuum for breastmilk expression*. Breastfeeding Medicine 3(1): 11-19.

Kent JC et al (2011): *Effect of warm breastshields on breast milk pumping*. Journal of Human Lactation;27:331-8.

Lang S (2002): *Breastfeeding special care babies*. Elsevier Limited.

Maastrup R (2014): *Factors associated with exclusive breastfeeding of preterm infants. Results from a prospective national cohort study*. PLOS One 2014.

Morton J et al (2009): *Combining hand techniques with electric pumping increases milk production in mothers of preterm infants*. Journal of Perinatology 29 (11): 757-764.

Nyqvist KH et al (2015): *The Baby Friendly Hospital Initiative for neonatal wards. Core document with recommended standards and criteria*. Nordic and Quebec working group 2015.

Parker LA (2015): *Associations of timing of initiation of breastmilk expression on milk volume and timing of lactogenesis stage II among mothers of very low birth weight infants*. Breastfeed Med 2015.

Prime et al (2012): *Simultaneous Breast Expression in Breastfeeding Women Is More Efficacious than Breast Expression*". Breastfeeding Medicine, oktober, 121005091303009. doi:10.1089/bfm.2011.0139.Sequential 39.

RH (2006). *Udmalkning af modermælk. Vejledning til sundhedspersonale*. Rigshospitalet www.ammevidenscenter.dk

Spicer K (2001). *What every nurse needs to know about breast pumping: Instructing and supporting mothers of premature infants in the NICU*. Neonatal Network;20(4):35-41

Sundhedsstyrelsen (2005): *Notat vedr. donormælk fra rygere*. Sundhedsstyrelsen 24. august 2005.

Tozier PK (2013): *Colostrum Versus Formula Supplementation for Glukose Stabilization in Newborns of Diabetic Mothers*. J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs. 42, 619-628. doi:10.1111/1552-6909.12260.

Videncenter for Amning (1998): *At malke med hånden – at drikke af kop*. Kan bestilles via Komiteen for Sundhedsoplysning på www.sundhedsoplysning.dk

Wambach K et al (2019): *Breastfeeding and Human Lactation*, 6. Edition 2019, ISBN: 978-1-284-15156-5.

Wilson-Clay B et al (2017): *The breastfeeding atlas*. 6. ed. LactNews Press, Texas, USA.

Hjælpemidler

Hjælpemidler skal bruges med omtanke. I mange tilfælde er der ikke dokumentation for, at de virker. Nogle kan ligefrem øge risikoen for problemer. Andre har blot ingen effekt.

Sundhedsstyrelsen opfordrer til, at de offentlige fødesteder så vidt muligt holdes fri for reklamer for spædbarnsprodukter [Sundhedsstyrelsen 2000] – dels fordi nye forældre skal have ro til at lære deres barn at kende og derfor ikke skal tage stilling til diverse produkter, og dels fordi forældrene kan få det indtryk, at produkterne er godkendt af sundhedspersonalet.

I det følgende er hjælpemidlerne beskrevet i alfabetisk rækkefølge.

8.1 Amme-bh

En amme-bh kan være en god støtte, både i graviditeten og i ammeperioden. Især hvis brysterne er meget tunge.

Brysterne ændrer sig i forbindelse med graviditet og fødsel, se [afsnit 4.1.2](#). Der er ikke dokumentation for, at brug af bh kan mindske ændringerne. Men en god bh kan være en aflastning, hvis brysterne er tunge og ømme.

Vælger kvinden at bruge bh i graviditeten og/eller i ammeperioden, er det vigtigt, at den er af bomuld, har en god pasform og er i den rigtige størrelse. Kunststof kan forhindre, at huden kan ånde og derfor øge risikoen for sår og revner, se [afsnit 9.1.2](#). Og hvis bh'en er for stram eller har for lille en bøjle, kan den øge risikoen for tilstoppede mælkegange, se [afsnit 9.2.3](#). Desuden er det mest praktisk, at bh'en er nem at åbne med én hånd.

Dette afsnit bygger på referencen Wambach et al 2019.

8.2 Ammeindlæg

Ammeindlæg kan være en hjælp, hvis brysterne lækker, men kan øge risikoen for infektioner.

Mange kvinder oplever, at mælken løber, både mellem amningerne og fra det andet bryst, mens de ammer. Ammeindlæg kan beskytte tøjet.

Vælger kvinden at bruge ammeindlæg, er det vigtigt, at huden forbliver tør. Hvis ammeindlægget er meget tæt, kan det medvirke til, at huden holdes fugtig og bliver mere sart – og dermed øges risikoen for sår, svamp og bakterielle infektioner, se [afsnit 9.1](#).

Ammeindlæg af papir er ofte meget tætte. Derfor er det en god idé at bruge dem med omtanke og skifte dem tit. Uldne, lanolinholdige indlæg kan holde brystet tørt og varmt, og samtidig lade huden få luft.

Dette afsnit bygger på referencen Wambach et al 2019.

8.3 Ammepude

En ammepude kan bruges som støtte i ryggen eller under den arm, barnet hviler på.

Nogle kvinder har brug for støtte under armen, når de skal finde en ammestilling, hvor de kan slappe helt af, se [afsnit 6.5](#). For tvillingemødre er en god ammepude næsten uundværlig, men ellers er den ikke nødvendig – og barnets dyne kan være et godt alternativ, bl.a. fordi den næsten altid er lige ved hånden.

Vælger kvinden at bruge en ammepude, er det vigtigt, at hun holder barnet tæt ind til sig. Hvis puden bliver brugt som erstatning for moderens arme, kan barnet komme til at hænge og trække i brystet – og dermed belaste brystvorten, selv om barnet har godt fat. Vær opmærksom på, om ammepuden indeholder skadelige kemikalier.

8.4 Ammete

Der savnes god dokumentation for effekten af ammete.

Ammete er et gammelt husråd til kvinder med for lidt mælk. Generelt er der mange metodologiske problemer med de studier, som omhandler brug af urter for at øge mælkeproduktionen. Derfor er konklusionen i

et systematisk review [Mortel et al 2013], at der ikke er evidens for, at urter kan øge produktionen. Man undersøgte fem forskellige urter, som bliver brugt til at øge mælkeproduktionen, deriblandt bukkehornsfrø og mælketidssel.

Vælger kvinden at drikke ammete, er det vigtigt, at hun er opmærksom på, at nogle urter har en opkvikkende effekt ligesom koffein [Lawrence 2016], se [afsnit 4.3](#).

8.5 Brystskaller

Brystskaller kan ikke trække brystvorter frem, som ikke stritter af sig selv.

Kvinder med flade eller indadvendte brystvorter er tidligere blevet opfordret til at prøve at tvinge brystvorterne frem ved at bruge brystskaller i graviditeten. Studier har imidlertid vist, at det ikke virker [The MAIN Trial Collaborative Group 1994].

Vælger kvinden alligevel at bruge brystskaller, er det vigtigt, at hendes bh har en passende størrelse, så skallen bliver holdt på plads uden at blive presset ind i brystvævet.

Problemer med indadvendte brystvorter er beskrevet i [afsnit 9.1.4](#).

8.6 Brystvortecremer

Der mangler dokumentation for, at lanolinsalve, hydrogelkompresser og andre former for cremer, salver, lotions, sprays og lignende har effekt på behandling af ømme og sårede brystvorter.

Et Cochrane review [Dennis et al 2014] viser, at smøring af brystvorten med udmalket modermælk lige efter amning har lige så god eller bedre effekt end salver såsom lanolin på kortvarige smerter på brystvorter.

Derudover findes kun få randomiserede studier af effekten af brystvortecremer [Page et al 2003, Morland-Schultz et al 2005]. Disse studier viser, at problemer med smerter, sår og revner ikke er mindre hos kvinder, som smører deres brystvorter. Samtidig er der risiko for overfølsomhedsreaktioner, se afsnit 9.1.4. Og det kan ikke udelukkes, at brug af brystvortecreme øger risikoen for brystbetændelse [Kinlay et al 2001].

Vælger kvinden alligevel at smøre sine brystvorter med en eller anden creme, er det vigtigt, at den er uskadelig for barnet. Cremer, som indeholder paraffiner, fx vaseline, kan udsætte barnet for en mængde, som er over 40 gange større end det anbefalede daglige maksimum (ADI-værdien) [Noti et al 2003]. Og anvendelse af E-vitamin-olie kan give forhøjet koncentration af E-vitamin i serum hos barnet [Marx et al 1985].

Hvis cremen skal vaskes af, før barnet kan lægges til, er der risiko for, at brystvorterne bliver mere sårbare pga. den hyppige vask.

Problemer med brystvorterne er beskrevet i [afsnit 9.1](#).

8.7 Fingermadning

Fingermadning kan bruges til børn, der kræver mere intensiv stimulation for at sutte.

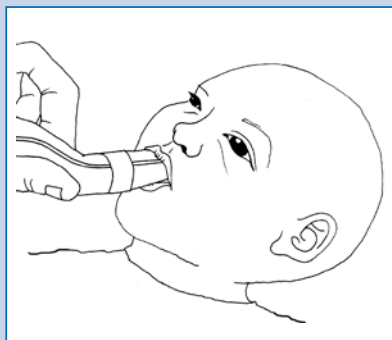
Der er kun sparsom litteratur om fingermadning, selvom det benyttes af flere klinikere som et alternativ til kop til børn, der ikke kan ammes direkte fra brystet [Watson 2013].

Inden fingermadningen er det vigtigt at vaske hænder og sørge for, at neglene er kortklippede.

Figur 10. Fingermadning



En sonde tapes fast langs pegefingeren. Sondens anden ende placeres i en kop mælk.



Barnets søgerefleks stimuleres ved at berøre læberne. Når det åbner munden, føres pegefingeren ind med neglen ned mod barnets tunge.

Ved fingermadning placeres en sonde langs fingeren på den, der giver barnet mad. Enden skal ikke stikke ud over spidsen af fingeren. Den anden ende af sonden placeres i en kop med mælk, så barnet suger mælken op, når det sutter på fingeren. Barnet bevarer således selv kontrollen over mælkeindtaget. Barnets søgerefleks stimuleres ved at berøre læberne, så det åbner munden. Fingeren med sonden føres ind i barnets mund med neglen pegende ned mod barnets tunge, og barnet vil derefter begynde at sutte. [Oddy et al 2003].

Fordelen ved fingermadning er, at det er muligt at give et barn, der kræver mere intensiv stimulation, mad uden at skulle introducere flaske eller duodenal sonde. Fingermadning er brugt med effekt til børn født præmaturot [Oddy et al 2003], til børn med neurologiske problemer og til børn med stramt tungebånd [Watson 2013].

8.8 Kop, ske og sprøjte

Kop kan bruges, hvis et maturot barn midlertidigt skal have udmalket modermælk eller modermælkserstatning som supplement til amningen.

Et randomiseret studie [Howard et al 2003] har vist, at mature børn, som fik tilskud mere end 2 gange i de første dage, blev ammet længere, hvis tilskuddet blev givet med kop frem for flaske. En forklaring kan være, at barnet ikke spiser mere, end det har brug for og derfor beder om brystet oftere. En anden forklaring kan være, at koppen ikke sætter spørgsmålstegn ved moderens evne til at opfylde barnets behov, fordi den signalerer, at der er tale om et midlertidigt supplement. Hjerterytme, respiration og iltmætning er ens under flaske- og kopmadning hos mature børn [Howard et al 1999].

Vælger kvinden at give udmalket mælk eller modermælkserstatning med en kop, er det vigtigt, at hun bliver fortrolig med teknikken, så barnet får præcis, hvad det skal have, se boks. Hvis barnet udelukkende bliver madet med kop i længere tid, skal moderen være forberedt på, at barnet måske skal vænne sig til brystet igen bagefter [Cloherty et al 2005]. I så fald kan det være en idé at starte forfra, se [afsnit 6.4.1](#).

Teske og sprøjte er andre alternativer til sutteflasken, men det kan være svært at lade barnet bestemme farten – og hverken virkning eller bivirkninger er undersøgt.



Kopmadning – skridt for skridt

- Fyld en lille plastikkop, fx et medicinbæger, halvt op.
- Giv barnet en stofble om halsen, så det ikke fægter for meget med armene og skubber til koppen.
- Anbring barnet oprejst på skødet, så I kan have øjenkontakt.
- Støt barnets ryg, nakke og baghoved med den ene arm.
- Sæt koppen til barnets underlæbe – og undlad at hælde mælken ind i barnets mund.
- Lad barnet lappe mælken op med tungen i sit eget tempo.
- Vip koppen, så mælken lige præcis rører overlæben under hele måltidet.
- Vær opmærksom på, om barnet har brug for bøvsepauser undervejs.

En Cochrane analyse [Flint et al 2007] har konkluderet, at kopmadning ikke kan anbefales til børn født præmaturo. Det har ikke umiddelbart nogen fordele, og børnene er indlagt i længere tid. Amning af børn født præmaturo er beskrevet i [afsnit 11.12](#).

Der findes en dvd om kopmadning på dansk og engelsk *At malke med hånden – og drikke af kop* [Videnscenter for Amning 1998]. Dvd'en er et godt supplement til personalets mundtlige vejledning.

8.9 Lact-aid

Et lact-aid-system kan bruges, hvis barnet er i stand til at sutte, men midlertidigt skal have udmalket modermælk eller modermælkserstatning som supplement til amningen.

Med et lact-aid-system bliver barnet ammet – og får samtidig ekstra mælk gennem en sonde, som ligger langs moderens bryst og stikker få millimeter ud over spidsen af brystvorten. Systemet er tidsbesparende for moderen, da hun ammer og giver supplement på én gang.

Et lact-aid-system forstyrrer amningen mindre end flaske og kop, fordi barnet kan få præcis, hvad det skal have i sit eget tempo. Samtidig ligger det ved brystet og sutter, så mælkeproduktionen bliver stimuleret.

Lact-aid-systemet kan købes færdigt eller laves af en tynd sonde (0,4-0,6 mm), som tapes fast på brystet over areola. Den anden ende af sonden anbringes i en kop med mælk, så barnet suger mælken op, når det sutter ved brystet. Det er vigtigt, at barnet selv regulerer flowet, medmindre den konkrete situation kræver noget andet.

Hvis moderen har for lidt mælk, kan barnet få modermælkserstatning i sonden. Bliver barnet mæt for hurtigt til at stimulere mælkeproduktionen tilstrækkeligt, kan systemet tages i brug, når barnet er godt i gang med at sutte ved brystet. Samtidig kan flowet reguleres ved at slå en knude på sonden og stramme den mere eller mindre eller ved at sætte sonden på en engangssprøjte og lade barnet trække stemplet ned, mens det sutter.

Vælger moderen at supplere med udmalket mælk eller modermælkserstatning med et lact-aid-system, er det vigtigt, at hun bliver fortrolig med teknikken, så hun kan få en god oplevelse fra starten.

Lact-aid-systemet kan købes færdigt eller laves af en tynd sonde (0,4-0,6 mm), som tapes fast på brystet over areola.



Når man anvender lact-aid, er det vigtigt at være opmærksom på, at man ved brug af sonder, må betragte disse som engangsmateriale, også i eget hjem.

Dette afsnit bygger på referencen Wambach et al 2019.

8.10 Niplette

Der er ikke dokumentation for, at en niplette kan få en brystvorte til at stritte.

Nipletten, som ligner et fingerbøl, blev introduceret i behandlingen af indadvendte brystvorter for omkring 15 år siden. Den anbringes over brystvorten og kan – forbundet til en engangssprøjte – danne et konstant undertryk i længere tid. Ideen er, at den skal tvinge brystvorterne frem ved at strække mælkegangene.

Nipletten er udviklet af engelske plastikkirurger som et alternativ til en kosmetisk kirurgisk korrektion, der ødelægger mælkegangene. Der er ikke dokumentation for, at den virker [McGeorge 1994].

Vælger kvinden alligevel at bruge en niplette, kan hun lige så godt bruge en engangssprøjte, som er langt billigere. Enden med spidsen skæres af og stemplet sættes i [Kesaree 1993]. I øvrigt skal kvinden være opmærksom på, at stimulation af brystvorterne i 3. trimester kan fremprovokere veer [Lawrence 2016].

Problemer med indadvendte brystvorter er beskrevet i [afsnit 9.1.4](#).

8.11 Omslag, varme og kolde

Varme omslag kan tilsyneladende både forebygge og reducere smerter i brystet.

Mange kvinder oplever en smertelindrende effekt ved at bruge varme omslag på ømme, spændte bryster efter amning, men virkningen er ikke dokumenteret [Wambach et al 2019]. En systematisk gennemgang af den tilgængelige dokumentation [Page et al 2003] viser imidlertid, at varme omslag er effektive, både til forebyggelse og behandling af smerter i brystvorterne.

En Cochrane analyse [Snowden et al 2001] har vist, at kolde omslag ikke har nogen effekt på brystspænding.

Problemer med brystvorterne er beskrevet i [afsnit 9.1](#), og problemer relateret til brystet er beskrevet i [afsnit 9.2](#).

8.12 Strandskaller

Strandskaller kan muligvis forværre situationen, hvis brystvorterne er angrebet af bakterier eller svamp.

Anvendelse af strandskaller i behandlingen af smerter og sår på brystvorterne blev introduceret i Danmark for omkring 15 år siden, men virkningen er ikke dokumenteret. Sår og revner på brystvorterne er ofte ledsaget af infektion med bakterier og/eller svamp, se [afsnit 9.1.3](#) og [9.1.4](#) – og det kan ikke udelukkes, at strandskaller kan gøre ondt værre.

8.13 Sut

Sut kan give problemer med mælkeproduktionen, hvis den bliver brugt, så barnet ikke bliver tilbudt brystet tilstrækkeligt ofte.

En række observationsstudier, inkl. et multicenterstudie i 17 lande [Nelson et al 2005], har vist et sammenfald mellem brug af sut og tidligt ammeophør. En gennemgang af den tilgængelige dokumentation [Adair 2003] konkluderer, at sutten er en markør, men ikke er skyld i problemerne. Et nyere randomiseret studie [Howard et al 2003] har imidlertid fundet, at sutten kan være årsag til problemer med amningen. Børn, som fik sut inden for de første 2-5 dage, blev ammet i kortere tid end børn, som først fik sutten efter 4 uger.

Ældre ultralydsundersøgelser har vist, at sutteteknikken på bryst og sut/sutteflaske er forskellig [Woolridge 1986]. Derfor har den almindelige forklaring tidligere været, at sutten giver problemer med amningen, fordi barnet bliver forvirret.

Kvalitative undersøgelser tyder imidlertid på, at problemerne i højere grad skyldes, at børn, som bruger sut, bliver tilbudt brystet for sjældent og for kort tid ad gangen til at stimulere mælkeproduktionen tilstrækkeligt. Enten fordi der er længere pauser imellem, at barnet beder om brystet, eller fordi moderen ikke lægger det til brystet ofte nok og begrænser varigheden af amningen [Victoria et al 1997]. Et svensk studie [Aarts et al 1999] har vist, at børn, som bruger sut hyppigt, bliver ammet 1 gang (15-30 minutter) mindre på 24 timer end børn, som ikke bruger sut.

Det er derfor en god idé at vente med at introducere sutten, indtil mælkeproduktionen er rigelig, barnet er god til at få fat om brystet, og moderen er tryk ved amningen.

I øvrigt har et randomiseret studie [Carbajal et al 2003] vist, at amning har en smertelindrende effekt på barnet, som er mindst lige så effektiv som kombinationen af sut og sukkervand. Et andet [Kramer et al 2001] har vist, at sutten ikke reducerer spædbarnets gråd. Smertefulde procedurer hos spædbarnet er beskrevet i [afsnit 6.2.4](#).

Vælger forældrene, at barnet skal have sut, er det vigtigt, at de er opmærksomme på, at barnet ikke sover for længe ad gangen, fordi det har en sut i munden. En gammeldags rund sut falder lettere ud, når barnet slapper af.

Der er ikke dokumentation for, at de nyere 'anatomiske' sutter er mindre skadelige for amningen [Sundhedsstyrelsen 2011].

8.14 Suttebrikker

Suttebrik kan påvirke ammevarigheden, men kan være en god løsning i særlige tilfælde.

I 2019 udkom en dansk klinisk retningslinje for anvendelse af suttebrik under ammeetablering [Frandsen et al 2019]. *Her anbefales det at undgå at anvende suttebrik som førstevalg til at løse amme problemer under ammeetableringen, idet anvendelse af suttebrik kan forkorte den eksklusive ammeperiode for såvel præmature som mature børn og ikke fremmer tidligere etablering af eksklusiv amning af det præmature barn.*

I Danmark anvender 29 % af mødre til mature børn suttebrik [Kronborg et al 2016] og 54 % af mødre til præmature børn [Maastrup et al 2014]. Et dansk studie viser, at suttebrikken har betydning for ammevarigheden. Det viser, at 4 måneder efter fødslen ammede 31 % af de mødre, der brugte suttebrik i hele ammeperioden, 56 % af de mødre, der havde brugt suttebrik i begyndelsen og 68 % af de mødre, der ikke havde brugt suttebrik på noget tidspunkt. Det ser ud, som om risikoen for tidligt ammeophør i forbindelse med brug af suttebrik er større for førstegangs-fødende end for flergangsfødende [Kronborg et al 2016].

Suttebrikker anvendes hovedsagelig i forbindelse med smerter ved amning, herunder sår og revner på brystvorterne og problemer med at få barnet til at tage fat om brystet. Disse problemer kan enten være relateret til moderen, såsom flade/indadvendte brystvorter eller voldsom brystspænding, eller de kan være relateret til barnet, såsom dårlig sutteteknik og utålmodigt barn [Kronborg et al 2016].

Når det i den kliniske retningslinje anbefales at undgå suttebrik i ammeetableringen, skal det forstås sådan, at der benyttes andre løsningsmuligheder i vejledningen end anvendelsen af en suttebrik, da den skal ses som en markør for amme problemer. Suttebrikken er en nem løsning, der ikke nødvendigvis er en ammestøttende løsning på længere sigt. Især for den førstegangs fødende og uerfarne ammende mor. Det anbefales, at amme problemet vurderes systematisk ud fra et helhedsperspektiv, hvor løsningen af amme problemet bør tage udgangspunkt i det aktuelle pro-

blem, moderens ønske, forudsætninger, samt tro på, at hun kan amme, som hun ønsker det [Frandsen et al 2019].

I stedet for introduktion af suttebrik kan følgende prøves [Frandsen et al 2019]:

- At stimulere nedløbsrefleksen inden barnet lægges til brystet
- At lokke barnet til at tage fat ved at håndmalke mælk i barnets mund/brystkompression
- At forme brystvorten og guide barnet i korrekt sutteteknik
- At benytte laid back breastfeeding
- At benytte andre amместillinger
- At starte forfra med uforstyrret hud mod hud-kontakt
- At tilbyde brystet ved alle måltider til mature børn. Præmature børn tilbydes brystet, når de viser, at de er klar.

Påsætning og amning med suttebrik

- Vær opmærksom på suttebrikkens størrelse
- Fugt kanten, så den sidder bedre fast
- Vend indersiden så godt som helt ud
- Påsæt suttebrik symmetrisk om brystvorten
- Håndudmalk evt. en smule mælk ind i brikken
- Tjek barnets sutteteknik
- Massér evt. brystet under amning
- Stimuler mælkeproduktionen ved indikation
- Observer barnets trivsel.

Den sundhedsprofessionelle kan drøfte problematikken med en kollega, før suttebrikken introduceres. Når andre muligheder er afprøvet uden at løse problemet, kan suttebrikken være det, der redder amningen for et mor/barn-par. Det er vigtigt at introducere suttebrikken som en

midlertidig løsning, indtil problemet er løst. Vælger moderen at bruge suttebrik, er det vigtigt, at hun er opmærksom på, at barnet får tilstrækkeligt mælk, og at hun evt. stimulerer mælkeproduktionen ved at malke ud efter amning. Det gælder specielt, hvis amningen endnu ikke er etableret, hvis barnet i forvejen har svært ved at danne et godt vakuum, eller hvis moderen har problemer med mælkeproduktionen. I overgangen mellem fødestedet og sundhedsplejen er det vigtigt, at sundhedsplejen informeres om brug af suttebrik, så der sikres opfølgning på barnets vægtøgning. Desuden er det vigtigt, at suttebrikkens diameter passer til moderens brystvorte.

Flere kvalitative studier peger på, at suttebrikken i nogle tilfælde afhjælper svære amninger og opleves som afgørende for, at amningen lykkes [Kronborg et al 2016, Hanna et al 2012]. Mødre med positive oplevelser med at anvende suttebrik, anbefaler andre mødre at anvende suttebrik ved behov. Det bliver mere besværligt at amme, men opvejes af de gode oplevelser ved amningen [Frandsen et al 2019]. Andre mødre beskriver, at suttebrikken er upraktisk, svær at få til at sidde godt på brystet og kan opleves som en barriere mellem mor og barn. Nogle mødre oplever, at barnet vænner sig til suttebrikken, som efterfølgende er svær at afvænne. Mødrene understreger, at anvendelse af suttebrik ikke kan erstatte ammevejledning og -støtte, og dermed kan suttebrikken ikke stå alene [Kronborg et al 2016].

Når mor og barn er klar til at undvære suttebrikken, kan det være en god idé at 'starte forfra' med barnet hud mod hud, begynde med at fjerne suttebrikken, når måltidet er godt i gang og efterhånden gennemføre hele måltider uden brikken, evt. først om natten eller på andre tidspunkter, hvor både mor og barn slapper af.

Anvendelse af suttebrik til børn født præmaturot er beskrevet i [afsnit 11.12](#).

Rengøring af ammeudstyr er beskrevet i bilag 3.

8.15 Sår-forbindinger

Hydrogelforbindinger kan muligvis øge risikoen for infektion på brystvorterne.

Hydrogelforbindinger er introduceret i behandlingen af sår og revner på brystvorterne inden for de seneste 10-15 år. Forbindingerne er udviklet

til almindelig sårbehandling, hvor de skaber et fugtigt miljø, der fremmer helingen. Og det er uvist, hvad der sker, når forbindingerne kommer i kontakt med modermælken.

Anvendelsen af sår-forbindinger på brystvorterne er undersøgt i tre randomiserede studier [Brent et al 1998, Benbow et al 2003, Dodd et al 2003], som viser en smertelindrende effekt. I det ene studie blev der imidlertid fundet en øget risiko for infektion på brystvorterne [Brent et al 1998].

8.16 Te-si og andre brystvortebeskyttere

En te-si eller lignende kan beskytte en beskadiget brystvorte.

En brystvortebeskytter, som anbringes i bh'en mellem amningerne, kan sikre, at brystvorten får luft og ikke hænger fast i tøjet.

Vælger kvinden at bruge en brystvortebeskytter, er det vigtigt, at hendes bh har en passende størrelse, så beskytteren bliver holdt på plads uden at blive presset ind i brystvævet.

Brystvortebeskyttere findes i forskellige udgaver. En te-si af plastik, hvor hanken er fjernet, er en god og billig model.

Referencer til kapitel 8

Aarts C et al (1999): *Breastfeeding Patterns in Relation to Thumb Sucking and Pacifier Use*. Pediatrics 104(4): e50.

Adair SM (2003): *Pacifier Use in Children: A Review of Recent Literature*. Pediatric Dentistry 25: 449-458. presentation.

Benbow M et al 2003: *A Comparative Study of the Effectiveness of MOTHERMATES Hydrogel Dressing Versus the Use of Expressed Breast Milk and Educational Methods with Lactating Mothers*. ILCA poster presentation.

Brent N et al (1998): *Sore Nipples in Breast-feeding Women: a clinical trial of wound dressings vs conventional care*. Arch Pediatr Adolesc Med 152: 1077-1082.

Carbajal R et al (2003): *Analgesic effect of breast feeding in term neonates: Randomised controlled trial*. BMJ 326: 13.

Chertok I (2009): *Reexamination of ultra-thin nipple shield use, infant growth and maternal satisfaction*. Journal of Clinical Nursing:18;2949-55.

Cloherly M et al (2005): *The Cup-Versus-Bottle Debate: A Theme From an Ethnographic Study of the Supplementation of Breastfed Infants in Hospital in the United Kingdom*. Journal of Human Lactation 21(2): 151-162.

Dennis et al (2014): *Interventions for Treating Painful Nipples among Breastfeeding Women*. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*. The Cochrane Collaboration, ed. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007366.pub2>, accessed December 15, 2016.

Dodd V et al (2003): *Comparing the use of hydrogel dressings to lanolin ointment with lactating mothers*. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing 32(4): 486-94.

Ekström A et al (2014): *Women's Use of Nipple Shields—Their Influence on Breastfeeding Duration After a Process-Oriented Education for Health Professionals*. Breastfeed Med. 2014 Nov; 9(9):458–66.

Flint A et al (2007): *Cup feeding versus other forms of supplemental enteral feeding for newborn infants unable to fully breastfeed*. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2, Art. No. CD005092.

Frandsen A et al (2019): *Klinisk retningslinje for anvendelse af suttebrik under ammeetablering*, Center for kliniske retningslinjer, https://cfkr.dk/media/363795/kr_etablering_af_amning_final_-1.pdf

Hanna S et al (2012): *A description of breast-feeding outcomes among U.S. mothers using nipple shields*. Midwifery [Internet]. 2012 Oct 30 [cited 2012 Oct 30]; Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613812000769>

Howard CR et al (2003): *Randomized Clinical Trial of Pacifier Use and Bottle-Feeding or Cupfeeding and Their Effect on Breastfeeding*. Pediatrics 111: 511-18.

Howard CR et al (1999): *Physiologic Stability of Newborns during Cup- and Bottlefeeding*. Pediatrics 104(5): 1204-7.

Kesaree N et al (1993): *Treatment of Inverted Nipples Using a Disposable Syringe*. Journal of Human Lactation 9: 27-29.

Kinlay JR et al (2001): *Risk factors for mastitis in breastfeeding women: results of a prospective cohort study*. Aust N Z J Public Health 25(2): 115-20.

Kramer MS et al (2001): *Pacifier Use, Early Weaning, and Cry/Fuss Behavior – a randomized controlled trial*. JAMA 286: 322-26.

Kronborg H et al (2016): *Why do mothers use nipple shields and how does this influence duration of exclusive breastfeeding?: Use of nipple shield*. Matern Child Nutr. 2016;n/a-n/a.

Lawrence RA et al (2016): *Breastfeeding – a guide for the medical profession* (8. edition 2016).

Maastrup R et al (2014a): *Factors associated with exclusive breastfeeding of preterm infants. Results from a prospective national cohort study*. PLoS ONE 2014 Feb 9(2): e89077.

- Marx CL et al (1985): *Vitamin E concentrations in the serum of newborn infants after topical use of vitamin E by nursing mothers*. Am J Obstet Gynecol 152: 668-70.
- McGeorge DD (1994): *The 'Nipplette': an instrument for the non-surgical correction of inverted nipples*. British Journal of Plastic Surgery 47: 46-49.
- McKechnie AC et al (2010): *Nipple Shields: A Review of the literature*. Breastfeeding Medicine:5(6);309-14.
- Morland-Schultz K et al (2005): *Prevention of and therapies for nipple pain: a systematic review*. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 34(4): 428-37.
- Mortel M et al 2013. *A systematic review of the efficacy of herbal galactagogues*. Journal of Human Lactation 2013
- Nelson EA et al (2005): *International Child Care Practices Study: Breastfeeding and Pacifier Use*. Journal of Human Lactation 21(3): 289-95.
- Noti A et al (2003): *Exposure of babies to C15-C45 mineral paraffins from human milk and breast salves*. Regulatory Toxicology and Pharmacology 38: 317-25.
- Oddy WH & Glenn K. 2003. *Implementing the Baby Friendly Hospital Initiative: The Role of Finger Feeding*. Breastfeeding Review 11 (1): 5-9.
- Page T et al (2003): *Management of nipple pain and/or trauma associated with breastfeeding: a systematic review*. JBI Reports 1: 127-147.
- Powers D, Tapia VB (2004). *Women's Experiences Using a Nipple Shield*. J Hum Lact. 2004 Aug 1;20(3):327-34.
- Snowden HM et al (2001): *Treatments for breast engorgement during lactation*. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2, Art. No. CD000046.
- Sundhedsstyrelsen 24. marts (2000): *Vedrørende reklamer på fødeafdelingerne*. Brev til fødeafdelinger, barselsafdelinger, amternes sundhedsudvalg, H:S, embedslægeinstitutioner og amtsjordemødre. J.nr. 484-6-99/TP.
- Sundhedsstyrelsen (2011): *Forebyg vuggedød – og undgå skæv hovedfacon og fladt baghoved*. Til Sundhedspersonalet.
- The MAIN Trial Collaborative Group (1994): *Preparing for breast feeding: treatment of inverted and non-protractile nipples in pregnancy*. Midwifery 10: 200-214.
- Victora CG et al (1997): *Pacifier Use and Short Breastfeeding Duration: Cause, Consequence, or Coincidence?* Pediatrics 99: 445-53.
- Videnscenter for amning (1998): *At malke med hånden – at drikke af kop*. Kan bestilles på www.kfsbutik.dk
- Wambach K et al (2019): *Breastfeeding and Human Lactation*, 6. Edition 2019, ISBN: 978-1-284-15156-5.
- Watson GC (2013): *Supporting Sucking Skills in Breastfed Infants*. 2nd edition. Jones & Bartlett Learning USA.
- Woolridge MW (1986): *The anatomy of infant sucking*. Midwifery 2: 164-71

Almindelige ammeproblemer

Det er ikke ualmindeligt, at der kan opstå større eller mindre problemer med amningen. Kvinder, der oplever problemer med amningen er i højere risiko for at stoppe amningen, tidligere end de havde planlagt [Wagner et al 2013]. Et nyt dansk studie [Nilsson 2016] viser, at næsten halvdelen af mødrene oplever problemer med amning.

Almindelige ammeproblemer kan skyldes:

- at barnet ikke har godt fat om brystet og ikke sutter effektivt
- at barnet ikke bliver tilbudt brystet ofte og længe nok
- at moderen er anspændt, når hun ammer.

Ammer moderen som beskrevet i kapitel 6 om det normale ammeforløb, er der nedsat risiko for, at hun får problemer med amningen. Når der er problemer med amningen, kræver det tid og tålmodighed fra såvel forældrenes som personalets side.

Problemer, som skyldes særlige forhold hos moderen eller barnet, er beskrevet i [kapitel 10](#) og [11](#). Hvis amningen giver for store problemer, kan moderen vælge at malke ud til barnet, amme delvist eller alene give modermælkserstatning, se [afsnit 9.5](#).

9.1 Brystvorterne

Problemer med brystvorterne omfatter både ømhed, sår, svamp og eksem samt tilstande, hvor den ene eller begge brystvorter er indadvendte. Smerter i brystvorterne er en af de mest almindelige årsager til at stoppe amning tidligt.

9.1.1 Ømme brystvorter

Problemer med ømme brystvorter kan normalt løses, hvis barnet får godt fat om brystet, og hvis moderen er afslappet og tilbyder brystet ofte.

Mange kvinder oplever smerter i brystvorten i de første uger, lige når barnet tager fat. Smerterne forsvinder i løbet af et par minutter og kan

evt. lindres med dybe vejrtrækninger. Smerterne er en fysiologisk reaktion, som ikke kan forebygges – og det er vigtigt, at moderen er forberedt på, at de kan være stærke, se [afsnit 6.1](#).

Fortsætter smerterne, efter at mælken er begyndt at løbe, skyldes det næsten altid, at barnet ikke har godt fat om brystet. I nogle tilfælde har brystvorten tydeligt en ændret form, lige når barnet har givet slip på brystet. Har brystvorten facon som spidsen af en ny læbestift, kan det være tegn på, at barnet sutter for yderligt.

Ømme brystvorter kan også skyldes, at barnet sutter meget energisk. I starten kan brystvorterne blive ømme, fordi barnet sutter på et bryst, som kun indeholder lidt mælk. Senere kan ømheden skyldes, at barnet bliver lagt til for sjældent og derfor er meget sultent. Eller at moderen er anspændt, hvilket kan hæmme nedløbsrefleksen og medføre at mælken ikke løber så let.

Nogle børn danner et kraftigt vakuum, når de sutter, hvilket kan give moderen smerter ved amning. I en undersøgelse målt barnets vakuum hos mødre, der af uforklarlige grunde havde ondt, og hvor det ikke kunne løses ved korrektion af sutteteknik. Dette blev sammenlignet med vakuum i en lignende gruppe af mødre, der ikke havde smerter. Barnets undertryk i gruppen af smertepåvirkede kvinder målt op imod 1/3 kraftigere end i den smertefri gruppe. Smerterne kunne afhjælpes ved, at moderen brugte suttebrik. Efter en periode aftog smerterne spontant [McClellan et al 2008].

Hvis smerter i brystvorterne ikke tages alvorligt, er der risiko for udvikling af sår og revner.

Den bedste løsning er at sørge for, at barnet får godt fat, tilbyde brystet hyppigt og prøve at slappe af. Nogle gange er det tilstrækkeligt at ændre barnets placering i forhold til brystet. Laid back breastfeeding har vist god effekt i forhold til smerter ved amning. Barnets medfødte reflekser stimuleres, så barnet gaber højt op og får godt fat om brystet. Barnet er helt tæt til mors bryst og der er derfor ikke så stort træk i brystvorten. [Milinco et al 2020], se afsnit [6.5.1](#). Andre gange er det nødvendigt at 'starte forfra', se [afsnit 6.4.1](#). Hvis problemerne skyldes, at moderen er anspændt, er det vigtigt at prøve at finde ud af hvorfor.

Hvis barnet har godt fat, og mælken løber, kan barnet sutte meget længe, uden at brystvorterne bliver ømme.

I øvrigt kan et kort, stramt tungebånd hos barnet give anledning til smerter i brystvorterne, se [afsnit 11.13](#).

Senere i ammeforløbet kan brystvorterne blive ømme pga. hormonelle forandringer i forbindelse med menstruationscyklus eller ny graviditet, se afsnit 10.11.

Dette afsnit bygger på referencerne Wambach et al 2019 og Wilson-Clay et al 2013.

9.1.2 Sår og revner

Problemer med sår på brystvorterne kan ofte løses, hvis barnet får godt fat om brystet.

Sår og revner kan opstå, hvis smerter i brystvorterne ikke tages alvorligt, se [afsnit 9.1.1](#). Når der er kommet sår på brystvorterne, er det fristende at amme med en suttebrik, at trække tiden mellem amningerne med en sut eller give en flaske for at springe et måltid helt over. Disse tiltag kan ofte afhjælpe symptomerne akut, men de løser ikke problemet, se kapitel 8.

Sår og revner på brystvorterne skyldes for det meste, at barnet ikke har godt fat om brystet, se fotos herunder. Sårets form og placering kan bidrage til at indkredse årsagen til problemet. Hvis såret har form som en streg hen over spidsen af brystvorten, har barnet fat for yderligt. Dækker såret det meste af spidsen, kan det skyldes, at barnet sutter for energisk. For kraftigt vakuum på en brystpumpe kan give den samme skade.

Sidder såret på areola, er barnets overlæbe sandsynligvis for langt inde på brystet. Sår i overgangen mellem brystvorte og areola kan skyldes, at moderen bruger en suttebrik eller en brystpumpe med en tragt, som er for lille, se foto A og B [side 141](#) samt [afsnit 7.3](#) [Milinco et al 2020].



Sår, der sidder hen over spidsen af brystvorten, skyldes ofte dårlig sutteteknik.

Afhjælpning

Når barnet får godt fat, vil smerten i de fleste tilfælde lette med det samme og forsvinde i løbet af et døgn eller to, og sår kan hele i løbet af en uges tid. Laid back breastfeeding, hvor barnet ligger helt tæt på mors krop, kan give barnet bedre mulighed for at få godt fat om brystet og derved ikke trække så meget i brystvorten, og smerterne aftager.

Normalt er det tilstrækkeligt med almindelig daglig hygiejne. Hvis der er sår og revner på brystvorterne, er det vigtigt at vaske brystet dagligt med varmt vand og en mild sæbe efterfulgt af skylning [Wilson-Clay et al 2013]. Det reducerer også risikoen for infektion, hvis moderen holder en god håndhygiejne og undgår direkte berøring af brystvorterne. Rent vand til at skylle såret med er lige så effektivt som saltvandsopløsning [Fernandez et al 2016].

Tips til akut aflastning af smerter i brystvorterne

Det kan hjælpe, hvis moderen prøver:

- at tilbyde brystet, så snart barnet viser tegn på sult
- at få mælken til at løbe, før barnet lægges til
- at malke lidt ud med hånden, hvis barnet har svært ved at få fat, fordi brystet er spændt
- at lægge barnet til den mindst ømme side først
- at sørge for at barnet får godt fat om brystet – og ligger helt tæt ind til mors krop
- at starte forfra, hvis barnet har svært ved at få godt fat
- at slappe af – og trække vejret dybt og roligt
- at prøve forskellige ammestillinger. Tilbagelænet ammestilling kan aflaste, så der ikke kommer så meget træk i brystvorten, når barnet har fat
- at stikke en finger ind i barnets mundvig, før det tages fra
- at lade modermælk tørre på brystvorterne.

Der er generelt ikke dokumentation for, at hjælpemidler kan forebygge eller behandle smerter og sår. Et Cochrane review [Dennis et al 2016] viser, at forbindinger med glyceringel, ammeindlæg med lanolin eller lanolinsalve alene ikke har større effekt på smerter, sår og revner, end at moderen lader lidt mælk tørre på brystvorterne efter amning. Alle studier viste, at uanset hvilken behandling, der blev brugt til behandling af smerter i brystvorterne, aftog smerterne til lave niveauer efter 7-10 dage. Nogle hjælpemidler kan ligefrem forværre situationen som fx strand-skaller og hydrogelforbindinger, se [afsnit 8.12](#) og [8.15](#). En række tiltag, som kan give akut aflastning, er samlet i boksen [side 169](#).

Problemer med heling

Forsinket heling kan skyldes, at sår og revner er inficeret med bakterier eller svamp. Vedvarende problemer med sår og revner bør derfor ses af en læge, da de kan være behandlingskrævende. En bakterieinfektion behandles lokalt med antibiotika. Hvis såret ikke heler, skal der podes eller tages mælkeprøve og behandles systemisk med antibiotika [Berens et al 2016]. Ved svampeinfektion behandles både mor og barn, se [afsnit 9.1.3](#). Hvis sår og revner på brystvorterne ikke tages alvorligt og behandles i tide, er der øget risiko for udvikling af mælkestase og infektion i brystet, se [afsnit 9.2.2](#) og [9.2.5](#).

Hvis det gør for ondt at lægge barnet til, kan moderen holde ammepause på det ene eller begge bryster en dag eller to. Mælkeproduktionen oprettholdes ved at malke ud. Håndudmalkning er mest skånsomt, se [afsnit 7.2](#). Barnet kan få den udmalkede mælk med en kop, se [afsnit 8.8](#). Efter et par dage kan barnet lægges til igen. Ønsker moderen ikke at holde ammepause, kan hun vælge at bruge en suttebrik, se [afsnit 8.14](#).

Dette afsnit bygger på referencerne Wambach et al 2019 og Wilson-Clay et al 2013.

9.1.3 Svamp

Ved svampeinfektion er det vigtigt, at både mor og barn behandles.

En svampeinfektion kan opstå, når immunforsvaret svækkes pga. sygdom eller stress, fx efter en fødsel. Svamp forårsages af candida albicans, som normalt findes i balance med andre mikroorganismer på hud og slimhinder. En antibiotikabehandling skaber en ubalance, som kan give anledning til en svampeinfektion [Wambach et al 2019, Wilson-Clay et al 2013].



Huden på og omkring brystvorten er skinnende, klart rød som tegn på svampeinfektion.



Barnet kan have svamp i munden og være urolig under amning.

En svampeinfektion er karakteriseret ved stærke, brændende/kløende/sviende smerter, som stråler fra brystvorten ind i brystet, både mens barnet sutter og mellem amningerne. Huden på brystet kan være skinnende eller skællet og rød. Der kan være sår/revner på brystvorterne med/uden bakteriel infektion og evt. dårlig sårheling. I enkelte tilfælde ses hvide belægninger i brystvortens folder eller på areola. Moderen kan også have en vaginal svampeinfektion, samt hvide belægninger og rødme af huden omkring anus. Hvis hun har haft en vaginal svampeinfektion i slutningen af graviditeten, kan hun have smittet barnet under fødslen. Svamp bliver sjældent påvist i sår eller mælkeprøver – og en svampeinfektion på brystvorterne er ikke nødvendigvis ledsaget af objektive symptomer. Diagnosen stilles derfor ofte ud fra kliniske symptomer hos moderen, især de karakteristiske stærke smerter [Francis-Morrill et al 2004, Wiener et al 2006]. Det er vigtigt at udelukke Raynauds syndrom, se [afsnit 10.13](#).

Mor og barn behandles samtidigt med et lokalt svampedræbende medikament. Svamp andre steder hos mor og/eller barn og svamp hos familiemedlemmer skal også behandles, da der ellers er øget risiko for tilbagevendende svampeinfektioner. Virker lokalbehandling ikke, kan det være nødvendigt med en systemisk behandling af moderen [Kaplan et al 2015, Berens et al 2016].

Der er ikke observeret uønskede virkninger hos ammede børn ved systemisk behandling af svampeinfektion hos moderen [Kaplan et al 2015].

Er brystvorterne angrebet af både svamp og bakterier, skal behandlingen rettes mod begge infektioner samtidigt [Berens et al 2016]. I øvrigt kan det være hensigtsmæssigt med medicinsk smertelindring med paracetamol, så moderen kan slappe af, når hun ammer. Hvis det gør for ondt at lægge barnet til brystet, kan moderen malke ud, se [kapitel 7](#).

En række praktiske tiltag kan øge sandsynligheden for, at svampeinfektionen forsvinder, og nedsætte risikoen for, at den vender tilbage [Wambach et al 2019, Wilson-Clay et al 2013]. Forældrene skal vide, at det er ekstra vigtigt at være omhyggelig med hygiejnen. Det betyder bl.a.:

- at eventuelle ammeindlæg skal udskiftes efter hver amning
- at undertøj, sengetøj og håndklæder skal vaskes ved mindst 60 °C
- at sutter, flasker, suttebrikker og brystpumper skal rengøres og koges ved 100 °C i minimum 5 minutter hver dag (se desuden [bilag 3](#)).

Desuden anbefales det, at forældrene bruger kondom ved samleje – dette for at mindske smitterisikoen og afbryde smittevejen.

9.1.4 Brystvorteeksem

Eksem på brystvorterne kan forebygges ved at undgå det, som udløser reaktionen.

Alle påvirkninger, som kan give hudreaktioner andre steder på kroppen, kan også give reaktioner på brystvorterne. Og kvinder med atopisk eksem har større risiko for at udvikle brystvorteeksem. Udslæt på brystvorterne kan således opstå som en reaktion på bl.a. sæbe, shampoo, creme, deodorant, vaskepulver, kunststof, uld og klorvand (svømmehal). En suttebrik eller en brystpumpe samt lokalbehandling med en creme kan også forårsage en reaktion [Wilson-Clay 2017].

Behandlingen består i at undgå eller fjerne det, som udløser reaktionen, lade brysterne få lys og luft, undgå brystvortecreme og engangsammeindlæg, bruge bomuldstøj, vælge allergitestet vaskepulver, og eventuelt anvende en steroidcreme i lav styrke, som vaskes af inden amning [Wambach et al 2019].

Hvis det gør for ondt at lægge barnet til brystet, kan moderen malke ud, se [kapitel 7](#).

9.1.5 Indadvendte brystvorter

De fleste kvinder med flade eller indadvendte brystvorter vil kunne amme uden problemer.

Den fysiologiske ændring af brystet i graviditeten og efter fødslen resulterer normalt i, at brystvorterne udvikler sig, så amningen kan forløbe uden problemer, se [afsnit 4.1.2](#). Da den største forandring af brystvorternes facon og elasticitet foregår omkring fødslen og de første dage efter, er det umuligt at forudsige før fødslen, hvordan det vil gå.

Mellem 10 og 35 % af alle førstegangsgravide har brystvorter, som i graviditeten virker indadvendte, men kun 3 % af alle kvinder har indadvendte brystvorter efter fødslen – og hos 87 % af disse kvinder er det kun den ene brystvorte. Desuden er det kun 4 % af de indadvendte brystvorter, som er fuldstændig indadvendte – og ikke kommer frem, hverken under amning eller udmalkning [Wambach et al 2019].

Barnet kan have svært ved at få fat om brystet, hvis brystvorten ikke stritter af sig selv, og mor og barn kan derfor have brug for ekstra tid og ro til de første amninger. Hud mod hud-kontakt har betydning for barnets parathed til at tage brystet og få godt fat, se [afsnit 6.4](#). Fortsat hud mod hud-kontakt og tilbagelænet ammestilling kan bidrage til, at barnet kan få godt fat, se [afsnit 6.4](#). Erfaringsbaseret viden viser, at nogle kvinder med flade eller indadvendte brystvorter kan øge elasticiteten over tid, hvis barnet får fat om brystet eller ved brug af brystpumpe [Wilson-Clay et al 2017]. Brystvorten kan evt. trækkes frem med en gammeldags håndmalker (et 'båthorn'), lige før barnet lægges til brystet. Mælkeproduktionen kan etableres og opretholdes ved udmalkning, hvis barnet ikke er i stand til at tage brystet.

Der findes ingen dokumenterede øvelser eller hjælpemidler, som kan få indadvendte brystvorter til at stritte. Men en suttebrik kan gøre det lettere for barnet at få fat om brystet, når brystvorten er indadvendt. Og i de få tilfælde, hvor brystvorten er fuldstændig indadvendt, kan en suttebrik være nødvendig. Hvis det kun er den ene brystvorte, som er indadvendt, kan barnet lægges til uden suttebrik på det andet bryst. Da barnet skal vænne sig til at få fat på en brystvorte, som ikke stritter, er det hensigtsmæssigt at vente med introduktion af sut og sutteflaske. Suttebrik og andre hjælpemidler er beskrevet i [kapitel 8](#).

9.2 Brystet

Problemer relateret til brystet omfatter både fysiologisk brystspænding og forskellige situationer, hvor mælken har hobet sig op, bl.a. brystbetændelse.

Brystbetændelse omfatter både inflammation (ikke-infektøs brystbetændelse), som skyldes, at mælken trænger ud i vævet omkring alveolerne – og infektion (infektøs brystbetændelse), som er forårsaget af bakterier. Mellem 3 og 33 % udvikler brystbetændelse – de fleste i løbet af de første 3 måneder af ammeforløbet, og en del allerede i 2. og 3. uge efter fødslen. Mange kvinder stopper amningen pga. brystbetændelse [WHO 2000].

Derfor er det vigtigt, at moderen tidligt i ammeforløbet får viden om symptomer på begyndende brystbetændelse, og får viden om, hvordan hun kan forebygge mælkestase og fissurer på brystvorterne, så hun bliver i stand til at nedsætte risikoen for brystinfektioner.

Flere af disse problemer ligner hinanden, og da løsningerne kan være forskellige, er det vigtigt at være omhyggelig med at stille den rigtige diagnose.

9.2.1 Fysiologisk brystspænding

Problemer med fysiologisk brystspænding kan forebygges, hvis barnet bliver tilbudt brystet ofte og får godt fat.

Den brystspænding, som normalt opstår 2-4 dage efter fødslen og derefter aftager af sig selv i løbet af en uges tid, er fysiologisk. Produktionen af mælk forudsætter, at blodgennemstrømningen i brysterne øges. Den fysiologiske brystspænding, som kvinder oplever, når mælkeproduktionen accelererer (laktogenese II), skyldes derfor primært stase (venøs og lymfatisk). Der er derfor ingen grund til at malke ud.



Brystspænding opstået 30-36 timer efter fødslen, sekundært til ineffektiv og for sjælden amning.

Brystspænding kan være meget smertefuld. Mange behandlinger har været forsøgt, men ingen har en dokumenteret virkning. En Cochrane analyse [Snowden et al 2001] af 8 randomiserede studier af forskellige former for behandling konkluderer, at hverken kålblade, kolde omslag, gele-pakninger, syntocinon eller ultralyd har en effekt.

Den bedste løsning er at tilbyde brystet hyppigt, sørge for at barnet får godt fat og prøve at slappe af. Hvis brystet bliver så spændt, at barnet ikke kan få fat, kan moderen tage et varmt bad, massere brystet og malke lidt ud med hånden, inden hun lægger barnet til [Wambach et al 2019]. Hvis barnet ikke viser interesse for brystet eller ikke sutter effektivt, kan problemet løses med udmalkning, se [kapitel 7](#).

Kvinder, som har fået intravenøs væske under fødslen, kan desuden udvikle kraftigt ødem i brystet. Væsken kan ledes væk fra brystvorten med faste tryk på areola ind mod brystkassen. Trykkene skal være af mindst 1 minuts varighed. Fingrene placeres først tæt på overgangen mellem brystvorte og areola og flyttes rundt på areola, indtil ødemet er flyttet væk fra brystvorten. Det kan tage op til 30 minutter, før brystet er så blødt, at barnet kan få fat [Cotterman 2004, Wambach et al 2019].

Brystvævet strækker sig helt op i axillen, og fysiologisk brystspænding i dette område er almindeligt og kan være meget ubehageligt. En stram bh kan forhindre god drænage fra brystvævet i axillen og forårsage tilstoppe mælkegange og brystinfektioner [Wilson-Clay et al 2005].

9.2.2 Mælkestase

Mælkestase behandles med amning og/eller udmalkning.

Mælkestase (mælkebrystspænding) kan opstå på et hvilket som helst tidspunkt i ammeforløbet, når mælken hober sig op i brystet [Wambach et al 2019].

Mælkestase er karakteriseret ved, at den starter gradvist med hævelse og hårdhed, varme og smerte i hele brystet – og evt. skinnende hud med spredte røde, knudrede områder. Moderen har sædvanligvis under 38,5°C – og ingen almen utilpashed [Nordeng et al 2003].

Behandlingen består i at skaffe afløb fra brystet, se boksen [side 176](#).

Tips til at skaffe afløb fra brystet

Det kan hjælpe, hvis moderen prøver:

- at tilbyde brystet så ofte og så længe, barnet vil – og mindst 8 gange i døgnet
- at begrænse brugen af sut
- at få tilstrækkelig hvile, varme og væske
- at undgå alt, hvad der kan forhindre mælken i at løbe, fx stramt tøj og hårdhændet håndtering af brystet
- at slappe af, evt. lægge varme klude på brystet, tage et varmt bad, trække vejret godt igennem
- at udnytte situationer, hvor hun er afslappet
- at sørge for, at barnet får godt fat om brystet
- at skifte mellem forskellige ammestillinger
- at anvende en ammestilling, hvor barnets hage peger mod det mest ømme område
- at massere brystet meget blidt hen mod brystvorten før og under amningen
- at malke lidt ud med hånden, inden barnet lægges til
- at malke ud efter amningen, indtil brystet føles blødt
- at tage smertestillende medicin med paracetamol.

9.2.3 Tilstoppede mælkegange

Tilstoppede mælkegange behandles med amning og/eller udmalkning.

Tilstoppede mælkegange ('mælkeknuder') kan opstå, hvis mælken har hobet sig op i brystet, og der ikke skaffes afløb. Trykket i alveolerne vil blive så stort, at laktocytterne bliver flade og udspændte og går i stykker. De ødelagte celler kan klumpe sammen og blokere mælkegangene [Wambach 2019]. En tilstoppet mælkegang er karakteriseret ved en lokaliseret, mild smerte og hævelse, evt. med rødme af huden, og lidt eller ingen varme. Moderen har sædvanligvis under 38,5°C – og sædvan-

ligvis ingen almen utilpashed [Nordeng et al 2003]. Der kan forekomme 'klumper' i udmalket mælk, hvilket ikke har nogen praktisk betydning. Behandlingen består i at skaffe afløb, se boks [side 176](#).

Problemet kan også vise sig på spidsen af brystvorten som en lille hvid blære (white spot), som kan være ekstrem smertefuld, når barnet sutter. Blæren kan skyldes, at mælkeudgangen er dækket af en tynd hinde af væv. Hinden kan fjernes med en ren fingernegl, en klud med ru overflade eller en steril nål [WHO 2000]. En tilstoppet mælkegang kan i sjældne tilfælde udvikle sig til en mælkefyldt cyste (galactocèle), der viser sig som en blød, rund hævelse. Et galactocèle kan forveksles med en brystabsces, se [afsnit 9.2.6](#), eller med en kræftknode. Diagnosen kan stilles ved aspiration – og galactocèlet kan fjernes kirurgisk i lokalbedøvelse [WHO 2000].

9.2.4 Inflammation i brystvævet

Inflammation i brystet behandles med amning og/eller udmalkning.

Inflammation (ikke-infektøs brystbetændelse) kan opstå pludseligt, når mælken har hobet sig op og trænger ud i vævet omkring mælkekirtlerne.

Inflammation i brystet er karakteriseret ved en lokal, rød, varm, hård hævelse – og intens, lokaliseret smerte. Tilstanden kan være ledsaget af almen utilpashed i form af kvalme, træthed, ømhed i hele kroppen og kulderystelser – og moderen kan have temperatur over 38,5°C. Almen utilpashed tyder imidlertid på en bakterieinfektion [Nordeng et al 2003]. Inflammationen gør, at der kommer mellemrum mellem laktocyterne. Mælkens sammensætning ændres, den smager mere salt, og produktionen kan blive mindre i kortere eller længere tid. Se også [afsnit 4.1.3](#).

Inflammation i brystet bliver ofte forvekslet med infektion og behandlet med antibiotika. Da antibiotika har en anti-inflammatorisk effekt, vil almentilstanden ofte blive bedre, men det løser ikke problemet – og rutinemæssig antibiotikabehandling er unødvendig og uhensigtsmæssig.

Behandlingen består i at skaffe afløb fra det tilstoppede område, se boks [side 176](#). Et randomiseret studie [Kvist 2007] tyder på, at akupunktur kan være et godt supplement. Hvis der ikke er infektion, falder temperaturen markant i løbet af få timer, så snart mælken begynder at løbe – og almentilstanden bliver hurtigt bedre. Hvis tilstanden ikke forbedres inden for 12-24 timer, skyldes det sandsynligvis bakterier, og antibiotika

er nødvendig. Et randomiseret studie viser, at laid back stillingen reducerer risikoen for inflammation og infektion i brystet [Milinco et al 2020].

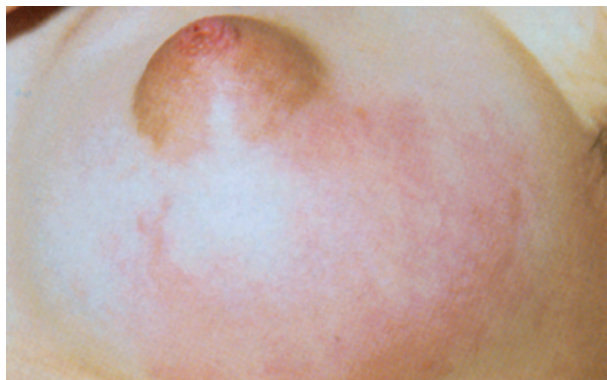
Dette afsnit bygger på referencerne Wambach et al 2019 og Wilson-Clay et al 2005.

9.2.5 Brystinfektion

En brystinfektion behandles med antibiotika samt fortsat amning og/eller udmalkning.

En infektion i brystet kan opstå pludseligt, når mælken har hobet sig op, og bakterier får adgang til brystvævet via mælkegange og/eller lymfesystem, fx ved sår eller revner på brystvorten. Dårlig almentilstand, stress og træthed kan tilsyneladende øge risikoen.

Brystinfektion er karakteriseret ved en lokal, rød, varm hævelse og en intens, oftest lokaliseret smerte. Tilstanden er ledsaget af en influenzalignende almentilstand (utilpashed, kvalme, træthed, ømhed i hele kroppen, kulderystelser), og kropstemperaturen er ofte over 38,5 °C [Nordeng et al 2003].



Mastitis. Moderen blev sat i iv-antibiotika-behandling og fortsatte amningen.

De bakterier, som forårsager infektion i brystet, er især penicillinase-producerende gule stafylokokker (*staphylococcus aureus*). *Staphylococcus aureus* findes naturligt hos både mor og barn, og giver normalt ikke problemer. Ophobet mælk giver imidlertid gode vækstbetingelser.

Et studie fra Sverige viste, at når man tog mælkeprøver fra 192 kvinder med symptomer på brystbetændelse og ligeledes tog prøver fra 466 kvinder uden brystbetændelse, blev der fundet bakterier i mælken hos begge grupper af kvinder. Mange af de raske ammende kvinder havde

potentielle patogene bakterier i deres mælk. Konklusionen i dette studie var bl.a., at undersøgelse for bakterier i brystmælk kan være af begrænset betydning i forhold til beslutning om behandling med antibiotika [Kvist 2008].

Diagnosen stilles ud fra de kliniske symptomer hos kvinden. Behandling med et bredspektret penicillinase-resistent antibiotika iværksættes, hvis almentilstanden ikke forbedres i løbet af 12-24 timer, selv om der skaffes afløb fra brystet. Hvis symptomerne er meget alvorlige, iværksættes behandlingen med det samme.

Det er vigtigt, at moderen fortsætter amningen/udmalkningen for at sikre afløb af mælk fra brystet, se boksen [side 176](#), og at sår/revner behandles, se [afsnit 9.1.2](#). Et randomiseret studie viser, at laid back stillingen reducerer risikoen for inflammation og infektion i brystet [Milinco et al 2020]. Desuden kan det være hensigtsmæssigt at give smertestillende medicin, hvis smerterne gør det svært for moderen at slappe af. Hvis barnet ikke kan lægges til, fordi brystet er for spændt eller for ømt, eller hvis barnet afviser brystet, fordi mælken har ændret smag, er det vigtigt, at moderen malker ud, så mælkeproduktionen opretholdes.

Antibiotika kan påvirke barnets tarmflora, men kun meget små mængder overføres til mælken – og under normale omstændigheder er der ikke observeret alvorlige bivirkninger hos ammede børn ved systemisk behandling af moderen med antibiotika [Kristensen et al 2007].

Dette afsnit bygger på referencerne Wambach et al 2019, Wilson-Clay et al 2017.

9.2.6 Absces

En absces behandles med fjernelse af pus, antibiotika og fortsat amning.

En absces (byld) i brystet kan udvikles, hvis en brystinfektion behandles forkert eller for sent [WHO 2000].

Et stort svensk populationsstudie [Kvist 2005] har vist:

- at absces forekommer hos omkring 0,1 %
- at det hyppigere forekommer hos førstegangsfødende, kvinder over 30 år og kvinder, som går over tiden (> 41 uger)
- at 65 % af alle tilfælde opstår mellem 3 og 8 uger efter fødslen.

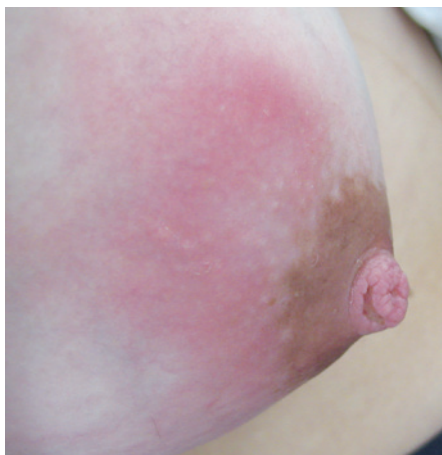
En absces er en afgrænset samling af betændelse. Den kan sidde overfladisk, ofte tæt ved areola eller dybt inde i brystet. En absces i brystet er karakteriseret ved en meget smertefuld, hævet knude med rødme, varme og ødem i den overliggende hud. Sene stadier giver en bølgende fornemmelse (fluktuation), misfarvning og nedbrydning af vævet. Tilstanden kan være ledsaget af feber. For at forebygge unødvendig behandling kan en sikker diagnose stilles med ultralyd [WHO 2000].

Behandlingen omfatter fjernelse af pus, enten ved aspiration med en tynd nål (punktur) eller ved incision. Aspiration har færre bivirkninger end incision – og en randomiseret sammenligning [Eryilmaz et al 2005] viser, at en absces på mindre end 5 cm i diameter kan behandles effektivt med aspiration, mens større abscesser kan kræve incision.

Der benyttes ultralydsscanning ved anlæggelse af dræn/aspiration, podes på aspiratet, og skylles 6 × dagligt med sterilt NaCl. Der kontrolscannes efter 3-4 dage. Behandlingen varer oftest ½-1 uge [Hvidovre Hospital 2012].

Tilstanden behandles samtidig med antibiotika. Desuden er det vigtigt at fortsætte amningen, evt. suppleret med håndudmalkning, se afsnit 7.2. Endelig kan der være brug for medicinsk smertebehandling [WHO 2000].

I øvrigt er det vigtigt, at moderen får viden om, hvordan hun kan forebygge mælkestase og fissurer på brystvorterne, så hun bliver i stand til at nedsætte risikoen for brystinfektioner.



Absces i brystet er karakteriseret ved en meget smertefuld, hævet knude med rødme, varme og ødem i den overliggende hud.

9.3 Mælkeproduktionen

Problemer med mælkeproduktionen omfatter:

- situationer, hvor mængden af mælk er for lille eller for stor
- situationer, hvor sammensætningen ikke er tilpasset barnets behov
- situationer, hvor mælkeproduktionen kommer senere i gang
- situationer, hvor kvinden ønsker at genetablere en mælkeproduktion efter kortere eller længere tid uden stimulation af brysterne.

9.3.1 For lidt mælk

Problemer med for lidt mælk opstår ofte, fordi moderen bliver usikker.

Spædbørn kan som regel trives fint af modernælk alene indtil omkring 6-månedersalderen. Men mange kvinder oplever på et eller andet tidspunkt i ammeforløbet, at de ikke kan mætte barnet. Og bekymringen for at have for lidt mælk er den mest almindelige årsag til at stoppe amning tidligt. Bortset fra brystoperationer, hypoplasi og forskellige hormonelle lidelser, som kan være ledsaget af en utilstrækkelig mælkeproduktion, se [kapitel 10](#), er der imidlertid sjældent tale om en fysiologisk begrænsning.

Problemer med mælkeproduktionen opstår ofte, fordi moderen bliver usikker og begynder at give erstatning [Foverskov 2000]. Nogle tror fejlagtigt, at der ikke er mere mælk i brysterne, når den fysiologiske brystspænding aftager, hvilket kan forebygges ved at fortælle forældrene om de forandringer, der sker i brystet ved mælkedannelsen.

Det er vigtigt, at forældrene har viden om, hvordan de kan vurdere, om barnet får den mad, det har brug for, se [afsnit 6.8](#). Derved kan det undgås, at forældrene bliver unødigt bekymrede og sætter spørgsmålstejn ved produktionen af mælk.

Mælkeproduktionen kan hverken måles ved at kontrolveje barnet, se [afsnit 6.9.1](#), eller ved at undersøge, hvor meget moderen kan malke ud. Produktionen kan heller ikke vurderes ved at se, hvor meget barnet vil have fra en flaske efter amning.

Hvis barnet ikke får den mælk, det har brug for, skyldes det for det meste, at det ikke bliver tilbudt brystet ofte og længe nok, at barnet ikke har godt fat om brystet og sutter ineffektivt, og/eller at moderen er anspændt, så mælken ikke løber så let. Moderen kan fx have svært ved

at slappe af, hvis det gør ondt, når hun ammer, eller hvis hun er meget træt eller bekymret. Når mælken ikke tømmes ud af brystet, hæmmes produktionen yderligere, se [afsnit 4.1.3](#).

Den bedste løsning er at tilbyde brystet oftere (også om natten), sørge for at barnet får godt fat hver gang, prøve at slappe af og lade barnet blive ved det første bryst, indtil det afviser at tage det igen. Moderen kan eventuelt malke ud efter amningen, indtil produktionen er tilstrækkelig igen. Desuden er det vigtigt at begrænse brugen af sut og tilskud af modermælkserstatning til et minimum – og at bruge en kop eller et lact-aid-system, hvis barnet skal have andet end moderens mælk.

En række praktiske tiltag kan bidrage til at øge mælkeproduktionen. Det kan være en god idé at sørge for at få tilstrækkelig hvile, helst sammen med barnet og gerne hud mod hud – og evt. aflyse aftaler og få hjælp til indkøb, madlavning, rengøring, vask og pasning af barnets søskende.

Hvis en kvinde ikke kan producere nok mælk til at amme fuldt, kan hun vælge at fortsætte med en kombination af amning/udmalket modermælk og modermælkserstatning.

Dette afsnit bygger på referencerne Lawrence et al 2016 og Wambach et al 2019.

9.3.2 For meget mælk

Problemer med overproduktion af mælk kan ofte løses ved at tilbyde ét bryst i hvert måltid.

En del kvinder producerer i starten mere mælk, end barnet har brug for. De fleste oplever, at produktionen efterhånden bliver tilpasset barnets behov. Men hos nogle fortsætter overproduktionen, fordi barnet bliver flyttet fra det ene bryst til det andet, før det har fået tilstrækkelig meget af den fede mælk. Barnet bliver ikke mæt og vil derfor bede om brystet hele tiden.

Overproduktion af mælk øger risikoen for, at moderen får brystbetændelse, se [afsnit 9.3.2](#). Hos barnet kan det være forbundet med urolige amninger, gylp, mavesmerter, meget tynd afføring og dårlig trivsel, fordi barnet får en meget stor mængde mælk med et lavt kalorieindhold.

Hvis mælken kommer meget hurtigt, kan barnet forsøge at kompensere ved at tage fat meget yderligt eller helt afvise brystet, se [afsnit 9.4.1](#).

Problemet kan ofte løses ved at fortsætte med at amme, så ofte og så længe barnet vil, men kun tilbyde ét bryst i hvert måltid, så produktionen i det andet bryst bliver hæmmet, fordi brystet forbliver fyldt (FIL-mekanismen), se [afsnit 4.1.3](#). Samtidig er det vigtigt, at barnet har godt fat om brystet, og at moderen er afslappet. Det kan være en hjælp for moderen at ændre ammestilling ved eksempelvis at anvende en tilbagelænet stilling, hvor hun får god støtte og slapper af.

Hvis overproduktionen er stor, kan det være hensigtsmæssigt at introducere 'blok-amning', hvor barnet i 'blokke' af 2-4 timers varighed bliver lagt til det samme bryst, hver gang det beder om brystet [Van Veldhuizen-Straas et al 2007]. Varigheden af 'blokken' øges langsomt, da der er risiko for mælkeknuder, brystbetændelse og for stort fald i produktionen, hvis varigheden er for lang i starten. Nogle mødre kan være nødt til at øge 'blokkens' varighed helt op til 12 timer, før produktionen falder tilstrækkeligt. Blok-amning kan sænke produktionen over 4-7 dage, hvorefter moderen kan prøve sig frem og finde ud af, hvor ofte hun skal skifte side for at undgå overproduktion.

Hvis produktionen er meget stor, kan moderen starte med at 'tømme' brysterne ved udmalkning, umiddelbart inden barnet lægges til, og tilbyde begge bryster. Udmalkningen af den tyndere formælk bevirker, at barnet får mulighed for at komme ind til den federe eftermælk og blive mæt, se [afsnit 4.2.2](#). Næste gang barnet beder om brystet, startes blok-amning. For nogle vil det være nødvendigt at gentage udmalkningen senere i forløbet, hvis mælkestaten bliver meget slem.

Barnet vil sandsynligvis hurtigt blive mere rolig ved brystet, gylpe og græde mindre mellem amningerne og komme i trivsel igen. Og i langt de fleste tilfælde vil mælkeproduktionen blive tilpasset barnets behov. Enkelte kvinder bliver ved med at have alt for meget mælk, uanset hvordan barnet bliver ammet. Moderen kan vælge at levere den overskydende mælk til en mælkecentral, se afsnit 7.9. Hun kan også prøve at begrænse produktionen ved at tage østrogenholdige p-piller i 4-7 dage [Wilson-Clay et al 2005].

9.3.3 Forsinket laktogenese

Problemer med forsinket laktogenese (> 72 timer) kan ofte løses med hud mod hud-kontakt og stimulation af mælkeproduktionen ved udmalkning.

Nogle kvinder, især førstegangsfødende, oplever, at mælkeproduktionen stadig ikke er kommet i gang 72 timer efter fødslen. Forsinket laktogenese øger risikoen for tidligt ammeophør.

Forsinket laktogenese kan skyldes specielle forhold hos moderen, fx retineret placenta (fastsiddende moderkage), polycystisk ovariesyndrom (PCOS), overvægt, type 1-diabetes og brystreduktion, se kapitel 10. Men det kan også skyldes særlige omstændigheder omkring fødslen, som gør, at mælkeproduktionen ikke bliver stimuleret tilstrækkeligt – enten fordi barnet ikke viser interesse for brystet i timerne efter fødslen, eller fordi moderen ikke selv er i stand til at lægge barnet til brystet tilstrækkelig hyppigt, fx pga. medicinsk smertelindring, for tidlig fødsel, sectio (kejsersnit) eller et langt, hårdt fødselsforløb, se [afsnit 6.2](#).

Hvis der er risiko for forsinket laktogenese, er det ekstra vigtigt, at mor og barn forbliver sammen hud mod hud – og at moderen får hjælp til at lægge barnet til brystet, så snart det viser tegn på at vågne. Hud mod hud-kontakt har betydning både for mælkeproduktionen og for barnets parathed til at tage brystet, se [afsnit 6.4](#). I øvrigt er det hensigtsmæssigt at vente med at introducere en sut, se [afsnit 8.13](#).

Samtidig er det vigtigt, at mælkeproduktionen bliver stimuleret. Så snart moderen er klar til det efter fødslen, kan hun begynde at massere brysterne blidt, nulre brystvorterne og forsøge at presse lidt mælk ud med hænderne. Har barnet ikke suttet ved brystet inden for de første 6-8 timer, stimuleres mælkeproduktionen ved amning og/eller udmalkning hver 3. time eller oftere. Barnet kan eventuelt få den udmalkede mælk med en kop, se [afsnit 8.8](#). Det er normalt unødvendigt at give barnet andet end moderens mælk, se [afsnit 6.10](#).

Etablering og opretholdelse af mælkeproduktionen hos en kvinde, som har født et præmaturt, misdannet eller sygt barn, er omtalt i kapitel 11.

Dette afsnit bygger på referencen Wambach et al 2019.

9.3.4 Relaktation

Mælkeproduktionen kan næsten altid genetableres.

Kvinder, som har født (og ammet), kan oparbejde mælkeproduktionen igen (relaktation) efter dage, uger eller måneder, hvis brystet bliver stimuleret hyppigt, enten ved at barnet sutter eller ved udmalkning, se [kapitel 7](#). De fleste begynder at producere mælk inden for en uge – og omkring halvdelen er i stand til at amme fuldt i løbet af en måned.

Hvis moderen ønsker at genoptage amningen, tilbydes brystet så ofte og så længe som muligt. Mindst 8-10 gange i døgnet – og mindst 10-15 minutter på hvert bryst. Hvis barnet ikke vil sutte på det tomme bryst, kan moderen benytte et lact-aid-system, se [afsnit 8.9](#). Hvis barnet skal have ekstra mellem amningerne, er det en god idé at anvende en kop, se [afsnit 8.8](#). Hvis barnet ikke kan finde ud af at få fat om brystet, kan mor og barn 'starte forfra', se [afsnit 6.4.1](#). Hud mod hud-kontakt har betydning både for barnets parathed til at tage brystet og for mælkeproduktionen. Sut kan have den modsatte virkning, se [afsnit 8.13](#). Barnets alder og villighed til at blive lagt til brystet har også betydning i forhold til at genoptage amningen.

Relaktation kræver tid og tålmodighed samt opbakning fra omgivelserne. Desuden er det vigtigt, at familien får den sundhedsfaglige støtte og information, de har brug for undervejs.

Etablering af mælkeproduktion hos en kvinde, som ikke har gennemført en graviditet (induceret laktation) er omtalt under [afsnit 10.1](#) om adoption.

Dette afsnit bygger på referencen Lawrence RA et al (2016): *Breast-feeding – a guide for the medical profession*.

9.4 Barnet

Ammeproblemer relateret til det sunde, raske barn omfatter situationer, hvor barnet afviser at tage det ene eller begge bryster samt situationer, hvor barnet gylper eller græder meget.

9.4.1 Afvisning af brystet

Problemer med afvisning af brystet kan ofte løses, hvis mor og barn starter forfra.

Nogle børn afviser at tage brystet. Det kan skyldes, at det er svært for barnet at få fat, fordi brystet er meget spændt, og/eller fordi brystvorten er flad eller indadvendt, se [afsnit 9.2.1](#) og [9.1.5](#). Senere i forløbet kan barnet afvise brystet pga. svamp, se [afsnit 9.1.3](#), eller fordi mælken pludselig har ændret smag, fx under menstruation. Men barnet kan også afvise at tage brystet i starten, hvis det er blevet lagt til første gang, før det var klar til det, eller hvis amningen af anden årsag har været en ubehagelig oplevelse.

Hvis barnet afviser brystet, kan mor og barn 'starte forfra', se [afsnit 6.4.1](#). Skyldes afvisningen, at mælken kommer for hurtigt, kan moderen desuden malke lidt ud med hånden, før hun lægger barnet til. Kommer mælken for langsomt, kan moderen få mælken til at løbe, før hun tilbyder brystet. Er amningen forbundet med smerter for barnet, kan moderen prøve andre amnestillinger. Hvis barnet accepterer brystet om natten, kan moderen forsøge at skabe lignende situationer i løbet af dagen.

Mælkeproduktionen kan etableres eller opretholdes ved udmalkning – og barnet kan evt. få mælken af en kop eller ske, se [afsnit 8.8](#). Er det kun det ene bryst, som barnet afviser at tage, kan amningen fortsætte fra det andet. Hvis det ikke er muligt at få barnet til at tage brystet, kan moderen vælge at malke ud og lade barnet få mælken på flaske.

Dette afsnit bygger på referencen Wambach et al 2019.

9.4.2 Bøvs og gylp

Problemer med gylp kan skyldes, at barnet bliver flyttet fra det ene bryst til det andet for tidligt i måltidet.

Et spædbarn bøvser, hvis det sluger luft, mens det spiser. De første par dage efter fødslen, inden mælken løber rigtigt til, sluger barnet som regel ikke så meget luft. Når mælken er løbet til, kan barnet have brug for at bøvse. Nogle børn bøvser mange gange i løbet af et måltid. Andre bøvser kun en enkelt gang eller slet ikke. Ofte vil barnet selv slippe brystet, når det skal bøvse. Men det kan også være et signal, hvis barnet spiser meget uroligt. Bliver barnets søvn forstyrret af luft i maven, kan det være en god idé at vente med at lægge det til at sove, indtil det har bøvset.

Nogle børn gylper, når de bøvser. I nogle tilfælde er der ingen anden forklaring end en umoden lukkemuskel mellem spiserør og mavesæk. Og det eneste, som måske kan have en virkning, er at lade barnet bøvse oftere. Andre gange kan det virke mere voldsomt – fordi barnet er meget sultent og ivrigt, når det bliver lagt til – fordi det ikke får godt fat om brystet – og/eller fordi det bliver flyttet fra det ene bryst til det andet for tidligt i måltidet. Problemet kan måske løses ved at tilbyde brystet, så snart barnet virker interesseret og sørge for, at barnet har godt fat om brystet. Desuden er det vigtigt at tilbyde det samme bryst flere gange i hvert måltid, så barnet også får den sidste fede mælk.

Gylp kan også være forbundet med en overproduktion af mælk, se [afsnit 9.3.2](#). Hvis barnet virker sygt og gylper voldsomt eller ligefrem kaster op, eventuelt eksplosivt, skal det undersøges af en læge.

9.4.3 Gråd

Voldsom gråd kan skyldes, at barnets behov ikke opfyldes.

Spædbarnets gråd signalerer et behov, som danske mødre er hurtige til at respondere på. De fleste børn græder gennemsnitligt ca. 2 timer i døgnet i de første levemåneder, mens andre græder mere end 3 timer gennemsnitligt [Alvarez 2001]. Græder barnet voldsomt kort efter hvert måltid, skal reflux udelukkes. I nogle tilfælde er der ingen anden forklaring end en umoden mave-tarm-kanal, og gråden aftager af sig selv i takt med, at barnet bliver ældre. Prøv at tilbyde barnet hyppige og små måltider, så maven ikke fyldes for meget [Bergman 2012]. Andre gange kan det skyldes, at barnet bliver flyttet fra det ene bryst til det andet for tidligt i måltidet. Eller at barnets signaler bliver misforstået, og det derfor – i den bedste mening – bliver lagt til brystet hele tiden.

Et randomiseret studie [Evans et al 1995] har vist, at hyppigheden af kolik er mindre blandt børn, som bliver ammet fra ét bryst i hvert måltid sammenlignet med børn, som bliver ammet fra begge. Hvis barnet bliver ammet, så det får en stor mængde tynd mælk, bliver det fyldt uden at blive mæt – og det får meget laktose, som kan give luft i maven. Problemet kan måske løses ved at tilbyde det samme bryst flere gange i hvert måltid, så barnet også får den sidste, fede mælk.

Samtidig er det vigtigt, at forældrene lærer at forstå barnets signaler og at trøste og give tryghed på flere måder. Både bevægelse og tæt kontakt (gerne hud mod hud) kan virke beroligende [Howard et al 2006].

En babyslynge kan derfor være et hjælpemiddel. Nogle gange kan barnet bedre falde til ro hos faderen eller en anden voksen, som ikke dufter af mælk. Hos Komiteen for Sundhedsoplysning kan købes en publikation om barnets gråd *Hvorfor græder barnet?* til støtte for rådgivning i forhold til dette emne [Wolke et al 2011].

Ved vedvarende gråd uden forklaring må lægen konsulteres for at sikre, at barnet ikke er sygt.

Dette afsnit bygger på referencerne Wambach et al 2019 og Alvarez 2001.

9.5 At holde op med at amme før ønsket og planlagt

Mødre, som beslutter sig for ikke at amme, kan have brug for særlig opmærksomhed og støtte.

Mødre, som beslutter sig for at stoppe med at amme førend oprindelig ønsket og planlagt, fordi amningen ikke fungerer, kan have brug for særlig opmærksom og støtte. Børn skal ikke ammes for enhver pris. Kvinder skal spørges direkte, om de har lyst til at amme. Hvis en kvinde ikke trives med at amme, er det bedst, at hun lader være.

En kvinde må ikke føle sig presset til at amme. Hun skal støttes i at træffe de beslutninger, som er rigtige for hende og hendes familie. Og hun skal opleve, at hun bliver mødt med respekt, hvis hun vælger at give flaske. Måske skal hun ligefrem have hjælp til at acceptere, at hun ikke skal amme, så hun stopper i tide.

Den gode mor vælger at stoppe amningen, hvis omkostningerne bliver for store. Fx hvis amningen bliver en hindring for en god relation mellem mor og barn. Tilknytning til andre mennesker er livsvigtig for barnets sundhed, både fysisk og psykisk, og tilknytningen foregår i tæt kontakt mellem forældre og barn [Madsen 1996].

Amning giver mulighed for tæt kontakt mellem mor og barn. Men amning er hverken en forudsætning eller en garanti for en god relation – det er også muligt at etablere en tæt kontakt uden amning. Barnets oplevelser i kontakten med moderen er vigtige, både for relationen mellem dem og for barnets tilknytning til andre. Hvis amningen fungerer, får barnet en oplevelse af, at det er rart at være tæt på andre mennesker. Hvis amningen ikke kan komme til at fungere, kan barnet opleve, at tæt

kontakt skaber konflikter – og det kan derfor være bedst at give flaske [Madsen 1996].

Et dansk studie [Larsen 2007] har vist, at mødre, som beslutter sig for ikke at amme, kan have brug for særlig opmærksomhed og støtte for at føle, at de lykkes i deres rolle som mor. Moderen skal støttes i sin beslutning, have tilbud om at drøfte forløbet og anerkendes for at have truffet det rigtige valg. Et senere studie [Larsen 2012] viste endvidere, at det kan være svært for moderen at forklare sine vanskeligheder med amningen og 'møde verden' med en flaske i hånden. Moderen kan endvidere være bekymret for, hvad hun skal gøre, når amning bliver aktuel med næste barn.

Udover den følelsesmæssige støtte og anerkendelse kan forældrene have behov for rådgivning om valg af modermælkserstatning, herunder bl.a. om allergiprofylakse, hvis barnet er disponeret, se [afsnit 3.3.1](#) og [11.1](#), rengøring af flasker samt om risiko for forstoppelse og andre mave-tarm-problemer ved ernæring med modermælkserstatning. Forældrene skal også vide, at det er bedst, at det (især i starten) kun er ganske få – helst kun forældrene – som giver barnet flaske, at det er vigtigt, at barnet er i arm, og at der er god øjenkontakt mellem barnet og den forælder, der giver flaske.

Moderen kan eventuelt vælge at malke ud til barnet, hvis det er vigtigt for hende, at barnet får modermælk i et eller flere måltider. Og hun kan give barnet hudkontakt, mens hun giver flaske eller på andre tidspunkter.

Rengøring af flasker og udstyr til brystpumpe er beskrevet i [bilag 3](#).

Referencer til kapitel 9

Alvarez M (2001): *Early infant fussing and crying and maternal characteristics*. Ph.d., Københavns Universitet.

Berens P et al (2016): *Persistent Pain with Breastfeeding*. Breastfeed Med. marts 2016;11(2):46–53.

Bergman N (2012): Foredrag den 27. september 2012 på Rigshospitalet, København.

Colson SD (2006): *The mechanisms of Biological Nurturing* [Ph.d. Thesis]. University of Kent at Canterbury.

Cotterman KJ (2004): *Reverse Pressure Softening: A Simple Tool to Prepare Areola for Easier Latching During Engorgement*. Journal of Human Lactation 20(2): 227-37.

Dennis C-L et al (2016): *Interventions for treating painful nipples among breastfeeding women*. I: The Cochrane Collaboration, redaktør. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2014 [henvist 15. december 2016]. Tilgængelig hos: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007366.pub2>

Eryilmaz R et al (2005): *Management of lactational breast abscesses*. The Breast 14: 375-79.

Evans K et al (1995): *Effect of the method of breast feeding on breast engorgement, mastitis and infantile colic*. Acta Pædiatr 84: 849-52.

Fernandez R, Griffiths R (2016): *Water for wound cleansing*. I: The Cochrane Collaboration, redaktør. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012 [henvist 15. december 2016]. Tilgængelig hos: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003861.pub3>

Foverskov HK (2000): *Er amning for alle?* Et studie af psykosociale faktorerens betydning for ammeophør. MPH, Århus Universitet.

Francis-Morrill J et al (2004): *Diagnostic Value of Signs and Symptoms of Mammary Candidosis among Lactating Women*. JHL 20(3): 288-95.

Howard CR et al (2006): *Parental responses to infant crying and colic: the effect on breastfeeding duration*. Breastfeeding Medicine 1(3): 146-55.

Hvidovre Hospital (2012): *Instruks Mammaabsces*, Gynækologisk-Obstetrisk afdeling, Hvidovre Hospital, 2006, revideret 2012.

Kaplan YC et al 2015: *Fluconazole use during breastfeeding*. Canadian Family Physician, vol. 61.

Kristensen JH et al (2007): *Antibiotic, Antifungal, Antiviral, and Antiretroviral Drugs*. Textbook of Human Lactation, p. 513.

Kvist LJ et al (2005): *Factors related to breast abscess after delivery: a populationbased study*. BJOG 112: 1070-74.

Kvist LJ et al (2007): *A randomised-controlled trial in Sweden of acupuncture and care interventions for the relief of inflammatory symptoms of the breast during lactation*.

Kvist LJ (2008): *The role of bacteria in lactational Mastitis and some Considerations of the use of antibiotic treatment*. International Breastfeeding Journal. Midwifery 23: 184-195.

Larsen JS (2007): *Når amning ikke lykkes – en kvalitativ interviewundersøgelse af mødres oplevelser efter de har opgivet at amme*. Institut for Folkesundhed, Århus Universitet.

Larsen, JS et al (2012): *When breastfeeding is unsuccessful – mothers' experiences after giving up breastfeeding*. Scand J Caring Sci; 2012.

Lawrence RA et al (2016): *Breastfeeding – a guide for the medical profession* (8. edition 2016).

Madsen SAa (1996): *Bånd der brister – bånd der knyttes*. Hans Reitzels Forlag, København.

McClellan H et al (2008): *Infants of mothers with persistent nipple pain exert strong sucking vacuums*. Acta Pædiatrica. 2008;97(9):1205–9.

Milincic M et al (2020): *Effectiveness of biological Nurturing on early breastfeeding problems: a randomized controlled trial*. International Breastfeeding Journal, 2020.

Nilsson I (2016): *Less is more. Early discharge following birth – how do we support mothers to effective breastfeeding?* (PhD thesis). Aarhus University, 2016.

Nordeng H et al (2003): *Behandling af mastitt i allmennpraksis*. Tidsskrift for Norsk Lægeforening 123: 3027–30.

Snowden HM et al (2001): *Treatments for breast engorgement during lactation*. Cochrane Database Systematic Review.

Van Veldhuizen-Staas CGA et al (2007): *Overabundant milk supply: an alternative way to intervene by full drainage and block feeding*. International Breastfeeding Journal 2: 11.

Wagner EA et al (2013): *Breastfeeding Concerns at 3 and 7 Days Postpartum and Feeding Status at 2 Months*. PEDIATRICS. 1. oktober 2013;132(4):e865–75

Wambach K et al (2019): *Breastfeeding and Human Lactation*, 6. Edition 2019, ISBN: 978-1-284-15156-5.

WHO (2000): *Mastitis: Causes and Management*.

WHO (1998): *Relactation: A review of experience and recommendations for practice*.

Wiener S et al (2006): *Diagnosis and Management of Candida of the Nipple and Breast*. Journal of Midwifery & Women's Health 51: 125–28.

Wilson -Clay et al (2017): *The Breastfeeding Atlas*, sixth edition

Wolke MA et al (2011): *Hvorfor græder barnet?* Komiteen for Sundhedsoplysning.

Særlige forhold hos moderen

Under omstændigheder hvor mor og/eller barn har specifikke problemer efter fødslen, kan det være en udfordring at få etableret en amning. For moderen kan det være stressende, hvis det tager tid at få amningen til at fungere. Det betyder, at sundhedspersonalet skal være opmærksomt på, at den nye familie har brug for ekstra støtte, omsorg og praktisk hjælp, så moderen kan bruge kræfterne på at være så meget som muligt sammen med barnet og koncentrere sig om amningen.

I situationer hvor det allerede i graviditeten er muligt at forudsige, at der kan blive problemer med amningen, er det en god idé at drøfte problemstillingerne med de kommende forældre og eventuelt lægge en plan for tiden efter fødslen. Tager moderen fx medicin, er det vigtigt at få afklaret inden fødslen, om medicinen er forenelig med amning. Er forældrene godt forberedt, kan det være lettere at håndtere udfordringer, som dukker op.

Adskillelse af mor og barn pga. indlæggelse efter fødslen er beskrevet i [afsnit 6.7.3](#).

Her følger i alfabetisk rækkefølge en gennemgang af de forhold hos moderen, der kan betyde noget for amningen.

10.1 Adoption

Det kan lade sig gøre at oparbejde en mælkeproduktion hos en kvinde, som aldrig har gennemført en graviditet.

Det er blevet mere almindeligt, at kvinder, der skal adoptere et barn, har et ønske om at amme. At etablere en mælkeproduktion hos en kvinde, som ikke har gennemført en graviditet (induceret laktation), kræver motivation og støtte fra omgivelserne. Ofte er det svært for kvinden at producere så meget mælk, at barnet udelukkende kan ernæres med modermælk [WHO 1998].

Erfaringer viser, at den mest effektive metode omfatter en kombination af dobbeltsidig stimulation med elektrisk brystpumpe og mælkestimu-

lerende medicin [Cheales-Siebenaler 1999]. Dette kan suppleres med hormonbehandling, som helst påbegyndes måneder, før barnet forventes overdraget til forældrene, og medvirker til den udvikling af brystet, som ellers finder sted under en graviditet [Wambach et al 2019].

Når barnet kommer, lægges det til brystet så hyppigt og længe, det vil – og amningen suppleres efterfølgende med modernælkserstatning på kop, hvis der ikke er tilstrækkelig mælk. Bliver barnet utålmodigt ved brystet pga. for lidt mælk, kan det være en hjælp at benytte et lact-aid-system, se [afsnit 8.9](#). Det er vigtigt hele tiden at være opmærksom på barnets trivsel. Det er vigtigt at være opmærksom på barnets alder, og hvordan barnet reagerer ved at blive lagt til brystet.

Flertallet af kvinder, der påbegynder induceret laktation med mælke-stimulerende medicin, begynder at danne mælk i løbet af den første uge [WHO 1998].

10.2 Alkohol

Ammende kvinder rådes til at være tilbageholdende med at drikke alkohol.

Alkohol udskilles i modernælken og opnår her en koncentration på samme niveau som koncentrationen i moderens blod. Den relative vægtjusterede dosis for det ammede barn er omkring 5-6 %. Alkoholkoncentrationen i modernælk følger det samme fald som i moderens blod i takt med, at det metaboliseres. Dette skyldes den tilbagediffusion, som finder sted fra mælken til moderens blod. Så længe moderens blod indeholder alkohol, vil mælken således også indeholde alkohol. Det betyder, at man ikke kan fremskynde udskillelsen af alkohol i mælken ved at malke mælken ud og kassere den. Den nyproducerede mælk vil stadig indeholde alkohol, så længe moderen har alkohol i blodet.

Nyfødte nedbryder alkohol cirka halvt så hurtigt som voksne [Haastrup 2014].

Alkohol reducerer mælkeproduktionen i de første timer efter indtagelsen, hvilket kan forklares med alkohols hæmmende effekt på oxytocinudskillelsen og dermed nedløbsrefleksen. Effekten på nedløbsrefleksen er dosisafhængig [Haastrup 2014]. Daglig indtagelse af alkohol i ammeperioden har vist sig at reducere ammevarigheden [Giglia 2008].

Alkoholniveauet i blod og modermælk topper ca. 30-60 minutter efter alkoholindtagelse og falder derefter, hvis moderen ikke drikker mere [Haastrup 2014]. Hastigheden afhænger bl.a. af moderens vægt. Jo højere vægt, jo hurtigere udskillelse af alkohol. Således vil én genstand være udskilt fra blodet hos en kvinde på 65 kg efter ca. 2¼ time. Der er imidlertid individuelle forskelle [Ho 2001].

Det anbefales, at ammende mødre er tilbageholdende med at drikke alkohol. Der findes ikke studier, der viser langtidseffekten på børn udsat for alkohol gennem amning [Haastrup 2014]. Men da mængden af alkohol, der overføres til barnet via modermælk, er relativt lav, bør et moderat forbrug af alkohol på få genstande om ugen ikke give anledning til ammeophør.

Hvis en mor, der har drukket alkohol, vil være helt sikker på, at hendes barn ikke udsættes for alkohol via mælken, skal hun undlade at amme i 2-3 timer for hver indtaget genstand. Hvis hun undlader at amme i mange timer, bør hun malke ud for at vedligeholde mælkeproduktionen.

Det tilrådes at være forsigtig med at drikke mere end en enkelt genstand. Et moderat alkoholforbrug på få genstande om ugen bør ikke give anledning til ammeophør.

10.3 Anæstesi

Valg af anæstesi præparat og -metode bør tage hensyn til, at moderen ammer. Efter anæstesi kan amningen genoptages, så snart moderen er fysisk i stand til det.

Ved kejsersnit anbefales lokalbedøvelse i ryggen (spinal eller epidural anæstesi), da det giver mindst risiko for både mor og barn. Planlagt kirurgi bør så vidt muligt udsættes til efter ammeperiodens ophør. Ved kirurgiske indgreb i ammeperioden foretrækkes lokal analgesi frem for universel anæstesi. Visse kirurgiske indgreb skal dog foretages i universel anæstesi og de præparater, der med sikkerhed kan anvendes til disse indgreb. Det drejer sig om velkendte anæstesimidler, som alle er forenelige med amning [DASAIM 2015].

Moderen kan have forberedt et længerevarende indgreb ved at malke ud forinden, så barnet kan få modermælk, mens moderen bliver opereret. Endvidere kan moderen forsøge at lægge barnet til brystet, lige inden

hun bedøves. Efter operationen kan amningen fortsætte, når moderen selv kan tage vare på barnet. På dette tidspunkt er koncentrationen af morfinlignende stoffer i modermælken lav. Alle anæstesimidler kan genfindes i modermælk og udskilles med samme hastighed fra blod og modermælk. Nogle af de stoffer, som genfindes i modermælk, har ingen effekt, fordi de nedbrydes eller ikke optages i barnets mave-tarm-system. Andre stoffer optages kun i ganske lille mængde. Derfor er der næsten ingen risiko for barnet ved at blive ammet, efter moderen er blevet opereret, så længe moderen først ammer, når hun selv kan lægge barnet til brystet og amme uden overvågning. Der er ikke evidens for betydningen af at malke ud, før amningen genoptages efter anæstesi.

Som smertebehandling efter operation anvendes paracetamol og NSAID (dog ikke acetylsalicylsyre) i terapeutiske doser [DASAIM 2015, OUH 2017]. Ved stærkere smerter kan morfin i normal dosering benyttes i kortere tid. Ved anvendelse af høje doser eller langtidsbehandling, bør barnet observeres for sedation og respirationsdepression. Dette gælder specielt børn under 1-2 måneder og for tidligt fødte. Ammende mødre bør derfor almindeligvis ikke udskrives med morfin. Kodein bør ikke anvendes. Petidin kan anvendes som én enkelt dosering, men gentagne doser må frarådes, da de aktive metabolitter har meget lang udskillelles-tid hos barnet.

Medicin og amning [DASAIM 2015]:

Amning		
Bør ikke anvendes: • Kodein • Stesolid • (Petidin)	Anvendes under visse forudsætninger: • Morfin • Ondansetron • DHB • Midazolam • Ketamin • Petidin • Dexametason	Anvendes om nødvendigt: • Bupivacain • Ropivacain • Lidocain • Fentanyl • Sufentanil • Alfentanil • Remifentanil • Muskelrelaxantia (suxa, esmeron, nimbex) • Thiomebumal • Propofol • Sevofluran

Amning og medicin er beskrevet i [afsnit 4.4](#).

10.4 Blodtab efter fødslen

Stort blodtab efter fødslen kan få betydning for mælkeproduktionen.

Der findes kun ganske enkelte studier på sammenhængen mellem stort blodtab efter fødslen og amning. Sundhedspersonale har imidlertid erfaring for, at et stort blodtab (> 500 ml) efter fødslen har en negativ indvirkning på mælkeproduktionen. Et deskriptivt studie fra Australien og New Zealand, hvor kvinderne havde mistet > 1500 ml blod efter fødslen, viser, at signifikant færre startede amning efter fødslen i forhold til ønsket. Kun 52 % ammede inden for den første time efter fødslen og de, der oplevede stor forsinkelse af første amning, var mindre tilbøjelige til at fortsætte med fuld amning. Jo større blodtabet var, jo mindre tilbøjelige var de til at initiere og fastholde en fuld amning.

Sundhedspersonalet skal være opmærksomt på kvinder, der har haft stort blodtab og tilbyde moderen ekstra hjælp og omsorg efter behov i forbindelse med etablering af amning [Thompson 2010].

10.5 Brystkirurgi

Det er vigtigt at være særlig opmærksom på barnets trivsel, hvis moderen er brystopereret.

Kvinder, der har fået foretaget en brystoperation, har ofte svært ved at etablere en fuld amning. Ofte giver brystimplantationer færre problemer end brystreduktioner [Gutowski 2006]. Kvinder, der har fået fjernet det ene bryst (unilateral mastektomi), kan uden problemer amme med det andet, forudsat at det fungerer normalt [Wambach et al 2019].

Kvinder, der har fået foretaget en brystoperation, kan have gavn af at drøfte deres forventninger til amning allerede i graviditeten. Det er imidlertid aldrig til at vide på forhånd, hvordan amningen vil forløbe for den enkelte kvinde. Har kvinden et ønske om at amme, er en positiv tilgang til forsøget af stor betydning – og sundhedspersonalets støtte og opmuntring spiller en afgørende rolle [Brzozowski 2000].

10.5.1 Brystimplantation

Kvinder, der har fået foretaget en brystimplantation, har øget risiko for problemer med amningen.

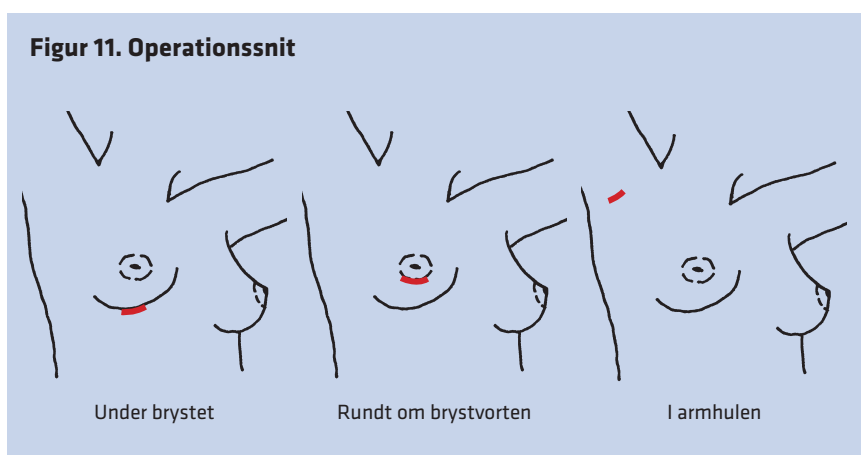
En metaanalyse viser, at sandsynligheden for at amme fuldt er 40 % reduceret, hvis moderen har fået en brystforstørrende operation [Schiff 2014].

Operationssnittet lægges typisk rundt om areola (peri-areolært), under brystet eller i armhulen (axillen), se figur 11. Implantatet kan placeres enten over eller under brystmusklen.

Snittets placering har stor betydning for amningen. De peri-areolære snit er hyppigere forbundet med nedsat mælkeproduktion, idet risikoen for at lædere nervetråde og mælkegange er betydeligt større her. Trykket fra implantatet kan også påvirke mælkeproduktionen. Hvis presset mod alveolerne i længere tid er øget, kan det forårsage atrofi af cellevæggen i alveolerne og dermed mindske mælkeproduktion [West 2008].

Det er derfor vigtigt at være ekstra opmærksom på barnets trivsel i hele ammeperioden og specielt under etableringen.

Endelig kan brystimplantatet bevirke, at lagerkapaciteten mindskes, hvilket betyder, at kvinden må amme hyppigere for at få en tilstrækkelig mælkeproduktion. Implantater, som er placeret over brystmusklen nedsætter lagerkapaciteten mere end implantater, der ligger under [West 2008].



10.5.2 Brystreduktion

Muligheden for at amme efter en brystreduktion afhænger af, hvor velbevaret mælkegange, nerveforsyning og blodtilførsel er – og hvor meget kirtelvæv, der er fjernet.

Operationsmetoden har stor betydning for dette [Thibaudeau 2010]. Hyppigst anvendes transpositionsteknikken, hvor brystvorte og areola forbliver vedhæftet på en stilk af brystkirtelvæv. Stilkens tykkelse har betydning for, hvordan det siden hen går amningen, jo tykkere jo bedre. I enkelte tilfælde adskilles brystvorten og areola fra brystkirtelvævet og syes på igen, efter at brystkirtelvævet er reduceret. Denne operationsteknik har en betydeligt dårligere prognose og benyttes kun, hvis det ikke er muligt at anvende transposition [West 2008].

Der er en del usikkerhed omkring målingen af ammefrekvenser efter brystreduktion. Flere undersøgelser viser, at ca. 60 % af de kvinder, hvor transpositionsteknikken er anvendt, ammer fuldt efter 2 uger [Hefter 2003], men at frekvensen falder hurtigt herefter. Over 90 % oplever at have problemer i løbet af de første 10 dage, og flere brystreducerede har problemer med for lidt mælk i forhold til ikke-brystreducerede [Souto 2003].

Flere undersøgelser påpeger, at kvinder, der har fået foretaget brystreduktion, ofte samtidig er overvægtige [Cruz 2007] – og overvægt er også en risikofaktor for tidligt ammeophør, se [afsnit 10.16](#).

Der er imidlertid ingen tvivl om, at en beskadigelse af nervebanerne kan have betydning, både for prolaktinniveauet og dermed mælkeproduktionen – og for oxytocinniveauet, hvilket går ud over nedløbsrefleksen. Problemer med nedløbsrefleksen kan afhjælpes med syntocinonspray. Mælkeproduktionen er derfor det primære problem i forbindelse med reduktion af brystet, og det er derfor vigtigt at være meget opmærksom på barnets trivsel [Wambach et al 2019]. Mælkeproduktionen kan stimuleres med elektrisk malkemaskine. Der er ikke set større risiko for udvikling af abscessdannelse hos brystreducerede kvinder [West 2008]. Hvis barnet ikke kommer i trivsel, tilbydes modermælkserstatning. Barnets trivsel er beskrevet i [afsnit 6.9](#).

Beskadigelse af mælkegange betyder, at mælken ikke kan komme ud. Det ser imidlertid ud til, at der sker en vis spontan rekanalisering af

mælkegangene. Det kan være en del af forklaringen på, at amningen ofte bedres for hver efterfølgende fødsel [Cruz 2007].

10.6 Brystkræft

Kvinder, der har haft brystkræft, har ofte problemer med mælkeproduktionen.

25 % af alle kvinder, som får diagnosticeret brystkræft, er stadig i den fertile alder. Brystkræft kan også opstå under graviditeten og i ammeperioden.

I ammeperioden kan det være vanskeligt at diagnosticere brystkræft, da mælken gør det svært at vurdere radiografiske billeder. Tilstoppede mælkegange og rødme, som ikke forsvinder ved almindelige tiltag samt gentagen brystbetændelse skal undersøges nærmere. En ammende mor, som har fået stillet diagnosen brystkræft, skal behandles. Behandlingen består oftest af kirurgi og kemoterapi og strålebehandling. På grund af kemoterapien skal moderen stoppe amning. Det er en myte, at partikler, som kan forårsage kræft, overføres til barnet via modermælk [Wambach et al 2019].

Kvinder, der tidligere har været behandlet for en brystkræft, kan amme. Der er ikke dokumentation for, at amning kan forårsage tilbagefald. Tværtimod kan amningen øge sandsynligheden for, at kvinden overlever i længere tid [Camune 2007].

I lighed med kvinder, der har fået foretaget en brystreducerende operation, se [afsnit 10.5.2](#), kan kvinder, som er blevet opereret for brystkræft, få problemer med mælkeproduktionen. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på barnets trivsel i ammeperioden.

Blod og pus fra brystvorten, ny udiagnosticeret knude, forstørrede lymfeknuder i armhulen og infektioner, som ikke bedres, kan være tegn på tilbagefald, og kvinden henvises til egen læge [Camune 2007].

10.7 Ekstra brystvæv

Ekstra brystvæv kan give problemer, specielt i starten af ammeperioden.

Ekstra brystvæv kan forekomme overalt langs mælkelinjen, se [afsnit 4.1.1](#), og har sit eget lukkede gangsystem. Hyppigst ses det ekstra bryst-

væv i axillen eller på thorax [Wambach et al 2019]. Ekstra brystvæv kan danne mælk og give samme problemer som kirtelvævet i brystet, dvs. brystspænding, infektioner, cancer m.v. [Wilson-Clay 2005]. Når der ikke er nogen udførselsgang, vil dannelsen af mælk føre til stort pres på vævet, som enten resulterer i involution og atrofi af kirtelvævet eller forårsager lokal Inflammation med risiko for infektion.

Det normale brystvæv strækker sig også op i axilregionen. Mælk, som dannes i dette kirtelvæv, løber ud i mælkegangene i brystet, til forskel fra mælk dannet i det ekstra brystvæv, som ikke har forbindelse til brystets gangsystem [Wilson-Clay 2005].

Problemer i det ekstra brystvæv behandles ligesom tilsvarende problemer i brystet, se [afsnit 9.2](#).

10.8 Etniske minoriteter

Kvinder med anden etnisk baggrund end dansk kan have øget risiko for at stoppe amningen tidligt.

Etniske minoriteter udgør en stadig større del af den danske befolkning. I 2015 var 12,3 % af den danske befolkning indvandrere og efterkommere heraf, 4,4 % kom fra vestlige lande og 7,9 % fra ikke-vestlige lande [Danmarks Statistik]. Ifølge Danmarks Statistiks befolkningsfremskrivning vil indvandrere og efterkommere udgøre 16,4 % af befolkningen i 2030.

I de fleste lande er der forskel på ammevarigheden mellem forskellige etniske grupper. For hvert år en migrant lever i et nyt land, falder ammevarigheden [Schmied 2011]. En dansk undersøgelse [Busck-Rasmussen 2014] viser, at færre mødre fra ikke-vestlige lande ammer deres børn fuldt i 4 måneder sammenlignet med danske mødre. Der er betydelige forskelle mellem de etniske grupper, idet de tyrkiske og pakistanske mødre har den laveste hyppighed af fuld amning. Når man ser på efterkommerne, er der blandt de tyrkiske og pakistanske mødre endnu færre, der ammer deres børn fuldt i 4 måneder.

Dette bekræftes i en temarapport fra Databasen Børns Sundhed [Johansen 2016], hvor man i den samlede gruppe af indvandrere og efterkommere fra både vestlige og ikke-vestlige lande finder, at der er væsentligt færre blandt efterkommerne, der ammer deres børn fuldt i 4 måneder.

Andelen af mødre med dansk herkomst, der ammer fuldt i 4 måneder er 61,8 %, og i gruppen af mødre, der er efterkommere, er andelen 46,2 %.

Der er i Danmark ingen etniske forskelle på, om børnene bliver lagt til brystet i de første to timer efter fødslen eller hvor mange, der får modermælkserstatning under indlæggelsen i forbindelse med fødslen [Busck-Rasmussen 2014].

Der er generelt stor viden om, at amning er det sundeste for mor og barn, også blandt kvinder med anden etnisk baggrund end dansk. Men traditioner og normer fra kvindernes oprindelsesland kan gøre det vanskeligt for kvinderne at amme i Danmark, hvor hverdag og levevis kan være meget anderledes end der, hvor familien stammer fra. Fx kan det være tabu at amme i det offentlige rum [Nilsson 2007]. Kvinderne kan have en anden familiestruktur og et andet kønsrollemønster end etnisk danske kvinder. Det er derfor vigtigt at afdække, hvem kvinden først og fremmest får støtte fra og evt. medinddrage disse i vejledningen.

Hvis kvinden ikke taler eller forstår dansk, er det nødvendigt at benytte tolk. Ifølge § 50 i sundhedsloven har patienter, der har ret til behandling på sygehus, også ret til tolkebistand, når lægen skønner, at det er nødvendigt for behandlingen.

Gode råd til samtaler via tolk:

- Af hensyn til moderens blufærdighed er det bedst med en kvindelig tolk, hvis det er muligt.
- Familien og tolken bør ikke afvente samtalebegyndelse i samme venteværelse, når det foregår på et sygehus. I kommunen anbefales det, at sundhedsplejersken og tolken ankommer samtidig til hjemmet.
- Tolken skal præsenteres for familien, og der bør gives giv tid til, at de hilser på hinanden.
- Tolken skal placeres, så denne kan se og høre alle parter.
- Familien bør oplyses om tolkens tavshedspligt.
- Der bør tales direkte til forældrene og opmærksomheden holdes på dem. Det er familien og den sundhedsprofessionelle, som skal tale sammen. Tolken er et neutralt hjælpemiddel og skal kun oversætte, hvad der bliver sagt.

- Det er vigtigt at tale tydeligt og i korte sætninger. Der bør holdes naturlige pauser, hvis når indviklede forhold skal forklares.
- Ironi bør undgås.
- Omformulering af budskaber kan fremme forståelsen, hvis noget er vanskeligt.
- Feedback i samtalen med mor og far kan bidrage til at afklare, om de har forstået indholdet af samtalen. Læs mere om feedback som metode i [afsnit 2.3.1](#).

En samtale med kvinden i graviditeten eller i den første tid efter fødslen kan omfatte traditioner og normer for amning i familien, ønsker og forventninger til amning samt en drøftelse af de barrierer, der muligvis kan være for at amme, når man er flyttet til et andet land. Læs mere om vejledning af forældre med anden etnisk baggrund end dansk [side 273](#).

Det kan være problematisk for en kvinde med muslimsk baggrund at give sit barn mælk fra en anden kvinde (donormælk), da barnet herefter anses for tæt knyttet til kvinden i et ammeslægtskab. Det betyder, at barnet ikke senere kan blive gift ind i denne familie, hvorfor mange ikke bryder sig om, at deres barn får donormælk [Khatib-Chahidi 1995, Nilsson 2007]. Dette forhold må tages med i behandling af syge og for tidligt fødte børn med anden etnisk baggrund end dansk.

For familier, der ikke forstår dansk, kan man i vejledningen anvende videoer fra Global Health Media: <https://globalhealthmedia.org/videos/>. Videoerne findes på mange forskellige sprog. Hos Unicef – United Kingdom: <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/training/> findes også gode pjecer og videoer på engelsk. Materialet hos både Global Health Media og Unicef er evidensbaserede og følger WHO's anbefalinger om amning.

10.9 Fysisk aktivitet

Moderat fysisk aktivitet påvirker hverken mængden eller sammensætningen af modermælken.

Fysisk aktivitet ændrer hverken mængden eller sammensætningen af modermælk [Lovelady 1990] og har heller ikke betydning for barnets vækst [Daley 2012]. Dette under forudsætning af, at moderen spiser og drikker normalt.

Ekstrem fysisk aktivitet kan forårsage et fald i mælken indhold af immunologiske faktorer, bl.a. IgA og lactoferrin, som imidlertid vender tilbage til almindeligt niveau efter 1 times hvile. Tilsvarende fald ses ikke efter moderat fysisk aktivitet [Lovelady 2003]. Ligeledes stiger laktatindholdet i mælken efter ekstrem fysisk aktivitet, mens det ikke stiger efter moderat aktivitet [Quinn 1999]. Der er uenighed om laktats betydning for barnets accept af mælken [Wright 2002].

10.10 Fødselsdepression

En mor med fødselsdepression kan have særlig brug for at drøfte, hvordan amningen opleves.

Mødre med depressive symptomer i graviditeten eller lige efter fødslen kan have mindre tiltro til, at de kan amme. Der er flere, der oplever ammeproblemer, og de ammer i kortere tid end andre kvinder [Dennis 2009, Dias 2015].

Forskningsundersøgelser har identificeret inflammation som en af de mange faktorer, der spiller en rolle for udvikling af fødselsdepression. Det inflammatoriske responssystem igangsættes af både fysisk og psykisk stress. Efter fødslen er kvinder i særlig risiko for fødselsdepressioner, fordi deres inflammatoriske responssystem blev naturligt forhøjet som forberedelse til fødslen og fortsætter med at være forhøjet i perioden efter fødslen [Kendall-Tackett 2007]. Når amningen fungerer problemfrit, ser det ud til, at den har en dæmpende virkning på den stressreaktion, som kan forårsage en øget inflammatorisk respons [Figueiredo 2013].

Hos kvinder, der oplever amningen smertefuld med fx sår og revner eller brystbetændelse, ses en øget risiko for fødselsdepression [Brown 2016].

Tidlig opsporing af mødre med fødselsdepression, hvilket kan ske allerede i graviditeten [Madsen 2017], er afgørende for at kunne give disse kvinder og deres familier den bedst mulige støtte og vejledning. De kan have brug for hjælp til at afklare, om de vil have det bedst med at amme, give modermælkerstatning eller en kombination af amning og modermælkerstatning. En velfungerende amning kan have en positiv effekt på moderens psykiske velbefindende bl.a. gennem et hævet stemningsleje og dæmpning af stress og angst [Sibolboro 2004].

Mødre, der ammer fuldt, sover bedre end de, der giver flaske, og søvnen kan have en helbredende virkning på depressionen [Doan u.å., Figueiredo 2013]. Mødre med fødselsdepression har brug for ekstra opmærksomhed og kan have brug for praktisk hjælp. Faderen eller en anden nær pårørende kan være en væsentlig ressource, og det kan i nogle tilfælde være nødvendigt, at far overtager orloven i en periode, mens mor bliver sygemeldt. Det er vigtigt at være i dialog om, hvordan amningen opleves af moderen – og støtte hende i de valg, hun træffer. For nogle kvinder kan det være en lettelse at stoppe, hvorimod det for andre har stor betydning at fortsætte amningen [Hatton 2005, Wambach et al 2019].

Det er sjældent nødvendigt at stoppe amningen, hvis en ammende kvinde skal behandles med medicin. Hvis medicinsk behandling er nødvendig, er det vigtigt at være opmærksom på, at der findes lægemidler, som er forenelige med amning [Institut for Rationel Farmakoterapi 2014, www.promedicin.dk, Hale 2014].

10.11 Graviditet

Amning under graviditet og amning af søskende er normalt uden betydning for børnene.

Amning under en efterfølgende graviditet har generelt ingen betydning for hverken det ufødte barn eller det barn, der ammes. Mange mødre, der ammer i graviditeten oplever øget træthed, smerter/ømhed i bryst og brystvorte og et fald i mælkeproduktionen, som er størst i 1. trimester. Flere børn vænner sig selv fra brystet under graviditeten, hvilket kan skyldes faldet i mælkeproduktionen og en ændret smag. Der er enkelte beretninger fra gravide om sammentrækninger af livmoderen under amning [Moscone 1993, Wambach et al 2019].

Det er muligt at amme både det nyfødte barn og et større barn samtidigt (tandemamning). Hormonelle ændringer i graviditeten ændrer mælkens sammensætning, så det nyfødte barn får kolostrum de første dage efter fødslen. Det nyfødte barn skal have dækket sit ernæringsbehov ved brystet først. Derfor er det af stor betydning, at det mindste barn får lov til at sutte færdigt ved det ene bryst, før det lægges til det andet, så det også får den fede mælk. [Wambach et al 2019].

10.12 Hovedpine og migræne

Nogle kvinder kan være plaget af hovedpine, som er direkte relateret til amning.

Almindelig hovedpine, som kun optræder en gang imellem, kan, hvis den ikke forsvinder ved hvile, behandles med perifert virkende analgetika. Som første præparat anvendes Paracetamol. NSAID præparater (dog ikke acetylsalicylsyre) og kodein kan også benyttes i almindelige doser, uden at det påvirker barnet [Institut for Rationel Farmakoterapi 2005].

Sværere hovedpine eller migræne aftager som regel i graviditeten, men kan derefter vende tilbage efter fødslen. Almindelig migrænemedicin kan benyttes, men ergotamin præparater har en negativ effekt på mælkeproduktionen [Hagen 2006, Wambach et al 2019].

To typer hovedpine er direkte relateret til amning. Den ene opstår i forbindelse med den første nedløbsrefleks under en amning og er knyttet til stigningen i oxytocin. Den anden udløses af et overfyldt bryst og afhjælpes ved at amme eller malke ud. Sidstnævnte ses hyppigere, når barnet sover igennem om natten og ved amning af tvillinger [Thorley 1997].

10.13 Hvide brystvorter

Hvide brystvorter kræver ekstra opmærksomhed på sutteteknik.

Hvide brystvorter ses hos enkelte kvinder. Ved amning eller blot ved berøring af brystvorterne blegner disse, ofte ledsaget af smerter. Den hyppigste årsag til smerter i forbindelse med amning er dårlig sutteteknik, som ligeledes kan forårsage hvide brystvorter. Det er således vigtigt i første omgang at vurdere sutte- og ammeteknik og vejlede moderen, så barnet får godt fat om brystet [Wambach et al 2019].

I ganske få tilfælde skyldes de hvide brystvorter Morbus Raynaud – en kredsløbssygdom, hvor arteriolerne trækker sig sammen og giver karspasmer, som forårsager nedsat blodgennemstrømning perifert. Ved Mb. Raynaud ses et typisk farveskift fra blege/hvide brystvorter til blå (cyanotiske). Når karrene dilateres igen, kan brystvorterne skifte farve til rød. Dette to- eller trefasede farveskift er ofte fulgt af voldsomme smerter. Dårlig sutteteknik og kulde kan udløse symptomer fra Mb. Raynaud. En vurdering af sutteteknikken er således også nødvendig her.

Varme kan afhjælpe generne. I svære tilfælde kan tilstanden behandles med Nifedipine, som er foreneligt med amning [Anderson 2004].

På grund af de voldsomme smerter forveksles tilstanden ofte med Candida Albicans infektioner, se [afsnit 9.1.3](#). Det typiske farveskift og forværringen ved kuldepåvirkning kan imidlertid være vejledende for diagnosticeringen [Anderson 2004, Wambach et al 2019].

10.14 Infektionssygdomme

10.14.1 Hepatitis

Mødre med hepatitis kan amme deres børn.

Hepatitis B smitter via blod og kropsvæsker. Risikoen for smitte fra mor til barn ved fødslen er ca. 75 %, men afhænger af hvor smitsom modrens infektion er. Af de børn, der bliver smittet perinatalt, får omkring 70 % en kronisk hepatitis. Alle gravide tilbydes screening for hepatitis B.

For at undgå smitte vaccineres børn af hepatitis B-positive mødre umiddelbart efter fødslen, og helst inden de forlader fødestuen. Der gives samtidig hepatitis B immunglobulin. Barnet hepatitis B vaccineres igen, når det er 1, 2 og 12 måneder gammelt [Sundhedsstyrelsen 2005a].

Mødre med hepatitis B kan amme uden risiko for barnet, når vaccinationsserien er påbegyndt.

Hepatitis C smitter via blod. Den perinatale smittefrekvens er under 5 %. Smitten er ikke større for børn, der ammes end for flaskeernærede børn, hvorfor hepatitis C hos moderen ikke kontraindicerer amning. Der findes ingen vaccine eller forebyggende behandling mod hepatitis C [Sundhedsstyrelsen 2002].

10.14.2 Herpes simplex virus

Mødre med herpes simplex kan amme, medmindre der er friske herpes-sår på brystet.

Herpes simplex virus smitter via direkte kontakt mellem mor og barn. Det er en udbredt infektion blandt mødre, der sjældent giver sygdom hos den nyfødte. Men på den anden side er neonatal herpes en meget alvorlig sygdom. Risikoen for smitte er størst ved førstegangsudbrud af herpes simplex virus, hvor hverken moderen eller barnet har antistoffer.

Herpes simplex virus overføres ikke til brystmælken, hvilket betyder, at moderen kan amme, medmindre hun har friske herpessår på brystet. God håndhygiejne er vigtig, og har moderen herpessår på kroppen, må de tildækkes for at undgå smitte til barnet. Lokal eller systemisk behandling af herpessåret kan fremme helingen. Amning under behandlingen er uden risiko for barnet. Hvis moderen har herpessår på brystet, kan mælkeproduktionen opretholdes ved udmalkning, indtil sårene er helet. Denne mælk kasseres.

Dette afsnit bygger på referencen Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi 2001.

Læs mere om smitteveje i *Anbefalinger om forebyggelse, diagnose og behandling af seksuelt overførbare infektioner* [Sundhedsstyrelsen 2015].

10.14.3 Hiv og aids

Hiv-positive mødre frarådes at amme.

Hiv smitter via blod og kropsvæsker. Der er stor risiko for smitte (15-40 %) af barnet i graviditeten, ved fødsel og amning. Hovedparten af smitten foregår sent i graviditeten. Ved antiviral kombinationsbehandling i graviditeten reduceres smitterisikoen til under 1 %. Da hiv smitter gennem brystmælk, frarådes amning, og der gives modernælkserstatning [Sundhedsstyrelsen 2013b].

10.15 Kroniske sygdomme

Generelt har kroniske sygdomme ingen betydning for mælkeproduktionen. En undtagelse er underbehandlet hypofunktion af thyreoidea [Wambach et al 2019].

Oftest er det nødvendigt, at obstetriker og anden specialist i tæt samarbejde følger og behandler kvinder med kroniske sygdomme under graviditet, fødsel og barsel. Kvinder med kronisk sygdom vil typisk blive indplaceret i svangreomsorgens niveau 2 eller 3, der indebærer et udvidet tilbud til den gravide, hvilket også kan være relevant i forhold til amning [Sundhedsstyrelsen 2013a]. Hvis moderen er i medicinsk behandling for en kronisk sygdom og ønsker at amme, er det næsten altid muligt at finde lægemidler, som er forenelige med dette [Hale 2014].

10.15.1 Diabetes

Insulinbehandling er ingen hindring for at amme, og mødre med diabetes har ofte et lavere insulinbehov i ammeperioden.

En dansk undersøgelse viser, at mødre med diabetes i ligeså høj grad som andre danske mødre ønsker at amme, og at det både gælder for mødre med type 1- og type 2-diabetes [Herskin 2015]. Dette ændres imidlertid 4 måneder efter fødslen, hvor 49 % af mødre med type 1-diabetes ammer fuldt, 23 % af mødre med type 2-diabetes [Herskin 2015] og 55-60% ammer fuldt i den danske baggrundsbefolkning [Sundhedsdatastyrelsen 2015, Statens Seruminstitut 2015]. Faktorer af positiv betydning for ammevarigheden var højt antal af amninger de første 24 timer efter fødslen. Højt BMI før graviditeten og rygning havde negativ betydning for ammevarigheden. Generelt ser det ud til, at mødre med diabetes holder op med at amme af samme årsager som andre mødre [Fallon 2015].

Hos kvinder med gestationel diabetes har studier vist, at amning medfører et bedre sukkerstofskifte med lavere blodsukkerniveauer [O'Reilly 2011]. Hos både mor og barn kan den positive effekt, som amning har på sukkerstofskiftet, reducere risikoen for at udvikle type 2-diabetes senere i livet [Crume 2011, Gunderson 2012]. Generelt har kvinder med gestationel diabetes en 7 gange større risiko for at udvikle type 2-diabetes senere i livet, men denne risiko kan altså reduceres eller forsinkes ved amning [Much 2014].

Ammende mødre med type 1-diabetes har et faldende insulinbehov efter fødslen. Behovet falder som udgangspunkt med ca. 10 % sammenlignet med insulinbehovet før graviditeten.

Undersøgelser har vist, at mødre med diabetes kan opleve en forsinket laktogenese, hvilket menes at have flere årsager [De Bortoli 2016], se [afsnit 9.3.3](#). Børn af mødre med type 1-diabetes overvåges og behandles intensivt for hypoglykæmi det første døgn og sutter derfor ikke så hyppigt ved brystet. Det kan medføre, at moderens mælkeproduktion ikke opfylder barnets behov for mad. Mødre, der ikke er i risiko for at føde for tidligt, kan have gavn af at malke lidt mælk ud sidst i graviditeten, så barnet kan få den efter fødslen, hvis det har brug for tilskud til amningen, se [afsnit 7.7](#). Sundhedspersonalet skal derfor være opmærksomt på, at mødre med insulinkrævende diabetes kan have brug for at stimulere mælkeproduktionen yderligere ved udmalkning, se [kapitel 7](#). Endvidere

er der særlig behov for opmærksomhed på hud mod hud-kontakt, tidlig amning efter fødslen og efterfølgende tæt kontakt mellem mor og barn, så mælkeproduktionen kan stimuleres [Fallon 2015, De Bortoli 2016].

Bakterie- og svampeinfektioner ses hyppigere hos mødre med type 1-diabetes, specielt hvis deres diabetes ikke er velreguleret. Enhver infektion vil hurtigt få blodsukkeret til at stige [Wambach et al 2019]. Sundhedspersonalet bør derfor vejlede disse mødre i at være opmærksomme på tidlige symptomer på infektion, se [afsnit 9.2.5](#) og [9.1.3](#).

Mødre med type 1-diabetes har som nævnt et betydeligt lavere behov for insulin i ammeperioden og et større energibehov. Blodsukkerniveauet bør derfor observeres intensivt, når moderen begynder at producere mælk, og igen når hun stopper med at amme. En gradvis nedtrapning af amningen giver et mere stabilt forløb i blodsukkerniveauet end et brat ammestop [Wambach et al 2019]. Ved type 1-diabetes kan natamning betyde, at moderen har brug for et mellemmåltid om natten [Fallon et al 2015]. Desuden kan det anbefales, at kvinderne har en snack tilgængelig i ammesituationen [Sparus-Lundin & Berg 2011].

Insulinbehandling er ingen hindring for at amme [Damkier 2014]. Og amning synes at have en forebyggende effekt på udvikling af diabetes hos barnet, se [afsnit 3.3.6](#).

10.16 Overvægt

Overvægtige mødre kan få problemer med forsinket laktogenese og har brug for særlig hjælp.

Færre overvægtige mødre får etableret en effektiv amning, og ammeperioden er generelt kortere end hos normalvægtige [Kronborg et al 2012]. Jo højere prægravid body mass index (BMI), jo større er risikoen for et kort ammeforløb [Wojcicki 2011], og ammevarigheden hos overvægtige afkortes jo større vægtforøgelsen er under graviditeten [Hilson 2004]. Overvægtige mødre, der er førstegangsfødende, eller som er flergangsfødende med tidligere dårlige ammeerfaringer, er i særlig risiko for tidligt ammeophør [Kronborg et al 2012].

Der er et sammenfald mellem overvægt og forsinket laktogenese [Hilson 2004], se [afsnit 9.3.3](#). Det kan skyldes, at prolaktinniveauet er lavere hos overvægtige mødre [Rasmussen 2004], og at der kan være mekaniske

problemer, som gør, at barnet ikke stimulerer mælkeproduktionen optimalt [Hale et al 2007]. Samtidig kan meget fedtvæv have en negativ betydning for den udvikling, der sker i brystet under graviditeten [Hale et al 2007].

Undersøgelser [Visram 2013] viser, at overvægtige mødre er mindre motiverede for at amme end normalvægtige. Der ses desuden en øget hyppighed af komplikationer hos overvægtige under graviditet og fødsel – og hos deres nyfødte børn – som kan medvirke til ammeproblemer [Amir 2007]. Endelig kan psykosociale faktorer inklusive negativ kropsopfattelse formentlig også have indflydelse på ammeforløbet [Amir 2007].

Sundhedspersonalet må allerede i graviditeten drøfte overvægt, livsstil og vaner med kvinden med det formål at skabe refleksion over spisevaner og yde støtte til en ændring, således at hun ikke øger sin vægt for meget i løbet af graviditeten [Lepe 2011].

Efter fødslen er det vigtigt at være opmærksom på, at overvægtige kvinder kan være tilbageholdende med at bede om hjælp ved ammeproblemer [Keely 2015]. Der kan være brug for mere støtte til at få barnet lagt godt til brystet og finde gode ammestillinger. Tvillingestillingen er ofte velegnet til overvægtige mødre. Har moderen samtidig et stort bryst, kan hun vejledes i at afhjælpe det træk, som kommer, når barnet sutter på et tungt bryst.

Et dansk, randomiseret studie viser, at jævnlig telefonsupport til overvægtige kvinder i det første halve år efter fødslen øger ammevarigheden betydeligt [Carlsen 2013]. Et studie viser, at kvinden kan have brug for at drøfte håndteringen af problemer med for lidt mælk [Mok 2008]. Det er også betydningsfuldt at vejlede om hud mod hud-kontakt og informere om, at barnet skal hyppigt til brystet for at stimulere den tidlige mælkedannelse [McGuire 2013].

Kvinder, som har gennemgået operation for overvægt – gastric bypass – skal have tilskud af B12-vitamin, og skal desuden rådgives af egen læge om behovet for andre kosttilskud. Det skyldes, at disse kvinder som følge af operationen har problemer med optagelse af visse næringsstoffer, og der derfor kan forekomme mangelstilstande hos det ammede barn [Sundhedsstyrelsen 2019, DSOG 2017]. Se [afsnit 4.3](#).

10.17 Piercing

Piercing i brystvorterne kan beskadige mælkegangene.

Selvom piercinger ikke generelt antages at være skadelige for mælkeproduktionen, er det kendt, at det kan gøre amningen vanskeligere. Brystvortepiercinger heler langsomt, og der er øget risiko for infektion, som kan udvikle sig til abscesser efter indgrebet. Piercingen kan desuden være placeret, så mælkegangene er beskadiget enten ved selve indgrebet, ved efterfølgende dannelse af arvæv eller arvæv efter eventuelle infektioner omkring piercingen. Der kan opstå galaktoré, da stimuleringen af brystvorten kan føre til hyperprolaktinæmi. Prolaktinniveauet vil normaliseres efter fjernelse af piercingen [Stirn 2003, Holbrook 2012].

Mælken kan løbe ud af piercing-hullerne under amning, sådan at barnet får et dårligt tag om brystet, slipper brystet og mælken kan løbe ud af barnets mund [Holbrook 2012]. Ofte ses også tilstoppede mælkegange, brystbetændelse og utilstrækkelig overførsel af mælk til barnet, som derfor kan komme i dårlig trivsel. Sensitiviteten i brystvorten kan blive nedsat, hvilket kan få betydning for nedløbsrefleksen.

Det frarådes at amme med en piercing isat. Hvis moderen ønsker at beholde ringen i brystvorten under amningen, skal hun informeres om, at det kan være svært for barnet at få godt fat om brystet, og at der er risiko for, at den falder af, så barnet kan få den galt i halsen. Det kan være en god idé at fjerne ringen så tidligt som muligt i graviditeten [Martin 2004].

10.18 Prævention

Hormonel prævention kan have en negativ indvirkning på mælkeproduktionen.

Prævention, som virker ved at danne en barriere for indtrængen af sæd i livmoderen, har ingen indflydelse på amningen. Kondom og pessar kan således anvendes uden problemer. Det samme kan spiral uden progestin [ABM 2015].

En gennemgang af eksisterende studier vedrørende hormonal prævention viser, at det er usikkert, hvordan det påvirker mælkeproduktionen [Lopez 2015]. Prævention, som virker hormonelt og udelukkende indeholder gestagen, har tilsyneladende kun en lille negativ indflydelse

på mælkeproduktionen. Disse præparater kan anvendes, når amningen er veletableret, og mælkeproduktionen tilstrækkelig. Hormonkombinationspræparater anbefales generelt ikke, før amningen er afsluttet, da der kan forekomme en betydelig nedgang i mælkeproduktionen. Jo højere indhold af østrogen, jo større er den negative effekt på mælkeproduktionen [ABM 2015, Wambach et al 2019].

På verdensplan anvendes amning som prævention hyppigere end alle andre metoder tilsammen. Lactationel Amenorrhea Method [LAM-metoden] er således en væsentlig årsag til et øget interval mellem børnefødslerne i fattige dele af verden. LAM-metoden yder en beskyttelse mod graviditet på ca. 98 %, hvis følgende betingelser er opfyldt [ABM 2015, Labbok 1997]:

- At moderen endnu ikke menstruerer efter fødslen
- At barnet udelukkende bliver ammet
- At barnet bliver ammet mindst 6 gange i døgnet, uden længere interval mellem amningerne end højst 6 timer
- At barnet er mindre end 6 måneder gammelt.

Det er usikkert, om danske kvinder ammer så tæt, som det er nødvendigt for at opnå den høje beskyttelsesgrad. Så snart samlivet genoptages efter fødslen, er det derfor vigtigt at bruge anden prævention, hvis parret ikke ønsker ny graviditet. 1½ % af alle aborter i Danmark foretages indenfor det første år efter en fødsel.

10.19 Rusmidler – cannabis m.v.

Amning frarådes, hvis moderen bruger cannabis eller andre euforiserende stoffer.

Efter fødsel bør kvinder i substitutionsbehandling opfordres til at amme. Ammende kvinder, som er i behandling med enten buprenorfin eller metadon, anbefales at fortsætte med samme præparat. Buprenorfin bør ordineres i form af et præparat uden nalaxon.

Amning frarådes, hvis moderen bruger cannabis eller andre euforiserende stoffer. De fleste rusmidler passerer over i modermælken og kan påvirke barnet. Det gælder også alkohol og cannabis. Koncentrationen af

cannabis er 8 gange højere i mælken end i moderens blod og kan spores i barnets urin op til 2-3 uger efter amning [Sundhedsstyrelsen 2017a].

10.20 Rygning

Nikotin udskilles i modermælken og er sundhedsskadeligt for barnet. Mødre, der ryger, opfordres til at stoppe med at ryge. Hvis rygestop ikke er muligt, opfordres de til at amme, fordi fordelene ved modermælk overskygger ulemperne ved rygning.

Børn af mødre, der ryger under graviditeten og/eller efter fødslen, har forøget risiko for luftvejsinfektioner, astma, allergier og hjerte-rytme-forstyrrelser, ligesom risikoen for vuggedød er væsentligt højere, end hvis moderen ikke ryger [McAfee 2007, Napierala 2016].

Der er omkring 4000 forskellige kemikalier i tobak, hvoraf nikotin er det mest kendte og bedst undersøgte. Nikotin overføres til modermælken og mængden er i gennemsnit ca. 3 gange højere i brystmælken end i blodet. Det skyldes, at modermælken har lavere pH end blodet.

Koncentrationen af nikotin i modermælken er afhængig af, hvor meget moderen ryger og hvor lang tid, der er gået fra hun røg sidst. Nikotin overføres også til modermælken, hvis moderen udsættes for passiv rygning. Mælken indeholder færre lipider, hvilket kan forklare, at spædbørn tager mindre på, når de ammes af mødre, der ryger. Det reducerede indhold af lipider kan også påvirke udviklingen af nervesystemet negativt.

Det er veldokumenteret, at mødre, som ryger ammer i kortere tid end mødre, som ikke ryger. Mødre, der ryger producerer mindre mælk end mødre, der ikke ryger. Det kan skyldes, at nikotin i moderens blod reducerer prolaktinniveauet og dermed mælkeproduktionen. Det kan også skyldes, at mælkeproduktionen stimuleres mindre, fordi børn af mødre, der ryger har en forsinket sutte-refleks og sutter med et lavere tryk. Derudover ser oxytocinniveauet og nedløbsrefleksen ud til at være negativt påvirket gennem et øget niveau af adrenalin, som resulterer i en sammentrækning af blodårerne og dermed hæmmer cirkulationen af oxytocin [Napierala 2016]. Endelig har studier også vist, at psykosociale faktorer har betydning, når mødre, der ryger stopper med at amme tidligt [Amir 2001].

10.20.1 Rygestop

Rygende, ammende kvinder anbefales rygestop og at få rådgivningsmæssig hjælp hertil. Stoplinien og de fleste kommuner har gratis tilbud, som kan benyttes. Ammende kvinder anbefales *ikke* rutinemæssigt at benytte rygestopmedicin, men nikotinsubstitution bør foreslås anvendt, hvis rygestop ellers ikke er muligt. Nikotin udskilles i modermælken, men den potentielle risiko ved nikotinsubstitutionsbehandling er lavere end ved fortsat rygning, og barnet beskyttes mod sundhedsskader fra passiv røg.

Hvis der anvendes nikotinpræparater, foretrækkes produkter, som ikke afgiver nikotin kontinuerligt (dvs. fx tyggegummi, spray og resoribletter, men ikke plaster). Koncentrationen af nikotin i modermælken reduceres mest muligt, hvis nikotinproduktet bruges umiddelbart efter amning [Sundhedsstyrelsen 2006, Damkier 2014].

Anbefalinger om rygestop

Gravide og ammende kvinder, der ryger, opfordres til at stoppe med at ryge og henvises til Stoplinien eller til et kommunalt rygestoptilbud. Det samme gælder for partnere, der ryger. Gravide, der bruger e-cigaretter med nikotin, røgfri tobak eller lignende, opfordres også til at stoppe.

10.20.2 Fortsat rygning

Hvis moderen ikke stopper med at ryge, anbefales det, at hun fortsat ammer sit barn, fordi de gavnlige effekter ved modermælken overstiger de negative effekter, som er forbundet med fortsat rygning.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at barnet også optager de skadelige stoffer fra røgen gennem lungerne, når det opholder sig i rum, hvor der er røg i luften, eller hvor der har været røget. Der bør derfor ikke ryges i barnets bolig.

Der er en øget risiko for vuggedød, når spædbørn sover i samme seng som forældrene, især hvis forældrene er rygere [American Academy of Pediatrics 2016]. Hvis den ene eller begge forældre ryger, informeres forældrene om den øgede risiko ved samsovning, så de kan tage stilling til, om de vil sove sammen med barnet, se [afsnit 6.7.2](#).

Anbefalinger ved fortsat rygning

Hvis moderen eller partneren ikke stopper med at ryge i ammeperioden, anbefales følgende:

- Ryg så lidt som muligt.
- Ryg lige efter en amning – og vent med at ryge igen til efter næste amning.
- Ryg udenfor.

Pjecer

Sundhedsstyrelsen har udgivet pjecerne *Røgfri graviditet* og *Sunde vaner før, under og efter graviditet*, som kan hentes på www.sst.dk. Pjecerne findes også i trykt form og kan bestilles på www.kfsbutik.dk.

10.21 Små bryster

Kvinder med små bryster kan normalt producere den mængde mælk, som barnet har brug for.

Brystets størrelse, form og symmetri har normalt ingen betydning for kvindens evne til at producere mælk. Målt over et døgn producerer små bryster således ligeså meget mælk som store bryster [Cregan 1999]. Brystets størrelse har imidlertid betydning for lagerkapaciteten. Det betyder, at det kan være nødvendigt at amme hyppigere og undgå lange intervaller mellem amningerne for at vedligeholde en tilstrækkelig mælkeproduktion [Cregan 1999]. Det er vigtigt at være opmærksom på dette, også hos kvinder som udelukkende malker ud.

Ganske få kvinder har imidlertid utilstrækkeligt kirtelvæv (hypoplasi) til at kunne amme fuldt ud. Hypoplasi kombineret med et stort mellemrum mellem brysterne kan give et fingerpeg om øget risiko for utilstrækkelig mælkeproduktion. Det gælder også, hvis en kvinde har markant asymmetri mellem brysterne. Brysternes størrelse, form og symmetri er imidlertid ikke tilstrækkeligt til at vurdere brystets evne til at danne mælk.

Har kvinden ikke mærket ændringer i brystet under graviditeten eller i de første dage efter fødslen, er der imidlertid grund til at være særlig opmærksom på barnets trivsel [Wambach et al 2019]. Kvinder med hypoplasi kan stadig amme, hvis de ønsker det, men må supplere med modermælkserstatning, så barnet får den mad, det har brug for.

10.22 Spiseforstyrrelser

Hvis moderen har en spiseforstyrrelse, bør sundhedspersonalet være særlig opmærksomt på barnets trivsel.

Hvis moderen har eller har haft en spiseforstyrrelse, er der øget forekomst af lav Apgar test hos barnet [Bansil 2008], desuden ses også øget risiko for neuropsykiatriske sygdomme, lav fødselsvægt, hjerteabnormiteter og andre misdannelser [Micali 2009]. Mange kvinder med spiseforstyrrelser har problemer med etablering og opretholdelse af amningen, og tidlig introduktion af modermælkserstatning forekommer hyppigere hos denne gruppe kvinder [Waugh 1999].

En tidligere spiseforstyrrelse kan reaktiveres i forbindelse med graviditet og fødsel, ligesom disse kvinder har forøget risiko for udvikling af fødselsdepression på helt op mod 50 % [Astrachan-Fletcher 2008]. Desuden ses ofte forstyrrelser i mor-barn-relationen. Børn af mødre med spiseforstyrrelser er i markant øget risiko for udvikling af trivselsproblemer og psykiske forstyrrelser, herunder spiseforstyrrelser i barndommen [Park 2003].

Spiseforstyrrelser kan have betydning for moderens oplevelse af amningen. Dels kan hun have svært ved at klare den tætte fysiske kontakt til barnet, og dels kan amningen give en følelse af manglende kontrol. Den øgede opmærksomhed på egen krop og kropsforandringer kan ligeledes bevirke, at amningen bliver for overvældende eller direkte vækker afsky, og kvinder med anorexi er således i høj risiko for at afbryde amningen [Torgersen 2010].

Erfaringer fra behandling af kvinder med spiseforstyrrelser viser, at mindre end 50 % af kvinderne oplyser om deres lidelse, når de bliver gravide. Mangelfuld vægtøgning hos mor og lav fostertilvækst i graviditeten, overdreven motion, misbrug af bl.a. diuretika og laksantia samt ukarakteristiske ammeproblemer kan være tegn på spiseproblemer. Disse kvinder har brug for særlig støtte til at få talt om deres tanker og

følelser omkring amning og hjælp til at vælge amningen til eller fra. Mor-barn-relationen og moderens kropsopfattelse er vigtige faktorer i dette valg [Waugh 1999].

10.23 Store bryster

Kvinder med store bryster kan have svært ved at lægge barnet godt til brystet.

Kvinder med store bryster danner ligeså meget mælk i løbet af et døgn, som kvinder med små bryster. Da store bryster har en større lagerkapaciteten, betyder det i praksis, at mange kvinder med store bryster ammer færre gange dagligt end kvinder med små bryster, og at mælkeproduktionen ikke er så sårbar over for længere intervaller mellem amningerne [Cregan 1999].

Kvinder med store bryster kan have problemer med at lægge barnet godt til brystet. Det kan være vanskeligt at se brystvorten og barnet rigtigt. Et spejl kan være en god hjælp for moderen til at se, hvordan barnet har fat. Brystet kan have en tendens til at glide ud af barnets mund pga. tyngden. Desuden kan det være svært at sidde behageligt, samtidig med at barnet ligger godt ved brystet. Problemerne kan afhjælpes med et sammenrullet håndklæde under brystet. Det kan også være en god idé at ligge på siden og amme. For nogle kvinder med store bryster fungerer det bedst at give barnet det øverste bryst, når de ligger ned. Endelig kan moderen amme ved at sidde ved et bord og lade barn og bryst hvile på bordet [Wilson-Clay 2005].

Da det ofte er lidt mere omstændeligt for kvinder med store bryster at få barnet til at sutte godt ved brystet, kan det være vanskeligt at amme diskret. Samtidig kan kvinderne pga. deres bryststørrelse være mere blufærdige.

10.24 Vaccinationer

Der er ikke grund til at udsætte vaccination af moderen pga. amning.

Hverken levende eller dræbte vacciner udgør nogen risiko for den ammende mor og hendes barn. Den ammende mor kan således uden problemer lade sig vaccinere, da selv levende vacciner ikke overføres til modermælken [ACIP 1994].

Referencer til kapitel 10

ABM/The Academy of Breastfeeding Medicine (2005): *Clinical protocol #13. Contraception during breastfeeding*. Febr. www.bfmed.org

ACIP (1994): *General recommendations on immunization. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)*. MMWR Recomm. Rep.:43(RR-1):1-38.

American Academy of Pediatrics (2016). *SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2016 Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment*. Policy Statement. PEDIATRICS Volume 138, number 5, November 2016: e2 0162938

Amir LH (2001): Maternal smoking and reduced duration of breastfeeding: a review of possible mechanism. *Early Human Development*:64:45-67.

Amir, L H, Donath S (2007): *A Systematic Review of Maternal Obesity and Breastfeeding Intention, Initiation and Duration*. BMC Pregnancy and Childbirth 7 (1): 9. doi:10.1186/1471-2393-7-9.

Anderson JE et al (2004): *Raynaud's Phenomenon of the Nipple: A Treatable Cause of Painful Breastfeeding* Pediatrics:113(4):e360-4.

Astrachan-Fletcher E et al (2008): *The Reciprocal Effects of Eating Disorders and the Postpartum Period: A Review of the literature and Recommendations for Clinical Care*. J Womens Health (Larchmt) 17 (2), 227-239. 3

Bansil P et al (2008): *Eating disorders among delivery hospitalizations: prevalence and outcomes*. J Womens Health (Larchmt). 2008 Nov;17(9):1523-8. doi: 10.1089/jwh.2007.0779.

Brown, A et al (2016): *Understanding the Relationship between Breastfeeding and Postnatal Depression: The Role of Pain and Physical Difficulties*. Journal of Advanced Nursing 72 (2): 273-82. doi:10.1111/jan.12832.

Brzozowski D et al (2000): *Breastfeeding after inferior pedicle reduction mammoplasty*. Plastic and Reconstructive Surgery:105(2):530-4.

Busck-Rasmussen M et al (2014): *Breastfeeding Practices in Relation to Country of Origin Among Women Living in Denmark: A Population-Based Study*. Matern Child Health J. 19. april 2014;18(10):2479-88.

Camune B & Gabzdyl E (2007): *Breastfeeding after breast cancer in childbearing women*. Journal of Perinatal and neonatal nursing:21(3):225-33.

Carlsen, E. M. et al (2013): *Telephone-Based Support Prolongs Breastfeeding Duration in Obese Women: A Randomized Trial*. American Journal of Clinical Nutrition 98 (5): 1226-32. doi:10.3945/ajcn.113.059600.

Cheales-Siebenaler NJ (1999): *Induced Lactation in an Adoptive Mother*. Journal of Human Lactation:15(1):41-3.

Cregan MD, Hartmann P (1999): *Computerized breast measurement from conception to weaning: Clinical implications*. Journal of Human Lactation:15(2):89-96.

Crume TL et al (2011): *Long-term impact of neonatal breastfeeding on childhood adiposity and fat distribution among children exposed to diabetes in utero*. Diabetes Care 2011;34:641-5

Cruz NI & Korchin L (2007): *Lactation performance after breast reduction with different pedicles*. Plastic and Reconstructive Surgery:120(1):35-40

Daley AJ 2012. *Maternal exercise and growth in breastfed infants: a meta-analysis of randomised controlled trials*. Pediatrics 2012.

Damkier P (2014). *Lægemidler og amning*. Rationel Farmakoterapi nr 4(april). https://www.sst.dk/da/rationel-farmakoterapi/maanedsbldet/2014/rationel-farmakoterapi-4,-2014/laegemidler_og_amning

Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, DSOG (2001): *Herpes simplex og graviditet*. Guideline 2001. www.dsog.dk

DASAIM (2015): *Rekommandation vedrørende anæstesi og amning*. DASAIM 2015. <http://www.dasaim.dk/wp-content/uploads/2015/05/Rekommandation-amning-og-an%C3%A6stesi-DASAIM-2015.pdf>

De Bortoli J, Amir LH (2016): *Is onset of lactation delayed in women with diabetes in pregnancy? A systematic review*. Diabet Med. 2016 Jan;33(1):17-24.

Dennis et al (2009): *The Relationship between Infant-Feeding Outcomes and Postpartum Depression: A Qualitative Systematic Review*. Pediatrics 123 (4): e736-751. doi:10.1542/peds.2008-1629.

Dias et al (2015): *Breastfeeding and Depression: A Systematic Review of Doan T et al. u.å (2011). Breastfeeding Increases Sleep Duration of New Parents*. The Journal of Perinatal & neonatal Nursing. 2011; July/September 2011 (3): 200-206.

Doan T et al (2014): *Breastfeeding Increases Sleep Duration of New Parents*. J. Perinat. Neonatal Nurs. 2011 July/September 2011, 200-6.

DSOG (2017): *Bariatrisk opererede gravide*. Obstetrisk Guideline. Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, DSOG.

Evenson KR (2014): *Summary of international guidelines for physical activity after pregnancy*. Obstet Gynecol Surv. 2014

Fallon A, Dunne F (2015): *Breastfeeding practices that support women with diabetes to breastfeed*. Diabetes Res Clin Pract. 2015 Oct;110(1):10-7.

Figueiredo B et al (2013): *Breastfeeding and Postpartum Depression: State of the Art Review*. Jornal de Pediatria 89 (4): 332-38. doi:10.1016/j.jped.2012.12.002.

Giglia R.C. et al (2008): *The effect of alcohol intake on breastfeeding duration in Australian women*. Acta Paediatr. 97, 624-629. doi:10.1111/j.1651-2227.2008.00760.x

Gunderson EP et al (2012): *Lactation intensity and postpartum maternal glucose tolerance and insulin resistance in women with recent GDM: the SWIFT cohort*. Diabetes Care 2012;35:50-6.)

Gutowski KA (2006): *Aesthetic and functional breast surgery*. Clin. Obstet. Gynecol. 49, 337-45.

Hale T & Hartmann P. (2007): *Textbook of Human Lactation*. 1st edition. Hale Publishing 2007.

Hale TW (2014): *Medications and mothers milk*. 16 th edition. Hale Publishing 1712 N Forest St. Amarillo, TX 79106.

Hagen K et al (2006): *Migrenebehandling ved graviditet og amning*. Tidsskrift for den Norske Lægeforening;126(23): 3107-9.

Hastrup MB et al (2014): *Alcohol and Breastfeeding*. Minireview. Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology. Volume 114, Issue 2, pages 168-173.

Hatton DC et al (2005): *Symptoms of postpartum depression and breastfeeding*. Journal of Human Lactation;21(4):444-9.

Heftner W et al (2003): *Lactation and breastfeeding ability following lateral pedicle mammaplasty*. The British Association of Plastic Surgeons;56:746-51.

Herskin CW et al (2015): *Low prevalence of long-term breastfeeding among women with type 2-diabetes*. J Matern Fetal Neonatal Med. 2015 Oct 7;1-6.

Hilson JA et al (2004): *High prepregnant body mass index is associated with poor lactation outcome among white, rural women independent of psychosocial and demographic correlates*. Journal of Human Lactation;20(1):18-29.

Ho E et al (2001): *Alcohol and Breastfeeding: Calculation of Time to Zero Level in Milk*. Biology of the Neonate;80:219-22.

Holbrook J et al 2012. *Body piercing: complications and prevention of health risks*. Am J Clin Dermatol 2012.

Institut for Rationel Farmakoterapi (2005): *Medicin til gravide og ammende del 1 og del 2 Rationel Farmakoterapi nr. 2 og 3*. www.irf.dk.

Johansen A et al (2016): *Amning: Temarapport og årsrapport. Børn født i 2014*. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

Keely A et al (2015): *Barriers to breast-feeding in obese women: A qualitative exploration*. Midwifery 31, 532-539. doi:10.1016/j.midw.2015.02.001

Kendall-Tackett (2007). *A new paradigm for depression in new mothers: the central role of inflammation and how breastfeeding and inflammatory treatments protect maternal mental health*. International Breastfeeding Journal;2;6.

Khatib-Chahidi J (1995): *Milk Kinship in Shi'ite Islamic Iran*. I Maher V (red.): The Anthropology of Breastfeeding. Berg Publishers Limited, USA.

Khiabani 2008. *Anestesiprocedyrer og amming*. Tidsskrift Norsk Legeforening 2008.

Kronborg et al (2012): *Obesity and early cessation of breastfeeding in Denmark*. European Journal of Public Health, 23, (2); 316–322.

Labbok MH et al (1997): *Multicenter Study of the Lactational Amenorrhea Method (LAM): Efficacy, Duration, and Implications for Clinical Application*. Contraception:55:327-36.

Lepe M et al 2011. *Effect of maternal obesity on lactation*: Systematic review. Nutr Hosp. 2011.

Lopez LM et al 2015. *Combined hormonal versus non-hormonal versus progestin-only contraception in lactation*. Cochrane Database Syst Rev.

Lovelady C et al (1990): *Lactation performance of exercising women*. American Journal of Clinical Nutrition:52:103-9.

Lovelady C et al (2003): *Effect of exercise on immunologic factors in breastmilk*. Pediatrics:111:e148-52.

Madsen SAa et al (2017): *Tidlig opsporing af fødselsdepression hos vordende mødre og fædre ved graviditetsundersøgelser hos praktiserende læge*. København: Klinik for Psykologi, Pædagogik & Socialrådgivning, Rigshospitalet.

Martin J (2004): *Is nipple piercing compatible with breastfeeding?* Journal of Human Lactation:20(3):319-21.

McAfee G (2007): *Drugs of abuse and breastfeeding*. I Hale TW & Hartmann P: Textbook of Human Lactation. 1. edition. Hale Publishing, Amarillo, Texas. Mennella J (2001): *Alcohol's effect on breastfeeding*. Alcohol Research & Health: 25(3):230-4.

McGuire, Elizabeth. 2013. *Breastfeeding and High Maternal Body Mass Index*. Breastfeeding Review: Professional Publication of the Nursing Mothers' Association of Australia 21 (3): 7–14.

Menella J (2001). *Alcohol's effect on lactation*. Alcohol Research and Health 2001;25(3):230-4.

Micali N & Treasure J (2009) *Biological effects of a maternal ED on pregnancy and foetal development: a review Eur Eat Disord Rev*. 2009 Nov;17(6):448-54. doi: 10.1002/erv.963.

Mok EC et al (2008): *'Decreased Full Breastfeeding, Altered Practices, Perceptions, and Infant Weight Change of Prepregnant Obese Women: A Need for Extra Support'*. PEDIATRICS 121 (5): e1319–24. doi:10.1542/peds.2007-2747.

Moscone SR et al (1993): *Breastfeeding during pregnancy*. Journal of Human Lactation:9(2):83-8. Moscowitz M (2007): *Foredrag om 'amning og spiseforstyrrelser – erfaringer fra børne- og ungdomspsykiatrisk afd, BBH'*. København, maj.

Much D et al (2014): *Beneficial effects of breastfeeding in women with gestational diabetes mellitus*. Mol Metab. 2014 Jun;3(3):284-92.

Napierala M et al (2016): *Tobacco smoking and breastfeeding: Effect on the lactation process, breastmilk composition and infant development. A critical review.* Environmental Research. Volume 151, November 2016, pages 321-338

Nilsson I (2007): *Amning eller flaske mellem traditioner og moderne liv.* Komiteen for Sundhedsoplysning.

O'Reilly MW et al (2011): *High prevalence of abnormal glucose tolerance postpartum is reduced by breast-feeding in women with prior gestational diabetes mellitus.* Eur J Endocrinol 2011;165:953-9.

OUH (2017): *Amning og anæstesi.* Odense Universitetshospital 2017. <http://ekstern.infonet.regionsyddanmark.dk/files/dokument74606.htm>

Park RJ et al (2003): *The offspring of mothers with eating disorders.* Eur Child Adolesc Psychiatry. 2003;12 Suppl 1:I110-19.

Quinn TJ, Carey GB (1999): *Does exercise intensity or diet influence lactic acid accumulation in breastmilk.* Medicine and Science in Sports and Exercises:31(1):105-10.

Rasmussen K.M., Kjolhede, C.L. (2004): *Prepregnant overweight and obesity diminish the prolactin response to suckling in the first week postpartum.* Pediatrics 113, e465-e471.

Schiff M et al 2014. *The impact of cosmetic implants on breastfeeding: a systematic review and meta-analysis.* International breastfeeding Journal;9-17

Schmied V et al (2011): *Women's Perceptions and Experiences of Breastfeeding Support: A Metasynthesis.* Birth. marts 2011;38(1):49-60.

Sibolboro M. E (2004): *Breastfeeding and Maternal Stress Response and Health.* Nutrition Reviews 62 (7): 261-68. doi:10.1301/nr.2004.jul.261-268
Stirn A (2003): *Body piercing: medical consequences and psychological motivations.* Review. Lancet:361:1205-15.

Souto GC et al (2003): *The Impact of Breast Reduction Surgery on Breastfeeding Performance.* J. Hum. Lact. 19, 43-49. doi:10.1177/0890334402239733.

Sparud-Lundin C et al (2011): *Breastfeeding in women with type 1 Diabetes.* Diabetes Care, 34; 296-301.

Statens Serum Institut. *Monitorering af barselsperioden.* www.ssi.dk

Stirn A (2003): *Body Piercing: medical consequences and psychological motivations.* Review lancet:361:1205-15.

Sundhedsdatastyrelsen. Den Nationale Børnedatabase. Første leveår. Amning. www.sundhedsdatastyrelsen.dk

Sundhedsstyrelsen (2002): *Vejledning om forebyggelse mod viral hepatitis.*

Sundhedsstyrelsen (2005a): *Vejledning om generel screening af gravide for hepatitis B virus infektion.*

Sundhedsstyrelsen (2006): *Om rygning og brug af nikotinprodukter under graviditet*.

Sundhedsstyrelsen (2009): *Vejledning nr. 49 af 30. juni 2009 om etablering af regionale familieambulatorier*. www.sst.dk

Sundhedsstyrelsen (2011): *Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer*. www.sst.dk.

Sundhedsstyrelsen (2013a): *Anbefalinger for svangreomsorg*. www.sst.dk

Sundhedsstyrelsen (2013b): *Vejledning om HIV (Human Immundefekt Virus) og hepatitis B og C virus. Forebyggelse af blodbåren smitte, diagnostik og håndtering i sundhedsvæsenet og på andre arbejdspladser*. www.sst.dk

Sundhedsstyrelsen (2015): *Anbefalinger om forebyggelse, diagnose og behandling af seksuelt overførbare infektioner*. www.sst.dk

Sundhedsstyrelsen (2017a): *Vejledning nr. 10375 til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin*. Lovkrav og anbefalinger. www.retsinformation.dk

Sundhedsstyrelsen (2019): *Ernæring til spædbørn og småbørn – en håndbog for sundhedspersonale*. 4. udgave 1. oplag.

Thibaudeau S et al (2010): *The effects of breastreduction on successful breastfeeding: A systematic review*. Journal of Plastic & Aesthetic Surgery:63;1688-1693.

Thompson JF et al (2010): *Women's breastfeeding experiences following a significant primary post partum haemorrhage: A multicentre cohorte study*. International Breastfeeding Journal:5;5.

Thorley VV (1997): *Lactation and headaches*. S. D. J. Med. 1997 50, 57.

Torgersen L et al (2010). *Breastfeeding practice in mothers with eating disorders*. Matern Child Nutr. 2010 Jul 1;6(3):243-52

Visram H et al (2013): *'Breastfeeding Intention and Early Post-Partum Practices among Overweight and Obese Women in Ontario: A Selective Population-Based Cohort Study'*. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine 26 (6): 611-15. doi:10.3109/14767058.2012.735995.

Wambach K et al (2019): *Breastfeeding and Human Lactation*, 6. Edition 2019, ISBN: 978-1-284-15156-5.

Waugh E & Bulik CM (1999): *Offspring of women with eating disorders*. International Journal of eating disorders:25(2):123-33.

West D al (2008): *Breastfeeding after breast and nipple procedures. A guide for health professionals*. Hale Publishing, USA.

WHO (1998): *Relactation. Review of experience and recommendations for practise*. Department of Child and Adolescent Health and Development. Geneva. WHO/UNICEF (2003): *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*.

Wilson-Clay B & Hoover K (2005): *The Breastfeeding Atlas*. 3 ed. Lactnews Press, USA.

Wojcicki, J M. (2011): *Maternal Prepregnancy Body Mass Index and Initiation and Duration of Breastfeeding: A Review of the Literature*. Journal of Women's Health 20 (3): 341–347.

Wright KS et al (2002): *Infants acceptance of breastmilk after maternal exercise*. Pediatrics:109:585-9.

www.promedicin.dk.

Særlige forhold hos barnet

Modermælken har stor betydning for syge og sårbare nyfødte. Et barn, som ikke kan sutte effektivt, kan have stor glæde af at få sin mors udmalkede mælk. Det kan være nødvendigt for moderen at stimulere mælkeproduktionen, hvis barnet ikke sutter effektivt.

Mødre til syge nyfødte kan have en fornemmelse af, at personalet er bedre til at tage sig af deres børn og kan derfor opleve en tilfredshed ved at kunne bidrage til deres barns sundhed med modermælk [Van Riper 2001]. For nogle er det imidlertid en stressfaktor oven i barnets sygdom. Det er vigtigt at tale med forældrene om deres oplevelser af at have et sygt barn og om deres forventninger til og ønsker for amningen samt støtte forældrene i det, som er mest rigtigt i den givne situation [Lambert 1998, Nilsson 2005].

Adskillelse af mor og barn pga. indlæggelse efter fødslen er beskrevet i [afsnit 6.7.3](#).

Her følger i alfabetisk rækkefølge en gennemgang af forhold hos barnet med betydning for amning.

11.1 Allergidisponerede børn

Amning har en forebyggende effekt på udvikling af mælkeallergi.

EAACI (Det Europæiske Selskab for Allergologi) anbefaler amning til 6-månedersalderen til alle børn for at forebygge mælkeallergi. Hos allergidisponerede børn har undersøgelser vist, at amning eller anvendelse af højt hydrolyseret modermælkserstatning til fulde 4 måneder har en forebyggende effekt på udvikling af komælksallergi. Efter 4-månedersalderen er der ikke påvist en sådan forebyggende effekt [Muraro 2014]. Der er ikke påvist forebyggende effekt af en særlig diæt til den ammende kvinde.

Ernæring af allergidisponerede spædbørn er beskrevet i *Ernæring til spædbørn og småbørn – en håndbog for sundhedspersonale* [Sundhedsstyrelsen 2019].

11.2 Børn med begrænset fysisk formåen

Børn med begrænset fysisk formåen skal hjælpes, så de bruger så lidt energi som muligt, når de sutter ved brystet.

Syge og handicappede børn kan have svært ved at få godt fat om brystet og sutte effektivt, og mødrene kan have brug for ekstra hjælp til amningen. Ofte er det nødvendigt, at moderen stimulerer mælkeproduktionen ved udmalkning. Behovet afhænger af den konkrete situation. Men mange kan have gavn af tiltag, som gør det mindre energikrævende at få mælk fra brystet, se boksen herunder.

Tips i forbindelse med amning af børn med begrænset fysisk formåen

- Vis moderen, hvordan hun får mælken til at løbe lettere ved at stimulere nedløbsrefleksen, inden barnet lægges til, og amme med kompression.
- Vis moderen, hvordan hun kan støtte brystet godt, så det ikke glider ud af barnets mund.
- Vis moderen, hvordan hun kan støtte barnets hoved med hånden. Barnets krop kan støttes ved hjælp af puder eller ved at mor har barnet i en slynge eller bæresele, se [figur 12 a](#). På den måde vil moderen også få en hånd fri, så hun bedre kan støtte brystet.
- Vis moderen, hvordan hun kan støtte både brystet og barnets hoved med 'ballarinagrebet', så barnet bliver stimuleret til at sutte og ikke glider af brystet, se [figur 12 b](#).
- Vis moderen, hvordan hun kan stimulere andre af barnets medfødte neonatale reflekser. Ved at lade barnet have fast underlag under fødderne eller ved at barnet griber om hendes finger, kan suttereflexen styrkes (fx ved laid back breastfeeding, se [afsnit 6.5.1](#)).
- Foreslå evt. moderen at bruge en suttebrik, da den kan stimulere barnets sutterefleks kraftigere.

11.2.1 Amning med kompression

Hos det sattesvage barn eller et barn i dårlig trivsel kan det være hjælpsomt, at moderen komprimerer brystet i den sidste del af måltidet. Ved

kompression klemmer moderen med moderat fasthed den ene hånd sammen om brystet, samtidig med at barnet sutter. Det øger trykket i brystet og stimulerer nedløbsrefleksen, så mælken bliver lettere tilgængelig for barnet [Morton 2009]. Se evt. video: <https://ammehjelpen.no/artikkel/204/Slik-kan-du-fa-mer-melk-med-melkekompresjon>

Denne teknik kan også anvendes ved udmalkning se [afsnit 7.5](#).

11.3 Caries

Modermælk beskytter mod caries i barnets første leveår, men kan øge risikoen for caries efter 1-årsalderen.

Modermælk indeholder en del sukker og har derfor været mistænkt for at øge risikoen for caries, specielt hvis barnet ammes i længere tid. I modsætning til modermælkserstatning indeholder modermælk imidlertid lactobaciller, humant kasein og sIgA, som hæmmer cariogene bakterier, specielt orale streptokokker, i at vokse og klæbe sig fast til tænderne og forårsage caries.

Et systematisk review og metaanalyse viser, at amning op til 1-årsalderen yder en vis beskyttelse mod caries, sammenlignet med modermælks-erstatning. Ammes barnet mere end 12 måneder, fordobles risikoen for caries, og risikoen forøges væsentligt, hvis barnet ammes hyppigt om natten. Reviewet pointerer, at forebyggelse af caries inkluderer indtag af næringskilder, der har et lavt indhold af simple kulhydrater (sukker), og god tandbørstning, som begynder, når barnets første tænder bryder frem.

Dette afsnit bygger på referencen Tham 2015.

11.4 Dehydrering

Dehydrering hos det nyfødte barn kan forebygges ved øget opmærksomhed på den tidlige amning og vejning af barnet 4-5 dage efter fødslen.

Dehydrering med forhøjede serum-natriumværdier hos det nyfødte barn er en alvorlig tilstand, som i værste fald kan give cerebrale skader og død. Flere undersøgelser viser, at der er en stigende hyppighed blandt nyfødte både i Danmark og i udlandet [Sundhedsstyrelsen 2011, Iyer 2007].

Nye danske opgørelser har vist, at et øget antal i øvrigt raske nyfødte børn, som er født til tiden, genindlægges med dehydrering. Børnene er bl.a. karakteriseret ved at være “large for gestational age”, at være børn af førstegangsfødende, at blive ammet og være i manglende trivsel på 4.-5. dag efter fødslen [Reilev 2007, Zachariassen 2002].

De første tegn på dehydrering hos nyfødte er nedsat afføringshyppighed, sparsom urin og vægttab. Færre end 4 afføringer på dag 4 – og sent skift fra overgangsafføring til gul, grynet ‘mælkeafføring’ er tilsyneladende det vigtigste symptom i de første dage efter fødslen [Nommsen-Rivers 2008].

Der bør også holdes øje med barnets vandladning. Ved tørre bleer, mørk urin eller urater bør personalet være opmærksomt på, hvorvidt moderens mælkeproduktion er tilstrækkelig. Sjældnere ses indsunken fontanelle, tørre slimhinder og tør hud. Senere ses temperaturforhøjelse og påvirkede blodprøver (hypernatriæmi, hyperbilirubinæmi). Barnet kan reagere ved enten at være uroligt, også efter måltider, eller omvendt ved at være meget roligt og sove meget, hvilket fejlagtigt kan tolkes som tilfredshed [Zachariassen 2002].

Dehydrering forebygges bedst ved at være opmærksom på sutte- og ammeteknik lige fra de allerførste amninger efter fødslen. Hvis moderen har ammeproblemer ved udskrivelsen, skal der lægges en plan, som følges op af sygehuset eller af sundhedsplejersken ved tidligt besøg. Ved udskrivelse mindre end 72 timer efter fødslen tilbydes et barselsbesøg af sundhedsplejersken i hjemmet på 4. dagen efter fødslen. Formålet med dette besøg er primært at vurdere barnets ernæringsstilstand og støtte mor i amningen. Ved behov for mere støtte kan fødestedet tilbyde yderligere rådgivning, evt. indlæggelse. Se i øvrigt det reviderede kapitel 15 i *Anbefalinger for svangreomsorgen*, Sundhedsstyrelsen 2013. Sundhedspersonalet skal være opmærksomt på tidlige symptomer på dehydrering: sparsom afføring og urin samt vægttab ude over det, som anses for normalt lige efter fødslen, se [afsnit 6.9.1](#). Forældrene skal informeres om de almindelige trivselstegn og om ved hvilke symptomer, de skal henvende sig til sygehuset eller den kommunale sundhedstjeneste for vurdering af barnet inden udskrivelse fra fødestedet, se [afsnit 6.9.3](#).

Vejning af raske nyfødte børn på barselafdelingen har været et kontroversielt emne både i Danmark og i udlandet. Bekymringerne har været, at mødrene mister tilliden til egen formåen og fokuserer på vægten frem for at være opmærksom på barnets trivselstegn. Det har imidlertid vist sig, at en klinisk

vurdering af dehydrering alene er for tilfældig. God kompetent ammevejledning og vejning af barnet 3-5 dage efter fødslen enten på fødestedet i forbindelse med hæl-blodprøve og hørescreening, af sundhedsplejersken eller hos den praktiserende læge kan forebygge neonatal dehydrering og forlænge ammeperioden [Reilev 2007, Zachariassen 2002, Iyer 2007].

11.5 Diarré

Modermælk er den bedste ernæring til behandling af diarré hos spædbørn.

Diarré kan skyldes flere forskellige virale og bakterielle patogener, og amning minimerer risikoen, se kapitel 3. Modermælk tolereres godt og er letfordøjeligt. Hvis spædbarnet får diarré, bør amningen fortsætte uden afbrydelse, da modermælk er den bedste ernæring til behandling af diarré hos spædbørn.

Hvis barnet er dehydreret, kan det være nødvendigt at supplere med væsketerapi under indlæggelse. Hvis barnet er plaget af kvalme og ikke har lyst til at sutte ved brystet, kan det være nødvendigt for moderen at stimulere brystet, så mælkeproduktionen kan opretholdes, mens barnet er sygt, se [kapitel 7](#).

Dette afsnit bygger på referencen Wambach et al 2019.

11.6 Down syndrom

Hypotoni er en stor udfordring i relation til amning af børn med Down syndrom.

Fordelene ved modermælk har særlig stor betydning for børn med Down syndrom, da de har større risiko for at få infektioner end andre børn på grund af et dårligere immunforsvar [Pisacane 2003].

Gruppen af børn med Down syndrom omfatter både børn, som ikke behøver hjælp i forbindelse med amning, og børn som har store vanskeligheder, fordi de eksempelvis har en meget dårlig søge- og sutterefleks. Men selv for mødre med store begyndervanskeligheder, kan amningen ofte lykkes. [Davies 2000] En undersøgelse [Pisacane 2003] har imidlertid vist, at mødre til børn med Down syndrom stopper tidligere med at amme, og at det ikke kun er problemer relateret til børnene, som får dem til at afslutte amningen. I undersøgelsen stopper flere mødre således på grund af depression og lavt selvværd i forbindelse med fødslen af et barn

med Down syndrom. Støtte til moderen og den nære familie har i den forbindelse stor betydning for såvel amning som for familiens samlede situation [Wambach et al 2019].

Mange børn med Down syndrom har også andre helbredsmæssige problemer. Op mod 40 % har hjertelidelser, som kræver operation, 5 % har tarmforsnævninger, og en stor del af børnene får gulsot – forhold som kan have negativ indvirkning på etablering af amning. Vanskeligst er det for børn med Down syndrom, der samtidig har en alvorlig hjertelidelse [Davies 2000].

Et af de hyppigste problemer hos børn med Down syndrom er dårlig muskelspænding (hypotoni), som samtidig giver børnene store problemer i forbindelse med amning. Hypotonien kan betyde, at børnene har vanskeligt ved at danne vakuum og har ineffektive tungebevægelser, som gør det svært at svøbe om brystvorten, at holde brystet inde i munden og at malke mælken ud. Desuden vil svag halsmuskulatur gøre det svært for barnet at holde hovedet, og barnet vil således have en tendens til at glide af brystet [Wambach et al 2019]. På den anden side kan amning medvirke til, at barnets muskulatur trænes. Den bedste stimulation af en slap muskulatur er at bruge den.

Figur 12. Støtte til det suttessvage barn

Nogle børn, fx børn med Down syndrom, har svært ved at beholde brystet i munden. Her er der brug for særlig hjælp.



Hvis barnet bæres i en sele eller "slynge", kan moderen støtte barnets hoved med den ene hånd og brystet med den anden.



Med "ballarinagrebet" kan moderen hjælpe barnet med at sutte mere effektivt.

Mange mødre til børn med Down syndrom har brug for ekstra hjælp i begyndelsen. Det kræver tid og tålmodighed at sikre, at barnet har godt fat om brystet ved hvert eneste måltid. Det er vigtigt at være opmærksom på, at barnets hypotoni har betydning for stimulation af mælkeproduktionen. Det kan således være nødvendigt for moderen at stimulere brystet yderligere ved udmalkning, se [kapitel 7](#).

11.7 Gulsot

Børn, der fortsat er gule efter 14. levedøgn, skal have taget blodprøve, der kan vise om barnet har galdevejsatresi. Barnet skal derfor henvises til egen læge [Sundhedsstyrelsen 2003]. Gulsot og amning er tæt forbundne og bør vurderes samlet, hvis der er problemer med enten gulsot eller amning [Wambach et al 2019].

11.7.1 Fysiologisk gulsot

Fysiologisk gulsot hos det nyfødte barn er almindeligt forekommende og svinder normalt i løbet af de første uger efter fødslen. Gulsoten kan imidlertid forværres, hvis moderen ikke får etableret en velfungerende amning. Omvendt kan amningen også påvirkes negativt af gulsoten.

Det forhøjede bilirubin-niveau i blodet hos nyfødte skyldes øget produktion af bilirubin, umoden leverfunktion og øget reabsorption af bilirubin fra tarmen. Opmærksomheden på gulsot hos nyfødte skyldes risikoen for udvikling af bilirubin encefalopati og kernicterus, som er henholdsvis den akutte påvirkning af hjernen og de kroniske følger af hjernepåvirkningen [Gartner 2007].

Risikoen for hyperbilirubinæmi er større hos børn født præmaturo, polycytæmiske børn, børn med fødselstraumer (fx blodansamlinger) og børn med blodtypeuforlignelighed med mor [Peitersen 2008].

11.7.2 Gulsot betinget af modermælk

Koncentrationen af bilirubin i blodet hos nyfødte er meget forskellig hos brysternærede børn og børn ernæret med modermælkserstatning. Hos børn, som er ernæret med modermælkserstatning, er koncentrationen almindeligvis faldet til normalt niveau omkring 11.-dagen efter fødslen. Det brysternærede barn kan have forhøjet bilirubin-niveau i blodet i 3 uger og i sjældnere tilfælde i hele den periode, det udelukkende ernæres med modermælk [Gartner 2007].

Forlænget hyperbilirubinæmi hos modernælksernærede børn (modernælksbetinget gulsot) skyldes sædvanligvis en øget reabsorption af bilirubin fra tarmen. Et indholdsstof, som findes i den modne mælk, menes at være årsagen. Det forklarer, hvorfor gulsoten først viser sig senere, omkring 5. dag efter fødslen. Modernælksbetinget gulsot er således karakteriseret ved [Gartner 2007]:

- en stigning i bilirubin, samtidig med at mælken løber til
- et bilirubin-niveau, der aldrig bliver rigtig højt
- et barn, der trives.

Børn, der fortsat er gule efter 14. levedøgn, skal have taget blodprøve

For at udelukke galdevejsatresi (forsnævring i galdevejene) anbefaler Sundhedsstyrelsen, at børn, der fortsat har gulsot efter 14. levedøgn, skal testes hos den praktiserende læge for konjugeret bilirubin i 3. leveuge [Sundhedsstyrelsen 2006].

11.7.3 Gulsot betinget af dårlig trivsel

Gulsot ses også hos nyfødte, som ikke får tilstrækkelig mad. Dårlig sutteteknik og få daglige amninger, hvor barnet får for lidt mælk, kan således bevirke, at barnet får hyperbilirubinæmi. Gulsoten kan gøre barnet sløvt, hvilket igen kan påvirke barnets sutteteknik og nedsætte hyppigheden af måltider. Barnet kommer derved ind i en ond cirkel, som skal brydes ved at optimere amningen.

Rutinemæssig bilirubinmåling er ikke nødvendig hos let gule børn, hvis de er raske og født til tiden. Gulsoten skal have en vis styrke og udbredelse ned over kroppen – og sætte tidligt ind eller påvirke barnets bevidsthedsniveau (sløvhed eller nedsat aktivitetsniveau), før det er nødvendigt at undersøge barnet yderligere ved hjælp af transkutan hudmåling og/eller blodprøve.

Der er en sammenhæng mellem hyppig amning i de første dage efter fødslen og lavt bilirubin niveau hos nyfødte. Tidlig og hyppig amning i den første tid efter fødslen stimulerer tarmens peristaltik og nedsætter derfor reabsorptionen af bilirubin fra tarmen. Den bedste måde at reducere forekomsten af gulsot hos ammede nyfødte børn er derfor at sikre, at mødre får etableret en velfungerende amning, som inkluderer god sutte- og ammeteknik og hyppig amning. Hvis barnet er ved at udvikle

gulsot, er det en god idé at amme 10-12 gange i døgnet, indtil gulsoten er på retur. Sent skift til overgangsafføring hos barnet kan være et af de første tegn på dårlig etablering af amning og manglende trivsel, se også afsnit 6.9.2 og 6.9.3, [Nommsen-Rivers 2008].

Supplement med vand eller sukkervand er uhensigtsmæssig, med mindre der er tale om samtidig dehydrering. Det kan forlænge intervallet mellem amningerne og bevirke, at barnet ikke får tilstrækkelig næring, hvilket kan forårsage en forværring af gulsoten.

Det er kun nødvendigt at supplere midlertidigt med udmalket modernælk eller modernælkserstatning, hvis barnet er så sløvt, at det ikke kan sutte ved brystet, og/eller det har et vedvarende vægttab, som ikke kan vendes ved hyppigere amning. Moderen kan samtidig have brug for at stimulere mælkeproduktionen yderligere, hvis barnet ikke sutter effektivt. Lysbehandling er ikke en indikation for at give ekstra tilskud, hvis moderen har mælk, barnet sutter effektivt og fødselsvægten var over 2500 gram.

Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedr. undersøgelse og behandling af gulsot kan ses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk

Dette afsnit bygger på referencen Gartner 2007.

11.8 Hjertesygdom

Det er ikke mere belastende for børn med medfødt hjertesygdom at blive ammet end at blive flaskeernæret.

Mødre til børn med medfødt hjertesygdom får ofte etableret en amning på trods af familiens bekymring over at have fået et barn med en livstruende sygdom og på trods af, at mor og barn ofte er adskilt i den første tid efter fødslen [Nilsson 2005].

Et barn med hjertesygdom spiser hyppigt og i kortere tid ad gangen og kan være uroligt ved brystet. Barnet kan have svært ved at stimulere mælkeproduktionen, da det ikke har så mange kræfter og bliver hurtigere træt. Desuden kan barnet blive forpustet og cyanotisk, afhængigt af sværhedsgraden af hjertesygdommen [Lambert 1998, Nilsson 2005]. Det har imidlertid vist sig, at iltmætningen er højere og mere stabil hos hjertebørn, der bliver ammet, sammenlignet med børn, der får flaske [Marino 1995]. Det kan skyldes, at det ammede barn har bedre mulighed for at spise i sit eget tempo [Lang 2002].

Endelig har hjertebørn generelt problemer med at tage tilstrækkeligt på i vægt. Flaskeernæring gør ikke disse problemer mindre [Lambert 1998]. Amning er således ikke kontraindiceret hos børn med medfødt hjertesygdom, men børnene kan have brug for ekstra kalorier i form af udmalket modernælk, modernælkserstatning eller modernælksforstærker (fortifier). Afhængigt af barnets tilstand kan dette gives via lact-aid eller sonde, se [afsnit 8.9](#) [Wambach et al 2019].

Under amningen kan moderen lægge barnet tæt ind til kroppen og støtte hovedet, så barnet bruger mindst mulig energi på at fastholde brystet i munden. Hvis barnet bliver cyanotisk under amningen, kan det hjælpe at give barnet ekstra ilt imens [Lang 2002]. Hvis barnet har for få kræfter til at stimulere mælkeproduktionen tilstrækkeligt, kan det være nødvendigt for moderen at stimulere yderligere ved udmalkning.

11.9 Hypoglykæmi

Tilskud til nyfødte pga. risiko for hypoglykæmi skal gives, så tilskuddet påvirker amningen mindst muligt.

De fleste raske, mature børn er i stand til selv at klare overgangen fra deres intrauterine tilværelse med et konstant flow af næringsstoffer til deres extrauterine tilværelse med et mere afbrudt indtag af næring – uden at have behov for kontrol af blodsukkerniveau. En forudsætning er imidlertid, at der ikke gribes forstyrrende ind i den naturlige proces, hvor barnet får mulighed for at komme til brystet lige efter fødslen, og hvor det tilbydes brystet så ofte og så længe, det har behov for det [Rooy 2002]. Se også [afsnit 4.1.7](#).

Hos det raske barn født til tiden begynder nedbrydningen af glykogen til glukose allerede i de første minutter, efter at navlestrengen er klippet. Det betyder, at det nyfødte barn ofte vil få hypoglykæmi, men selvreguleringen starter med det samme, og blodsukkerniveauet stiger derfor igen indenfor de første 2-3 timer. Det er et helt almindeligt fænomen hos det nyfødte barn og kan ikke betragtes som patologisk.

Da hypoglykæmi under et kritisk niveau kan forårsage neurologisk skade, er det imidlertid vigtigt at være opmærksom på, at visse børn er i øget risiko for at få hypoglykæmi efter fødslen og kan have brug for ekstra mad – gerne modernælk, som er påvist at stabilisere blodsukkeret bedre end modernælkserstatning [Chertok et al 2009].

Børn med øget risiko for hypoglykæmi

- Børn af mødre med IDDM eller gestationel diabetes
- Børn født præmaturot og børn med lav FV(< 2800 g)
- Asfyktiske børn
- Store børn (large for gestational age)
- Væksthæmmede børn
- Hypoterme børn
- Septiske børn

Symptomatisk hypoglykæmi har ofte en dårligere prognose – både på kort og langt sigt – end hypoglykæmi uden symptomer. Et dansk studie blandt børn af mødre med gestationel diabetes viser, at forebyggelse af hypoglykæmi hos denne gruppe af børn kan omfatte hud mod hud-kontakt, tidlig, hyppig amning samt monitorering af blodsukker, indtil der er påvist 2 blodsukre > 2,4 mmol/l [Dalsgaard et al 2018].

Dansk Pædiatrisk Selskab har udarbejdet et flowchart for behandling af hypoglykæmi, som ligger på hjemmesiden: <http://paediatri.dk/neonatologi-vej1> [Thybo Christensen et al 2014].

11.10 Læbe-gane-spalte

Børn med læbe-gane-spalte har særlig gavn af modermælk pga. øget risiko for mellemørebetændelse.

Der fødes 130-140 børn med læbe- og/eller ganespalte i Danmark om året [Læbe-Ganespalte Centret 2017]. Børn med læbe-gane-spalte har en øget risiko for mellemørebetændelse. De immunologiske fordele ved modermælk, se kapitel 3, er derfor særlig vigtige for disse børn. Undersøgelser viser, at jo længere periode barnet får modermælk, jo mindre er risikoen for mellemørebetændelse i barnets første 1½ leveår. Effekten er størst for børn med ganespalte [Aniansson 2002]. Det er derfor ekstra vigtigt, at disse børn får deres mors mælk.

I dag opdages mange læbe- og/eller ganespalter allerede i forbindelse med scanning i graviditeten. Det betyder, at forældrene har mulighed

for at få kontakt med specialsyge-/og sundhedsplejerske fra Læbe-Ganespalte Centret, inden barnet er født. For mange af disse mødre er spørgsmålet om amning af stor betydning. Muligheden for at forberede forældrene i graviditeten har stor værdi for det efterfølgende forløb [Thinggard 2016].

Børn med isoleret læbespalte kan som regel ammes uden større besvær. Indtil barnets læbe bliver opereret ved 8-12-ugersalderen, kan moderen have brug for hjælp til at få barnets mund til at slutte tæt om brystet [Læbe-Ganespalte Centret 2008]. Hvis moderen lægger barnet så tæt ind til brystet som muligt og placerer en finger over spalten, er det lettere for barnet at få godt fat om brystet. Det kan være lettest, hvis spalten vender opad under amningen. Moderen kan eventuelt anvende den almindelige ammestilling på den ene side og tvillingestillingen på den anden side.

Kan barnet ikke danne tilstrækkeligt vakuum, kan det få trivselsproblemer, og moderen kan få problemer med mælkeproduktionen. Barnet kan således få brug for ekstra udmalket modernælk eller modernælkserstatning, og det kan være nødvendigt for moderen at stimulere brystet yderligere med udmalkning [Wambach et al 2019].

Børn med en spalte, som inkluderer ganen, har næsten altid store problemer med at danne det vakuum, der er en forudsætning for at sutte effektivt [Læbe-Ganespalte Centret 2005]. Det er derfor ikke sandsynligt, at barnet kan trives, hvis det udelukkende ammes. Moderen kan vælge at lægge barnet til brystet, selvom barnet primært ernæres med udmalket modernælk på flaske, se [kapitel 7](#), eller modernælkserstatning. Det er lettest for barnet at drikke af en blød plastflaske, så forældrene kan trykke på flasken i takt med, at barnet sutter og således følge barnets suttemønster. Typen af flaskesut vælges på baggrund af behovet hos det enkelte barn. Mange vælger, at deres barn udelukkende skal have flaske. Det er vigtigt at støtte moderen i det, der er rigtigt for hende.

Børn med ganespalte har ofte problemer med, at mælken løber ud af næsen. Moderen kan med fordel benytte sig af en ammestilling, hvor barnet sidder opret. Det kan være en god idé at stimulere nedløbsreflekser, inden barnet lægges til, så mælken hurtigt løber ind bagest i munden [Wambach et al 2019, Garcez 2005]. Ved flaskemåltiderne anbefales det, at barnet nærmest sidder oprejst, især i de første 14 dage, hvor problemet, med at mælken løber op til næsen, er størst [Thinggard 2016].

Forældre til børn med læbe-gane-spalte får besøg af en specialsyge-/sundhedsplejerske fra et læbe-gane-spalte-center indenfor det første døgn efter fødslen. Personalet på fødestedet er ansvarligt for at kontakte nærmeste center hurtigst muligt efter fødslen. Mødre, der ønsker at malke mælk ud til deres barn, får betalt en brystpumpe af Læbe-gane-spalte-centrene [Thinggard 2016].

11.11 Manglende eller dårlig trivsel

Hvis barnet ikke kommer i trivsel, kræver det hurtig intervention.

Det normale vækstmønster hos spædbørn er beskrevet i [afsnit 3.2](#).

For børn, der tager mindre på i vægt end forventet i de første uger efter fødslen, henvises til flowdiagrammet i *Monitorering af vækst hos 0-5-årige børn*, Sundhedsstyrelsen 2015.

Når et barn tager mindre på i vægt end forventet, efter at amningen er veletableret, er det vigtigt at skelne mellem, om barnet er i dårlig trivsel, eller om barnets normale vægtstigning blot afviger fra gennemsnittet. Et barn, der er i dårlig trivsel, mangler de trivselstegn, som findes hos et barn, der blot tager langsomt på, se boksen [side 238](#) samt [afsnit 6.9](#). Barnets vækst bør vurderes i forhold til gældende vækstkurver. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at WHO's vækstkurver fra 2006 benyttes [Sundhedsstyrelsen 2015].

Barnet skal følge sin egen kurve, men må gerne ligge lidt under, hvis amningen er velfungerende og barnet i øvrigt trives [Sundhedsstyrelsen 2015]. Uanset om der er tale om et barn, der tager langsomt på eller et barn, der er i dårlig trivsel, er det altid vigtigt at vurdere amningen, se [afsnit 6.6](#).

Amning foregår i et samarbejde mellem mor og barn. Trives barnet ikke, kan den primære årsag ligge hos enten mor eller barn, se boksen [side 238](#). Manglende trivsel hos barnet kan imidlertid udvikle sig til et problem med mange facetter, som kan komme til at omfatte hele familien. Det er en stor stressfaktor for en familie at opleve, at et barn ikke trives. skal derfor omfatte både mor og barn og evt. hele familien. Jo hurtigere der bliver taget hånd om primærproblemet, jo større sandsynlighed er der for, at problemet ikke bliver for omfattende [Lawrence 2016].

Vurdering og intervention

Børn, der tager langsomt på

- Opmærksom, sundt udseende
- God muskeltonus
- God hudfarve og -turgor
- Mindst 6 våde bleer dagligt
- Lys, ukoncentreret urin
- Regelmæssig kornet afføring
- Minimum 8 gode amninger dagligt
- Langsom, men stadig vægtøgning, følger sin vækstkurve

Børn, der er i dårlig trivsel

- Apatisk eller grædende
- Dårlig tonus
- Dårlig hudfarve (bleg/gråbleg) og nedsat turgor
- Få våde bleer dagligt
- Mørk, koncentreret urin
- Uregelmæssig sparsom afføring
- Færre end 8 amninger dagligt, ofte kortvarige
- Svingende vægtøgning, evt. vægttab, følger ikke sin vækstkurve

Kilde: Lawrence 2016.

Primære årsager til manglende trivsel

Hos barnet:

- For lille mælkeindtag (fx dårlig eller umoden sutteteknik, for få måltider)
- Abnormaliteter som stramt tungebånd eller læbe-gane-spalte
- For lavt netto indtag (fx opkast eller diarré, malabsorption)
- Højt energiforbrug (fx hjertesygdom, infektion).

Hos moderen:

- Lav mælkeproduktion (fx sygdom, blodtab, overvægt, tidligere brystkirurgi, hypoplasi)
- Dårlig nedløbsrefleks (fx træthed, bekymring, stress, rygning).

Kilde: Lawrence 2016.

Interventionen retter sig mod den primære årsag og kræver god støtte til familien. Har barnet været i dårlig trivsel i en periode, vil det få betydning for moderens mælkeproduktion. Moderen kan derfor have brug for ekstra stimulation af mælkeproduktionen ved at malke ud efter amning, indtil hendes produktion igen kan dække barnets behov. Hvis barnet har behov for tilskud, kan det gives af kop eller bedre via lact-aid, så moderen får stimuleret mælkeproduktionen optimalt af barnet, se [afsnit 8.8](#) og [8.9](#).

Et nyfødt barn, som bliver tilbudt tilskud efter amning på grund af dårlig trivsel, bør så hurtigt, som det er forsvarligt, overgå til fuld amning igen, såfremt forældrene ønsker det. I overgangsperioden kan der være behov for at amme hyppigt, så mælkeproduktionen kan komme op på niveau med barnets behov. Af og til kan det give problemer at overgå til fuld amning. Overgangen kan lettes ved, at tilskuddet gradvist trappes ned fra hvert måltid til hvert andet måltid osv.

11.12 Præmaturitet

Børn, der er født præmaturo, har særlig gavn af modernælken. Mælk fra en kvinde, der har født for tidligt, har et langsommere fald i proteinindhold, hvilket gavner barnets hurtige vækst, og samtidig har mælken et højere indhold af immunfaktorer, specielt IgA, som styrker barnets umodne immunforsvar. Endelig reducerer modernælken risiko for alvorlige sygdomme som nekrotiserende enterocolitis (NEC), nethindeløsning (ROP) og blodforgiftning, hvilke alle er sygdomme, som især børn, der er født meget for tidligt, er i øget risiko for at udvikle, og som kan resultere i død eller alvorlige handicap [Cristofalo 2013, Bharwani 2016, Rønnestad 2005]. Endvidere behandles ammede præmature børn i mindre grad med laksantia. Amning reparerer følelser forbundet med den afbrudte graviditet og giver moderen mulighed for at varetage ansvar og opgaver, som medvirker til hendes opfattelse af sig selv som en god mor [Haslund 2013].

Faktorer hos børn, mødre og i klinisk praksis har alle sammenhæng med muligheden for fuld amning af børn født præmaturo [Maastrup 2014a og b]. Barrierer hos børnene er lav gestationsalder (GA) og det at være tvilling eller trilling. Hos mødrene kan barrierer være kortere ammeerfaring, kortere uddannelse, lav mælkeproduktion og rygning. I klinisk praksis er rooming-in, hud mod hud-kontakt og tidlig udmalkning posi-

tivt for fuld amning. En stor ammeundersøgelse af børn født præmaturt fra alle Danmarks neonatalafdelinger i 2009-11 viste, at 68 % af børnene var fuldt ammede ved udskrivelse til hjemmet, 17 % var delvist ammede [Maastrup 2014a].

I 2012 blev 6,7 % af alle nyfødte i Danmark født for tidligt, dvs. med en GA mindre end 37 fulde uger. Af disse udgjorde de sent præmature (GA fra 34+0 til 36+6) ca. 2/3 [Statens Serum Institut 2013].

Børn, der er født sent præmaturt, har specifikke problemer i forbindelse med amning pga. umodenhed, og beskrives her som en selvstændig gruppe, se afsnit 11.11.2.

11.12.1 Etablering af amningen, når barnet er født præmaturt

Amning kan påbegyndes, så snart barnet er hjerte-lungemæssigt stabilt, også før 28 uger postmenstruel alder (PMA) [Nyqvist et al 2015, Nyqvist et al 1999b]. Hvornår fuld amning er etableret, er afhængig af faktorer hos barn, moder og i klinisk praksis, og sker således ikke ved en fast PMA [Maastrup 2014b]. Et barn, der er født præmaturt, gennemløber samme proces som et barn født til tiden, der kommer til brystet første gang. Processen er beskrevet i “Mælkevejen”, se [side 244](#), og varer længere tid end hos det mature barn (fra uger til måneder). Indtil barnet er i trivsel ved fuld amning, er det derfor afgørende, at moderen får støtte til etablering af mælkeproduktionen inden 6 timer efter fødslen og til fortsat at vedligeholde adækvat mælkemængde, se [kapitel 7](#). Lav mælkeproduktion ved udskrivelsen er en betydende barriere for etablering af fuld amning hos mødre, som har født præmaturt, især hvis de har født meget for tidligt [Callen 2005].

Gravide med risiko for at føde for tidligt ammer i en længere periode, hvis de inden fødslen forberedes til amning [Friedman 2004]. Det er derfor en god idé, at sundhedspersonalet allerede i graviditeten tilbyder forældrene i risiko for tidlig fødsel at drøfte erfaringer, ønsker og forventninger til amning af et barn født præmaturt. Forældrene informeres i den forbindelse om betydningen af hud mod hud-kontakt, om tidlig stimulation af mælkeproduktionen, og om den proces, som barnet gennemgår på vej til fuld amning [Nyqvist et al 2015].

Hud mod hud-kontakt er vigtigt for børn født præmaturt. Der er evidens for, at hud mod hud-kontakt er associeret med højere temperatur og

iltmætning, bedre vækst, søvnmønster og mor-barn-tilknytning, længere ammeperiode og mere eksklusiv amning, lavere respirationsfrekvens, smertescore, samt lavere risiko for lav temperatur, lavt blodsukker, blodforgiftning, genindlæggelse og mortalitet [Conde-Agudelo 2014, Boundy et al 2016, Baley 2015]. I et dansk studie beskrev mødre, at hud mod hud-kontakt er en måde at fortsætte graviditeten “udenpå i stedet for inden i maven”, og at det bidrog til følelsen af normalitet [Haslund 2013].

Et andet dansk studie har vist, at selv børn, der er født ekstremt for tidligt, kan holde en tilfredsstillende temperatur, puls, respirationsfrekvens og iltmætning under hud mod hud-kontakt [Maastrup 2010].

Forældrene er barnets primære omsorgsgivere og bør i en familiecentreret tilgang respekteres som dette. Det anbefales, at neonatalafdelingen indrettes med et individuelt tilpasset miljø med gode rammer for moderens/forældrenes ubegrænsede nærvær samt lyd, lys og privathed, der understøtter ammesituationen [Nyqvist et al 2015]. Der er vist sammenhæng mellem medindlæggelse af moderen i neonatalafdelingen og tidligere etablering af fuld amning og længere ammeperiode [Maastrup 2014b, Wataker 2012].

Under hele processen fra sonde til fuld amning er det vigtigt at være opmærksom på, hvad barnet kan klare af stimuli. Viser barnet tegn på overstimulering, må stimuli dæmpes. Udviklingstilpasset omsorg (NID-CAP), som styrker udviklingen under hensyntagen til det enkelte barns udviklingstrin og stabilitet, bør være et gennemgående princip [Nyqvist et al 1996, Als 2003].

Ammestillinger må tage hensyn til de specifikke udfordringer hos det præmature barn. Et barn, der er født præmaturo, har et stort hoved i forhold til kroppen, en svag muskulatur og en ringe evne til at danne vakuum. Det betyder, at det er nødvendigt at støtte barnets hoved og nakke ekstra under amningen, så det ikke glider af brystet. Moderen kan kompensere for barnets manglende fysiske formåen ved at lægge barnets krop tæt ind til sig og støtte barnets hoved ved at holde blidt om det og forsigtigt holde det tæt til brystet, se foto ovenfor.

Flere faktorer har betydning for det præmature barns evne til at tage fat om brystet og sutte. Gode evner er således fundet hos børn med høj GA ved fødslen, høj vægt, høj hæmoglobinkoncentration, lille behov for



Tvillingestillingen:
Barnets krop og ben
ligger bagud under
moderens arm. Hovedet
støttes af moderens
hånd.

respirationsunderstøttende behandling, uden mistanke om infektion, og hvor sutteflasken ikke er introduceret [Nyqvist et al 1999a]. Et Cochrane review viser, at anvendelse af sutteflaske til børn født præmaturlt har negativ effekt på fuld amning ved udskrivelse [Collins 2016].

To svenske undersøgelser [Nyqvist et al 1999b, Nyqvist 2008] har vist, at børn født præmaturlt har ammekompetencer tidligt. Den tidlige sutteadfærd tolkes som et resultat af læring, som bedres ved stimulation.

Kontrolvejning før og efter amning for at se, hvor meget modermælk barnet har fået, har vist positiv sammenhæng med fuld amning ved udskrivelse, men ingen sammenhæng med ammeperiodens længde

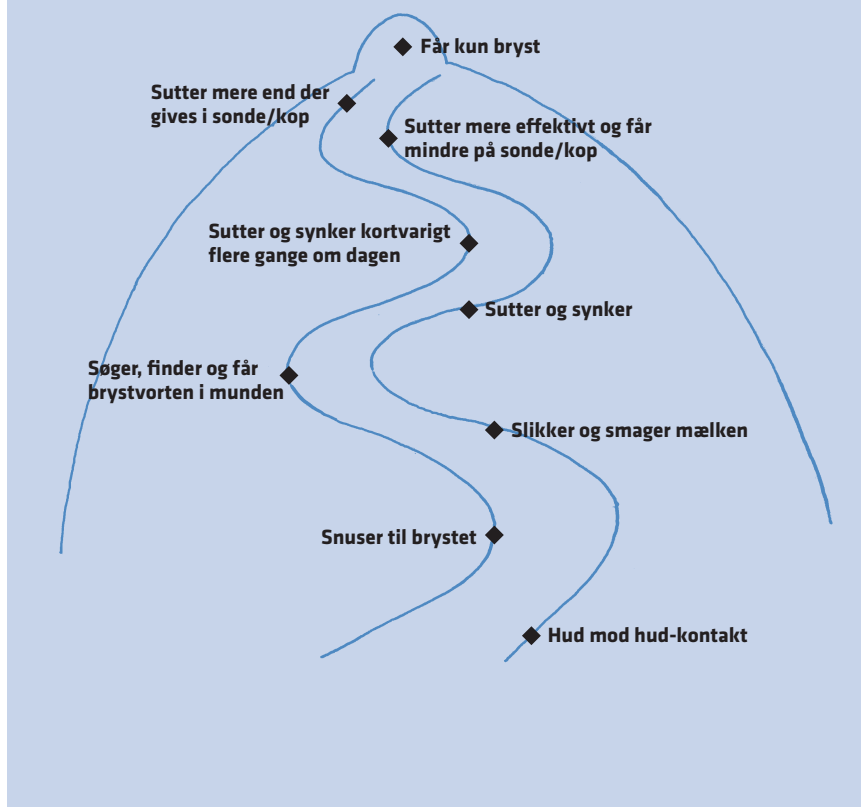
[Ericson 2013, Maastrup 2014a]. Årsagen kan være, at mødre til børn født præmaturoft er bekymrede for, om deres barn får tilstrækkelige mængder mælk.

Brug af narresut til børn født præmaturoft virker smertelindrende og reducerer stress i moderens fravær [Cignacco 2007]. Selvom nogle undersøgelser viser, at narresut ikke har negativ indvirkning på amning, så er der tilsyneladende en negativ sammenhæng, når man ser på fuld amning [Pinelli 2002, Benevenuto 2007]. Et stort dansk studie har vist, at børn født præmaturoft etablerer fuld amning hurtigere og i højere grad, når brug af narresutten bliver minimeret i fasen, hvor barnet skal ammes mere [Maastrup 2014 a og b]. I klinisk praksis kan narresutten således anvendes til syge børn, der er født præmaturoft, når de ikke kan trøstes ved brystet, hud mod hud eller med andre metoder. Men man bør – ligesom hos mature børn – undgå brug af narresut under den aktive ammeetablering, se [afsnit 8.13](#).

Når man skal afgøre, om brug af suttebrik er sikkert i forhold til fortsat amning af børn født præmaturoft, er det vigtigt at vide, hvordan amning er defineret. De to hyppigst anvendte amerikanske studier, som er små og uden kontrolgruppe, definerer amning som modermælksernæring, og ser ikke på fuld modermælksernæring [Clum 1996, Meier 2000]. I en nordisk kontekst er fuld amning ved brystet målet for de fleste, uanset at ernæring med moderens udmalkede mælk også er at betragte som et fuldt ammet barn, jf. definitioner på fuld amning i afsnit 1.4. Et stort, dansk kohortestudie af 1488 præmature børn, hvor 58 % anvendte suttebrik, fandt, at brug af suttebrik havde negativ sammenhæng med fuld amning ved udskrivelse, og at børn, der anvendte suttebrik, ikke etablerede fuld amning tidligere [Maastrup 2014 a og b]. Et review finder ingen evidens for, at suttebrik er sikker eller effektiv hos hverken præmature eller mature børn [McKechie 2010]. Præmaturitet er derfor ikke en indikation for anvendelse af suttebrik.

Med udgangspunkt i Helsingborg neonatalafdelings såkaldte ammehjælper, der var den første metode til at beskrive og illustrere det præmature barns vej til fuld amning, har bl.a. Hvidovre Hospital og Videnscenter videreudviklet dette for amning af børn med specielle behov. Her illustreres processen via Mælkevejen.

Figur 13. Mælkevejen



Hud mod hud-kontakt

En intervention de fleste børn kan tage imod.

Det nyfødte barn bør få hud mod hud-kontakt med sine forældre tidligst muligt efter fødslen, så længe ad gangen som muligt og vedblivende så længe barnet har brug for støtte til at holde sig fysiologisk stabilt. Hud mod hud-kontakten bør fortsætte dagligt under hele barnets indlæggelse til gavn for amning [Måstrup 2015]. Det er ikke muligt at fastsætte en mindstedosis, men der er tilsyneladende en dosis-responseffekt i forhold til amning, som betyder, at mere er bedre [Flacking 2011, Maastrup 2014b]. Det første møde mellem mor og barn skal derfor være hud mod hud, medmindre der er tungtvejende medicinske grunde imod.

Snuser til brystet

Kendetegn: Barnet kan opretholde fysisk stabilitet i vandret stilling.

Når barnet kan opretholde fysisk stabilitet i vandret stilling, bør det forsøgsvis lægges til brystet med henblik på at snuse, slikke og smage, søge og evt. hyggesutte. Vær opmærksom på, hvordan barnet reagerer, og lær moderen at give adækvat respons på barnets tegn på balance og ubalance [Nyqvist et al 1996].

De mest immature og de mest syge børn har måske ikke kræfter til at slikke, smage eller tage fat første gang, de bliver lagt ved brystet, men alligevel får de noget ud af at blive lagt til. Barnet snuser til brystet. Moderen kan presse lidt mælk ud, så det kommer i kontakt med barnets læber. Hvis barnet er uinteressert, må man forsøge igen senere. Hvis barnet er vågent og modent til det, vil det gå videre på "Mælkevejen" [Häggkvist 1998].

Hverken GA, PMA eller vægt bør begrænse, hvornår barnet første gang lægges til brystet, tidspunktet bør alene bero på barnets fysiske stabilitet [Nyqvist et al 2015, Nyqvist et al 1999b]. Mulighed for vellykket amning fremmes formentlig af, at barnet lægges tidligt til brystet. Om muligt bør barnet lægges til ved første møde mellem mor og barn.

Slikker og smager mælken

Tidlig oral oplevelse influerer på senere oralmotorisk udvikling med henblik på amning. At gabe over moderens bryst og få lidt mælk i munden tillader optimal oral stimulation. Når barnet har vist interesse, vil det ofte forsøge at tage fat ved brystet.

Søger, finder og får brystvorten i munden

Det præmature barns tegn på at søge kan være svage, det kan være, barnet gaber lidt, bevæger læberne, rækker tunge, fører hånden til munden eller drejer hovedet [Nyqvist et al 1996]. Når barnet får ro til at samle sig, kan det meget tidligt tage fat og lave enkelte suttebevægelser, hvis barnet er stabilt, kan dette ske fra før 28 uger PMA [Nyqvist et al 1999b, Maastrup 2014b].

CPAP-behandling udelukker ikke hyggesutning og amning [Maastrup 2014b]. Når barnet er vågent og opmærksomt og klar til samspil bør amning prioriteres. Et døsig barn kan også lægges til. Det er vigtigt at sørge for et støttende fysisk miljø og at personalet er nærværende.

Sutter og synker

Kendetegn: Barnet tager fat om brystvorten, holder taget, kan sutte enkelte gange eller enkelte kortere eller længere sutteperioder. Barnet synker enkelte gange. Barnet holder mange pauser.

Barnet lægges til brystet, når det viser tegn på vågenhed. Moderen bør støtte barnets hoved og nakke med sin hånd, da barnets muskulatur er svag og barnets evne til at lave vakuum er begrænset. Undgå begrænsninger i måltider – hyppighed og varighed – medmindre der er gyldig grund. Undgå brug af suttebrik. Fortsæt hud mod hud-kontakt dagligt – også efter at kuvøsen er seponeret [Maastrup 2014b]. Anvend gerne tøj til barnet, der kan knappes op eller let tages af.

Sutter og synker kortvarigt flere gange om dagen

Det kan være en fordel, at barnet er vågent og opmærksomt, når det lægges til. Når moderen eller faderen har barnet hud-mod-hud, vil de lettere kunne opfange barnets signaler om, at det er parat til at sutte. Hvis barnet ligger i vuggen, kan de beskedne signaler nemt overses, og barnet falder i søvn igen uden, at nogen ser dets behov. Hvor meget barnet kan præstere, kan skifte fra amning til amning og fra dag til dag, men langsomt og sikkert vil det gå fremad. Støt moderen og hav realistiske forventninger til barnet, da etablering af amning hos præmature børn kan være langvarig [Maastrup 2014b].

Sutter mere effektivt og får mindre i sonde/kop

Kendetegn: Barnet kan forblive koncentreret og sutte i længere sutteperioder, men gør det ikke til hvert måltid. Barnet synker gentagne gange. Barnet falder i søvn af træthed – ikke af mæthed.

Når barnet sutter effektivt, bør supplement med faste mængder ophøre, og i stedet bør modermælken suppleres i forhold til barnets ammeadfærd.

Sutter mere end der gives i sonde/kop

Kendetegn: Barnet sutter flere halve måltider om dagen gennem flere dage. Barnet responderer på mindre mælk i sonden ved at melde sig og sutte – nogle gange mindre og hyppigere måltider.

Barnet øver sig og får erfaring med at spise, når det er sultent. Barnet kan stadig falde i søvn af træthed, inden det er mæt, men vil i stigende grad falde i søvn af mæthed. Barnet bør selv regulere tidspunkt for næste måltid, og fri amning en del af døgnet udvides gradvist. Moderen

bør fortsætte udmalkning til barnet tømmer brystet, så mælkeproduktionen ikke falder.

Får kun bryst

Kendetegn: Barnet spiser koncentreret og falder i søvn af mæthed.

Barnet sutter hver 2.-3. time (8-12 gange i døgnet), også om natten.

Barnet kommer med tydelige synkelyde efter at have suttet i kortere tid.

Barnet har 6-8 våde bleer i døgnet, heraf mindst en, der er meget tung.

I den første tid med fuld amning har mange børn, der er født præmaturt, brug for hjælp til at forblive koncentreret under måltidet. De skal måske have hjælp til at forblive vågne eller stimuleres til at sutte videre, fx ved at moderen masserer brystet under amningen, så mælken fortsat flyder. Langsom vægtstigning accepteres i 1-2 uger. Nøgenvejning flere gange om ugen i den/de første uger øger forældrenes tryghed. Når barnet er fuldt ammet, selvregulerer det sit indtag, og må i princippet selv bestemme intervallet mellem måltiderne. Fordelen er, at barnet er klar til at spise, når det selv melder sig. Et barn, der er født præmaturt, har dog ofte brug for små hyppige måltider, på trods af at det ofte sover i lange perioder ad gangen.

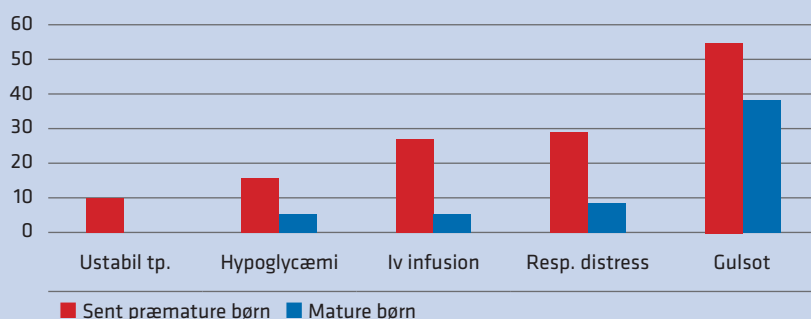
Hud mod hud-kontakt størstedelen af døgnet kan hjælpe barnet til at vågne af forældrenes bevægelser, forældrene kan mærke alle barnets tegn på at vågne og ville sutte, og det fremmer barnets mulighed for at komme hurtigt til brystet. Når barnet lægges til brystet ved det første sulttegn, vil der gå kortere tid mellem måltiderne (barnet vil måske spise 10 måltider på et døgn i stedet for 8). Når barnet spiser flere gange i døgnet, kan det hurtigere spise tilstrækkeligt til at tage tilstrækkeligt på.

Dette afsnit bygger på referencen Måstrup 2015.

11.12.2 Børn født sent præmaturt

På trods af, at børn født sent præmaturt (uge 32 + 0 – 36 + 6) ofte indlægges på barselafdelingen efter fødslen, adskiller de sig på mange punkter fra børn født til tiden. En amerikansk undersøgelse [Wang 2004] viser, at på trods af sammenlignelige apgar scores og gennemsnitlig indlæggelsestid, havde børn født sent præmaturt betydelig flere problemer under indlæggelsen end børn født til tiden, se figur 14. Ligeledes er børn født sent præmaturt i større risiko for at have spiseproblemer, og de er bl.a. af den årsag i større risiko for langsom vækst og forlænget gulsot, som kan føre til genindlæggelse Meier et al 2013. Disse børn skal derfor betragtes som en gruppe med særlige behov i relation til amningen.

Figur 14. Andelen af børn (i %), som har problemer under indlæggelsen



Kilde: Wang 2004.

Hjernen hos barnet født sent præmaturo, er ikke fuldt udviklet. Denne umodenhed har indflydelse på barnets søvnmonster. Det betyder, at det ikke er så meget vågen i løbet af døgnet og kan risikere at komme mindre hyppigt til brystet – og at det falder hurtigere i søvn ved brystet. Samtidig sutter barnet svagere og mindre effektivt og har sværere ved at tage tilstrækkelig mælk ved brystet end børn født til tiden Meier et al 2013.

Barnet født sent præmaturo har en højere metabolisering og mindre energireserver end det mature barn. Det betyder, at selv kortvarig lav temperatur kan forårsage hypoglykæmi, og selv hvis barnet er god til at tage mælken fra brystet, kan det være utilstrækkeligt til at forebygge gulsot.

I den første tid kan hud mod hud-kontakt i længere perioder medvirke til, at barnet ikke bruger unødigt energi på at holde sig varm. Ofte er moderen, der føder sent præterm, også i risiko for forsinket mælkedannelse. Både mor og barn bidrager således til den øgede risiko for problemer under ammeetableringen [Meier et al 2013]. Den sundhedsfaglige indsats i forhold til amning vil hos disse mødre og børn bestå i at sikre, at moderens mælkeproduktion etableres, og at barnet får, hvad det skal have for at vokse og trives [Meier et al 2013].

Hos det raske fuldbårne barn er hyppig og ubegrænset adgang til brystet ofte tilstrækkeligt til at sikre såvel moderens mælkeproduktion som barnets ernæring, se afsnit 6.8. Det er imidlertid ikke tilfældet for det sent præmaturo barn. Her er det nødvendigt med en mere intensiv vurdering

af amningen og eventuelt tidlig intervention. Regelmæssig vejning er nødvendig. Det gælder både under opholdet på hospitalet og i den første tid efter udskrivelsen [Meier et al 2013].

Nogle børn født sent præmaturot er ikke i stand til at stimulere moderens mælkeproduktion tilstrækkeligt efter fødslen. Hvis barnet ikke kan sutte effektivt i ca. 15 minutter 7-8 gange i døgnet eller mere, kan moderen støttes i at stimulere mælkeproduktionen ved at malke ud efter amning, og barnet tilbydes udmalket modermælk eller modermælksersatning efter amning. Eftermaden kan gives som fingermadning, af kop eller via lact-aid – se [afsnit 8.7-8.9](#) – eller den kan gives på ventrikelsonde, hvis der er særlige problemer. For sent præmaturot børn, som glider af brystet og falder i søvn, kan en suttebrik være en god løsning, se afsnit 11.12.1 [Meier et al 2013].

Barnet, der er født sent præmaturot, har et stort hoved i forhold til resten af kroppen og samtidig en svag muskulatur. Det betyder, at barnet skal holdes tæt til brystet, og at moderen skal støtte barnets hoved mere under amningen, så barnet ikke bruger energi på at holde brystet i munden. Tvillingestillingen og krydsstillingen er begge gode til disse børn, se [afsnit 6.5](#).

Når barnet spiser bedre, trappes eftermaden ned. Så længe barnet får eftermad, skal moderen malke ud. Barnet er klar til udskrivelse, når det er stabilt med hensyn til respiration, temperatur, bilirubin og vægt. Barnet skal være god til at få fat om brystet og sutte effektivt – og moderen skal have tilstrækkelig mælk. Personalet på barselsgang/neonatalafdeling må sikre sig, at moderen er klar over, hvilke særlige forhold der er gældende, når barnet er født sent præmaturot og må allerede under indlæggelsen drøfte med mor, hvilken hjælp hun kan få fra sit netværk. Det følges op af sundhedsplejersken, der kontaktes før udskrivelsen, hvis mor ønsker det, således at der tilbydes tidligt besøg efter udskrivelsen, uanset hvor længe indlæggelsen har varet.

Et kvalitativt studie af mødres oplevelse af at amme et sent præmaturot barn viser, at mødre, på trods af bristede forventninger og en kamp for at få amningen til at fungere, oplevede, at amning havde stor betydning for udviklingen af mor-barn-relationen, og de ville alle gøre det igen, hvis aktuelt. Sundhedspersonalets opmuntring undervejs i processen kan være afgørende [Kair et al 2015].

11.13 Stramt tungebånd

Stramt tungebånd kan forårsage sår og revner på brystvorterne, dårlig trivsel hos barnet og kan føre til tidligt ammeophør.

I 2020 udkom en national klinisk retningslinje om undersøgelse og behandling af ankyloglossi (stramt tungebånd) hos ammede spædbørn [Busck-Rasmussen et al 2020].

Stramt tungebånd er en medfødt anomali, der kan forårsage amme-problemer og tidligt ammeophør. Forekomsten af ankyloglossi blandt spædbørn er 4-11 % [O'Shea et al 2017]. Er barnets tungebånd kort og/eller stramt, kan det have betydning for tungens mobilitet og dermed for barnets evne til at få godt fat om brystet. Dette er dog ikke altid tilfældet, idet nogle børn med stramt tungebånd ikke har disse vanskeligheder.



Stramt tungebånd kan se ud på forskellig måde og kan give den typiske hjerteformede tungespids, dog ikke altid.

Karakteristika for ammeproblemer ved ankyloglossi

- Vedvarende smerter og eventuelt sår på moderens brystvorter
- Dårlig sutteteknik:
 - Barnet har svært ved at få godt fat om brystvorten
 - Barnet kan have fat for yderligt på brystvorten
 - Barnet kan have svært ved at fastholde grebet om brystvorten og derfor hyppigt slippe brystvorten
 - På grund af dårlig og forkert sutteteknik kan barnet lave kliklyde og eventuelt suge kinderne ind, når det sutter på brystet
 - Moderen kan have en oplevelse af, at barnet tygger, gumler eller bider i brystvorten.
- Dårlig mælkeoverførsel fra bryst til barn: Barnet opnår ikke tilfredshed, moderens bryst tømmes ikke ordentligt og måltiderne er lange
- Manglende eller for lille vægtøgning hos barnet
- Utilstrækkelig mælkeproduktion på grund af dårlig mælkeoverførsel og manglende tømning af brystet
- Tilbagevendende mælkestase og mastitis hos moderen på grund af den manglende tømning af brystet.

Kilder: Martinelli et al 2012, Srinivasan et al 2006, Dixon et al 2018, Martinelli 2015

Er tungebåndet meget stramt, kan det trække tungespidsen ind, så tungen bliver kort, firkantet eller hjerteformet. Der er imidlertid ingen klar sammenhæng mellem, hvordan tungen ser ud, og hvordan den fungerer. Det er derfor ikke tilstrækkeligt at diagnosticere udelukkende på baggrund af tungens udseende. Mobiliteten set i forhold til amningen og moderens oplevelse er vigtigere parametre.

De hyppigste problemer i relation til stramt tungebånd og amning, er ømhed/smerter og sår på brystvorterne hos moderen og vanskeligheder med at få godt fat om brystet for barnet. Derudover kan ses reduceret mælkeoverførsel til barnet, hvilket hurtigt kan påvirke mælkeproduktionen negativt. Barnet kan være uroligt under amningerne og ønske

hyppige og langvarige amninger. Der kan evt. høres klikkende lyde under amningen, og barnet kan komme i dårlig trivsel.

Ved amme problemer, der er karakteristiske for ankyloglossi, anbefales det i den nationale kliniske retningslinje at vurdere tungens udseende og mobilitet ved brug af Tongue-tie and Breastfed Babies Assessment Tool (TABBY) [Busck-Rasmussen et al 2020]. Hvis TABBY bekræfter, at problemerne kan skyldes stramt tungebånd, anbefales det, at man først giver kvalificeret ammevejledning. Kan vejledningen ikke løse amme problemerne, henvises til otolog med henblik på en vurdering af, om det er nødvendigt at klippe tungebåndet (frenotomi). Er TABBY-scoren mindre end eller lig med 5, bør der henvises til otolog hurtigst muligt og maksimalt inden for 2 døgn. Se vejledning i brug af TABBY og flowdiagram i den nationale kliniske retningslinje: www.kompetencecenterforamning.dk/projekter/national-klinisk-retningslinje-for-stramt-tungebaand.aspx.

Hvis barnet får foretaget frenotomi, kan der gå noget tid, før sutteteknikken bliver god og effektiv. Det anbefales derfor at fortsætte ammevejledningen, til amningen er velfungerende.

To randomiserede, kontrollerede studier med blinding og 'snydeprocedure' viser, at frenotomi har signifikant effekt på moderens smerter ved amning [Berry 2012, Buryk 2011]. Et studie, der observerer sutterytme før og efter klip viser, at barnets sutterytme normaliseres væsentligt med færre pauser og længere suttesequenser [Martinelli 2015].

11.14 Tvillinger og trillinger

Tvillinger og trillinger kan ernæres af modermælk alene. Det er en stor opgave, som bør anerkendes.

Mødre til tvillinger kan producere den mælk, tvillingerne har behov for, både i mængde og sammensætning. En del tvillinger bliver født for tidligt. For disse mødre er det en ekstra udfordring at amme to børn, som samtidig kan have specielle behov i relation til deres præmaturitet, se [afsnit 11.11](#). Det har en positiv indvirkning på etablering og opretholdelse af amningen, at moderen forberedes i graviditeten, se [afsnit 6.1](#). I et kvalitativt studie pointerer mødre til tvillinger vigtigheden af forberedelse til amning i graviditeten [Cinar 2013].

Mødre til tvillinger kan vælge at amme børnene samtidigt, hver for sig efter individuelt behov, eller hver for sig efter modificeret individuelt behov, hvilket vil sige, at den første tvilling bliver lagt til, når den beder om det, og den anden vækkes umiddelbart derefter. Ofte kan det være mest overskueligt for moderen at amme børnene hver for sig de første dage, specielt hvis hun ikke har ammeerfaringer fra tidligere. På den måde kan hun blive fortrolig med børn og amning og måske få håndteret eventuelle begyndervanskeligheder.

Samtidig amning af børnene (stereo-amning) kan imidlertid spare tid for moderen og stimulerer mælkeproduktionen bedre. Det kan derfor være en god idé, at moderen øver sig på stereo-amning, mens hun er indlagt. Det kræver ofte hjælp af sundhedspersonalet at finde gode ammestillinger og få lagt børnene til. Faderen medinddrages så tidligt og så meget som muligt, så familien får en følelse af at kunne klare det selv ved fælles hjælp. Kan faderen medindlægges i barselperioden, er det en stor fordel.



Stereo-amning: Moderen skal støttes i at lære at amme begge børn samtidig, så hun har mulighed for at vælge denne løsning, når hun kommer hjem.

Det er vigtigt, at moderen sidder godt, inden hun begynder at amme, da det kan være svært for hende at flytte sig, når børnene er lagt til. En god stor stol eller sofa og flere løse puder eller en amme pude kan være en hjælp, se [afsnit 8.3](#). Moderen kommer til at bruge meget tid på at amme, og hun skal derfor kunne sidde afslappet imens. Det kan være en hjælp, hvis sundhedsplejersken allerede ved første besøg i hjemmet støtter familien i at indrette en god ammeplads, hvis de ikke allerede har fået indrettet sig.

På længere sigt vælger nogle mødre til tvillinger at amme børnene samtidigt. Andre trives bedre med at have fuld opmærksomhed på et barn ad gangen. Endelig kan en kombination være en løsning for nogle. Børnene kan have hvert deres bryst, eller de kan bytte plads ved hver amning. Der kan være fordele og ulemper ved begge dele. Moderen skal støttes i at vælge det, der fungerer bedst for hende. Det vigtigste er, at det ikke bliver for kompliceret at praktisere – og at begge børn får mulighed for at få den fede mælk, se [afsnit 6.8.2](#). Hvis det ene barn er mere ivrigt end det andet, kan det være en fordel at lægge det ivrige barn til først. Når mælken er begyndt at løbe, lægges det mindre ivrige barn til.

Amning af trillinger kræver en motiveret mor og fuld opbakning og støtte fra faderen og andre nære pårørende. Amning kan foregå ved, at to af børnene ammes samtidigt, og den sidste får flaske med udmalket modernælk eller modernælkserstatning – eller ved at den tredje solo-ammes til sidst. Ved næste amning skifter børnene plads, således at alle børn får mulighed for at blive ammet og skiftes til at være den sidste.

Amning af tvillinger og trillinger er en stor opgave [Cinar 2013], som sundhedspersonalet bør anerkende. Bevidst understøttelse af familiens motivation og self-efficacy i relation til amning er således en væsentlig del af vejledningen, se [afsnit 2.3.2](#) og [2.3.3](#).

Såfremt det ikke er muligt at amme børnene fuldt, kan personalet støtte moderen i delvis amning, så længe børnene og familien trives med det.

Dette afsnit bygger på referencen Flidel-Rimon 2006.

Referencer til kapitel 11

Als H et al. (2003): *A Three-Center, Randomized, Controlled Trial of Individualized Developmental Care for Very Low Birth Preterm Infants: Medical, Neurodevelopmental, Parenting, and Caregiving Effects*. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics (24)6:399-408.

Aniansson G et al (2002): *Otitis media and feeding with breast milk of children with cleft palate*. Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery and Hand Surgery;36:9-15.

Baley J (2015): *Skin-to-Skin Care for Term and Preterm Infants in the Neonatal ICU*. Pediatrics 2015; 136: 596-9

Benevenuto de Oliveira MM et al (1996): *Feeding patterns of Brazilian preterm infants during the first 6 months of life, Londrina, Parana, Brazil*. J Hum Lact. 2007;23:269-74.

Bergman NJ et al (2004): *Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth versus incubator for physiological stabilization in 1200- to 2199-gram newborns*. Acta Paediatrica;93:779-85.

Berry J et al (2012): *A double-Blind, randomized, controlled trial of tongue-tie division and its immediate effect on breastfeeding*. Breastfeeding medicine;7(3).

Bharwani SK et al (2016): *Systematic review and meta-analysis of human milk intake and retinopathy of prematurity: a significant update*. J Perinatol. 2016 Nov;36(11):913-920. doi: 10.1038/jp.2016.98.

Boundy EO et al (2016): *Kangaroo Mother Care and Neonatal Outcomes: A Meta-analysis*. Pediatrics. 2016;137(1).

Buryk M et al (2011): *Efficacy of neonatal release of ankyloglossia: a randomized trial*. Pediatrics;128;280-8

Busck-Rasmussen et al (2020): *National klinisk retningslinje om anklyloglossi hos ammede spædbørn*, <http://www.kompetencecenterforamning.dk/projekter/national-klinisk-retningslinje-for-stramt-tungebaand.aspx>.

Callen J et al (2005): *Qualitative analysis of barriers to breastfeeding in verylow-birthweight infants in the hospital and postdischarge*. Advances in Neonatal Care;5(2):93-103.

Chertok et al (2009): *Effect on early breastfeeding on neonatal glucose levels og term infants born to women with gestational diabetes*. Journal of Human Nutrition and Dietetics;22:166-9.

Cignacco E et al (2007): *The efficacy of non-pharmacological interventions in the management of procedural pain in preterm and term neonates*. A systematic literature review. Eur J Pain. 2007 Feb;11(2):139-52.

Cinar ND et al (2013): *Breastfeeding twins: A qualitative study*. J Health Popul Nutr. 31(4):504.

Clum D, Primomo J (1996). *Use of a silicone nipple shield with premature infants*. J Hum Lact. 1996 Dec;12(4):287-90.

Collins CT et al (2016): *Avoidance of bottles during the establishment of breast feeds in preterm infants*. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Oct 19;10:CD005252. Review.

Conde-Agudelo A, Diaz-Rossello JL (2016): *Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants*. The Cochrane Database Syst Rev. 2016(8):Cd002771.

Cristofalo EA et al (2013): *Randomized trial of exclusive human milk versus preterm formula diets in extremely premature infants*. J Pediatr. 2013 Dec;163(6).

Dalsgaard B et al (2019): *Breastfeeding and skin-to-skin contact as non-pharmacological prevention of neonatal hypoglycemia in infants born to women with gestational diabetes; a Danish quasi-experimental study*. Sexual & Reproductive 2019, 19; 1-8.

Dansk Pædiatrisk Selskab (2014) *Hypoglykæmi-neonatal-National-guideline, Flowchart-neonatal, Flowchart obstetrik*. www.paediatri.dk

Davies C (2000): *Down's syndrome: a breast-feeding challenge*. British Journal of Midwifery;8(7):432-7. 1592-5.

Dixon B et al (2018): *A multifaceted programme to reduce the rate of tongue-tie release surgery in newborn infants: Observational study*. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2018.

Ericson J, Flacking R (2013): *Estimated breastfeeding to support breastfeeding in the neonatal intensive care unit*. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2013 Jan-Feb;42(1):29-37.

Flacking R et al (2011): *Positive Effect of Kangaroo Mother Care on Long-Term Breastfeeding in Very Preterm Infants*. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing Volume 40, Issue 2, pages 190–197, March/April 2011

Flidel-Rimon O et al (2006): *Breast feeding twins and high multiples*. Review. Archives of Disease in Childhood – Fetal and Neonatal Edition;91:F377-80.

Friedman S et al (2004): *The effect of prenatal consultation with a neonatologist on human milk feeding in preterm infants*. Acta Paediatrica;93(6):775-8.

Garcez LW et al (2005): *Population-based study on the practise of breastfeeding in children born with cleft lip and palate*. Cleft Palate-Craniofacial Journal;42(6):687-93.

Gartner LM (2007): *Hyperbilirubinemia and breastfeeding*. In Hale TW & Hartmann P: Textbook of Human Lactation. 1. edition. Hale Publishing, Amarillo, Texas.

Geddes DT et al (2008): *Frenulotomy for Breastfeeding Infants with Ankyloglossia: Effect on Milk Removal and Sucking Mechanism as Imaged by Ultrasound*. Pediatrics;122:e188-e194.

Hägkvist (1998): *Amming av barn med spesielle behov*. Oslo Statens helsetilsyn.

Hall D & Renfrew MJ (2005): *Tongue tie*. Review. Archives of Disease in Childhood:90:1211-5.

Haslund H (2013). *An anthropological analysis of parenthood after prematurity. Moral experiments in the borderland between illness and everyday-life*. Ph.D thesis. The Department of Culture and Society, Aarhus University, Denmark; 2013.

Hogan M et al (2005): *Randomized, controlled trial of division of tongue-tie in infants with feeding problems*. J Paediatr. Child Health:41;246-50

Iyer NP et al (2007): *Impact of an early weighing policy on neonatal hypernatremic dehydration and breastfeeding*. Archives of Disease in Childhood: published on line 2 May.

Kair, Laura R. et al (2015): *The Experience of Breastfeeding the Late Preterm Infant: A Qualitative Study*. Breastfeeding Medicine. doi:10.1089/bfm.2014.0121.

Kumar M & Kalke E (2012): *Tongue-tie, breastfeeding and the role of frenotomy*. Acta Pædiatrica 101;687-9.

Lambert JM (1998): *Breastfeeding the infant/child with a cardiac defect: An informal Survey*. Journal of Human Lactation: 14(2):151-5.

Lang S (2002): *Breastfeeding Special Care Babies*. 2nd ed. Baillière Tindall. Elsevier Limited.

Lawrence RA et al (2016): *Breastfeeding – a guide for the medical profession* (8. edition 2016)-Elsevier, ISBN: 078-0-323-35776-0.

Læbe-ganespalte Centret (2008): *Børn med ganespalte – information til forældrene*. <http://lgcenter.dk/dnn/Portals/0/foldere/lbsp.pdf>

Læbe-ganespalte Centret (2017): *Hvad er Læbe-ganespalte?* <http://lgcenter.dk/dnn/Hvaderl%C3%A6beganespalte/tabid/87/Default.aspx>

Marino BL et al. (1995): *Oxygen saturations during breast and bottle feedings in infants with congenital heart disease*. Journal of Pediatric Nursing 10(6):360-4.

Martinelli RDC et al (2012): *Lingual frenulum protocol with scores for infants*. Int J Orofac Myol Off Publ Int Assoc Orofac Myol. 2012.

Martinelli RL et al (2015): *The effects of frenotomy on breastfeeding*. Journal of applied oral science : revista FOB, 23(2), pp. 153-157.

McKechne AC, Eglash A (2010): *Nipple shields: a review of the literature*. Breastfeed Med. 2010 Dec;5(6):309-14.

Meier P et al (2000): *Nipple shields for preterm infants: effect on milk transfer and duration of breastfeeding*. Journal of Human Lactation:16(2):106-14.

Meier P et al (2007): *Increased lactation risk for late preterm infants and mothers: evidence and management strategies to protect breastfeeding*. Journal of Midwifery and Womens Health:52:579-87.

Meier P et al (2013): *Management of Breastfeeding During and After the Maternity Hospitalization for Late Preterm Infants*. Clinics in Perinatology 40 (4): 689–705. doi:10.1016/j.clp.2013.07.014.

Morton J et al (2009): *Combining hand techniques with electric pumping increases milk production in mothers of preterm infants*. Journal of Perinatology 29 (11): 757–764.

Muraro A et al (2014): *Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines. Primary prevention of food allergy*. Allergy 2014; 69:590–60

Maastrup R, Greisen G. (2010): *Extremely preterm infant tolerate skin to skin contact during the first weeks of life*. Acta Paediatr. Aug;99(8):1145–9.

Maastrup R et al (2014a): *Factors associated with exclusive breastfeeding of preterm infants. Results from a prospective national cohort study*. PLoS ONE 2014 Feb 9(2): e89077.

Maastrup R et al (2014b): *Breastfeeding progression in preterm infants is influenced by factors in infants, mothers and clinical practice: The results of a national cohort study with high breastfeeding initiation rates*. PLoS ONE 2014 Sep 9(9): e108208.

Måstrup R (2007): *Mælkevejen*. www.ammevidenscenter.dk

Måstrup et al (2015): Center for Kliniske Retningslinjer, Aalborg Universitet, 14. April 2015. <http://www.cfr.dk/media/353379/Klinisk%20retningslinje%20om%20hud-mod-hud-%20kontakt%20mellem%20præmature%20børn%20og%20deres%20forældre.pdf>

NICE Guideline (2005): *Division of ankyloglossia (tongue-tie) for breastfeeding*. www.nice.org.uk.

Nilsson I et al (2005): *Amning af børn født med hjertesygdom*. Børnesygeplejersken nr. 2/juni:17–9.

Nommsen-Rivers LA et al (2008): *Newborn wet and soiled diaper counts and timing of onset of lactation as indicators of breastfeeding inadequacy*. Journal of Human Lactation 24(1): 27–33.

Nyqvist KH et al (1996): *Supporting a preterm infant's behavior during breastfeeding: a case report*. Journal of Human Lactation. 1996 Sep;12(3):221–8.

Nyqvist KH et al (1999a): *Infant and maternal factors in the development of breastfeeding behavior and breastfeeding outcome in preterm infants*. Acta Paediatrica:1999 Nov; 88(11):1194–203.

Nyqvist KH et al (1999b): *The development of preterm infants' breastfeeding behavior*. Early Human Development:1999 Jul;55(3):247–64.

Nyqvist KH (2008): *Early attainment of breastfeeding competence in very preterm infants*. Acta Paediatr. 2008 Jun;97(6):776–81.

Nyqvist KH et al (2015): *The Baby-friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards. Core document with recommended standards and criteria*. Nordic and Quebec Working Group. <http://www.ilca.org/main/learning/resources/neo-bfhi>

O'Shea Jeet al (2017): *Frenotomy for tongue-tie in newborn infants*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017.

Peitersen B (2008): *Neonatologi det raske og det syge nyfødte barn*. 3. udg. Nyt Nordisk Forlag.

Pinelli J et al (2002): *Nonnutritive sucking in high-risk infants: benign intervention or legitimate therapy?* J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2002;31:582-91. Review.

Pisacane A et al (2003): *Down syndrome and breastfeeding*. Acta Pædiatrica;92(12):1479-81.

Reilev M et al (2007): *Hypernatræmisk dehydrering hos nyfødte – hvorfor stigende incidens?* Ugeskr Læger;169(13):1227-31.

Rooy L, Hawdon J (2002): *Nutritional Factors That Affect the Postnatal Metabolic Adaptation of Full-Term Small- and Large-for-Gestational-Age Infants*. Pediatrics. 2002 Jan 3;109(3):e42-e42.

Rønnestad A et al (2015): *Late-onset septicemia in a Norwegian national cohort of extremely premature infants receiving very early full human milk feeding*. Pediatrics. 2005 Mar;115(3):e269-76.

Sahni R, Polin RA (2013). *Physiologic underpinnings for clinical problems in moderately preterm and late preterm infants*. Clin Perinatol. 2013 Dec;40(4):645-63.

Srinivasan A et al (2006): *Ankyloglossia in Breastfeeding Infants: The Effect of Frenotomy on Maternal Nipple Pain and Latch*. Breastfeeding Medicine 2006.

Statens Serum Institut. *Fødselsstatistikken Tal og analyser 2012*, udgivet 2013.

Sundhedsstyrelsen (2005): *Monitorering af vækst hos 0-5-årige børn. Vejledning til sundhedsplejersker og praktiserende læger*.

Sundhedsstyrelsen (2006a): <https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/boern-og-unge/forebyggende-sundhedsydelser/~media/CBC15B9B3A3D46A69A090FFDCEDCC29A.ashx>

Sundhedsstyrelsen (2013): *Anbefalinger for svangreomsorgen*. Komiteen for Sundhedsoplysning.

Sundhedsstyrelsen (2011): *Status for regionernes og kommunernes tilbud til gravide og fødende med fokus på ambulante fødsler og tidlige udskrivelser*. J.nr. 7-205-03-31/1/chb. 2011.

Sundhedsstyrelsen (2019): *Ernæring til spædbørn og småbørn – håndbog for sundhedspersonale*. 4. udgave, 1. oplag.

Tham R et al (2015): *Breastfeeding and the risk of dental caries: a systematic review and meta-analysis*. Acta Paediatr. 2015 Dec;104:62-84.

Thinggard V (2016): Personlig meddelelse fra specialsyge-sundhedsplejerske Vibeke Thinggard fra Læbe-gane-spalte Centret.

Thybo Christensen et al (2014): Hypoglykæmi flow chart. DPS Guidelines.
<http://www.paediatri.dk/neonatologi-vej1>

Van Riper M (2001): *Family-provider relationships and well-being in families with preterm infants in the Neonatal Intensive Care Unit*. Heart & Lung,30(1):74-84.

Wakhanrittee J, Khorana J, Kiatipunsodsai S (2016): *The outcomes of a frenulotomy on breastfeeding infants followed up for 3 months at Thammasat University Hospital*. Pediatr Surg Int. 32(10):945-52.

Wambach K et al (2019): *Breastfeeding and Human Lactation*, 6. Edition 2019, ISBN: 978-1-284-15156-5.

Wang ML (2004): *Clinical outcomes of near-term infants*. Pediatrics:114(2):372-6.

Wataker H et al (2012): *Neonatal family care for 24 hours per day: effects on maternal confidence and breast-feeding*. J Perinat Neonatal Nurs. 2012 Oct-Dec;26(4):336-42.

Wight N (2006): *Hypoglycemia in Breastfed Neonates*. Review. Breastfeeding Medicine:1(4):253-62.

Zachariassen G et al (2002): *Neonatal dehydrering (tørstefeber) hos nyfødte børn*. Ugeskr Læger:164(42):4930-4.

Kommunikationen i forskellige situationer

I det følgende inddrages nogle cases til at belyse den sundhedspædagogiske dialog i ammevejledning i mere problematiske, konkrete situationer. Hver case afsluttes med en opsummering af de metoder og teorier, der er blevet anvendt og suppleres med nogle refleksionsspørgsmål, som kan anvendes til at få aktiveret disse. Refleksionen kan foregå både individuelt og i en samlet personalegruppe.

12.1 Støtte til forældre der er i tvivl, om barnet skal ammes

Marie på 21 år og Mikkel på 22 år venter deres første barn. Der er tradition for, at man i Maries familie får børn i en ung alder, og ingen i den nærmeste familie har ammet mere end fire-fem uger. Mikkel kommer fra en familie, hvor kvinderne ammer i noget længere tid. Marie kommer alene til jordemoderen i 20. uge og er forberedt på at snakke amning.

Jordemoderen lægger ud med et åbent spørgsmål og tager dermed en nysgerrig tilgang: *“Prøv at fortælle mig, hvad du forestiller dig med hensyn til amning eller flaske, når jeres barn er født”*. Marie fortæller, at hun ikke helt ved, om hun vil amme.

“Hvad har du af overvejelser omkring amningen?”, spørger jordemoderen. Marie fortæller, at hun ikke rigtig har noget forhold til det, og at hendes mor har sagt, at de ikke er gode til at få nok mælk i deres familie. Hun vil have det dårligt med, at hendes kommende barn skal opleve at få for lidt mælk.

Jordemoderen siger anerkendende: *“Det kan jeg godt forstå – den tanke er ikke rar. Ved du, hvad der er årsagen til, at din familie ikke kan få nok mælk?”* Det ved Marie ikke rigtigt, men hun mener, at det er noget med, at de har været nødt til at amme ofte – helt op til 8 gange i døgnet.

Jordemoderen sikrer sig, at hun har forstået Marie og siger: *“Så du tænker, at når de har ammet 8 gange i døgnet, og barnet græder, så er det, fordi barnet ikke får nok”*. Marie bekræfter.

Jordemoderen fortæller, at mange kvinder tidligere har troet, at de ikke havde nok mælk, fordi barnet græd og ville have mad ofte. *“Men det er faktisk helt normalt”*. Det behøver ikke at betyde, at barnet får for lidt mælk. Marie synes, at det er mange gange, barnet skal have mad.

Jordemoderen nikker og siger: *“Ja, det kan du have ret i. Hvis man sammenligner med os, er det mange gange, men prøv at tænke på, at barnet jo er vant til at få mad fra navlestrengen hele tiden, mens det ligger inde i maven.”* Det har Marie ikke tænkt på. *“Så det er måske bedst for barnet at få mad så tit?”* spørger hun.

“Ja, det passer bedst til barnets lille mave og dets søvnmonster.”

“Hmm, jamen det kan da være, at vi skal overveje det med amningen igen. Kan vi snakke sammen om det næste gang jeg kommer?” spørger Marie.

Jordemoderen siger: *“Ja, du behøver jo ikke beslutte dig lige nu, men det kan være en god ide at tænke over det og snakke med Mikkel. Du kan tage Mikkel med næste gang, du kommer hos mig, så kan vi snakke videre. Vil det være o.k. med dig?”* Jordemoderen har medvirket til at sætte en proces i gang, og Marie har selv været med til at sætte et mål for processen ved at foreslå, at de snakker videre næste gang, de ses.

Marie og Mikkel kommer begge til jordemoderkonsultation i 28. graviditetsuge. De har snakket amning derhjemme og er enige om, at de vil give det en chance. Jordemoderen siger: *“Så I har besluttet at give det en chance?”* Hun holder pause. Marie siger: *“Ja, men vi ved ikke helt, hvordan vi gør det bedst.”*

Jordemoderen gentager: *“Gør det bedst? Prøv at sige lidt mere om, hvad I mener med det.”*

“Ja, de siger jo, at det er godt at amme i 6 måneder. Det synes jeg er lidt uoverskueligt,” siger Marie.

Jordemoderen anerkender: *“Ja, det er godt nok langt ud i fremtiden. Det bliver måske mere overskueligt, hvis vi bare snakker om, hvordan du*

kommer i gang efter fødslen. Vil det være o.k. for jer?”. Det lyder mere overskueligt for både Marie og Mikkel.

Jordemoderen fortæller dernæst om hud mod hud og den første amning efter fødslen, samt hvordan de begge kan følge med I, at barnet bliver klar til at tage brystet. Jordemoderen deler således målet op i delmål. Mikkel spørger, om de kan få hjælp til det, og jordemoderen forsikrer, at der er en jordemoder, som vil vise dem til rette, og at de nok skal klare det. Således arbejder jordemoderen med at øge forældrenes tro på, at de kan klare amningen.

Jordemoderen spørger Mikkel: *“Er der nogen i din familie, som har ammet for nylig?”*. Mikkel siger, at hans søster stadig ammer sin 9 måneder gamle dreng. *“Har I et godt forhold til din søster?”*. Både Mikkel og Marie siger, at de ses tit, og at de har passet drengen flere gange.

Jordemoderen spørger: *“Ville det være en ide, at spørge din søster, hvordan hun kom i gang med at amme?”*. Begge synes, at det kunne være en god ide. På den måde har jordemoderen introduceret en positiv rollemodel, og hun siger: *“Når I ikke har prøvet det før, kan det være en god ide at snakke med nogle, som har gode erfaringer med amning. I vil kunne komme ud for, at venner eller familie, som ikke har ammet så længe, kan få jer til at tro, at det heller ikke vil fungere for jer.”* De aftaler at snakke videre om det til næste jordemoderkonsultation.

Marie føder en pige til terminen. Den første amning går godt, men Marie synes, det gør mere ondt, end hun havde forventet. Sundhedspersonalet har meget fokus på hende, fordi hun er ung, er uden uddannelse og fordi der ikke er traditioner for amning i hendes familie.

De sundhedsprofessionelle arbejder i vejledningen med, at Marie skal få gode erfaringer med de første amninger. Målet er at bygge forældrenes self-efficacy op. Personalet giver fokuseret anvendelsesviden i den aktuelle situation, anerkender forældrene for deres indsats og giver vejledning til begge forældre.

Amningen går fint i starten, og Marie og Mikkel vil gerne hjem 1½ døgn efter fødslen. De tilbydes at blive et døgn mere, men det er de ikke indstillede på. Sundhedspersonalet aftaler med forældrene, at de kan snakke sammen om, hvordan det går, når de kommer ind på hospitalet for at få

taget blodprøve på pigen dagen efter. Ved blodprøvetagningen næste dag går amningen stadig fint.

Sundhedsplejersken kommer på barselbesøg 4. dag efter fødslen. Amningen går stadig fint, pigens afføring har skiftet farve, og hun har haft flere tunge bleer i det seneste døgn. Pigen har tabt sig 6 % af fødselsvægten. Marie har det efter omstændighederne godt. Ved puslebordet snakker sundhedsplejersken med forældrene om de tidlige trivselstegn, og de finder pjecen Tjek bleen frem og kigger i den sammen.

Sundhedsplejersken siger, at hun synes, det ser så godt ud. Pigen er dejlig, livlig og begynder at søge og putte fingrene i munden. *“Tror I, at hun er ved at være sulten?”* spørger sundhedsplejersken. Mikkel siger, at hun lige har fået mad. *“Måske er hun ikke blevet helt færdig med at spise,”* siger sundhedsplejersken. Marie lægger pigen til, og hun spiser fint ved brystet og falder i søvn.

Sundhedsplejersken siger: *“Det kan nogle gange være svært at vide, hvornår et nyfødt barn er sulten. Er I i tvivl om, hvornår I skal lægge pigen til brystet?”*. Marie siger, at det ikke altid er let at vide, hvorfor pigen græder. Men de prøver sig frem og lægger hende til brystet, hvis der er gået ca. 3-4 timer siden sidst.

Sundhedsplejersken snakker med dem om de tegn, pigen kan vise, når hun vil til brystet, og henviser til de signaler, de så, da hun lå på puslebordet. Sundhedsplejersken spørger, om der er flere ting, de skal snakke om, og afslutter herefter besøget. Hun opfordrer forældrene til at kontakte hende, hvis de er i tvivl om noget, og de aftaler et nyt besøg en uge efter.

Ved næste besøg er pigen 11 dage gammel. Marie synes, det er hårdt at amme om natten. De snakker om, hvordan Marie og Mikkel kan gøre det så nemt som muligt om natten ved at undgå bleskift, hvis pigen kun har tisset, amme i sengen i mørke og lægge pigen til at sove efter amningen. Sundhedsplejersken pointerer, at det er vigtigt at få en lur i løbet af dagen, når man ikke sover hele natten. Begge forældre er ved godt mod igen, da sundhedsplejersken går. Næste besøg er aftalt to uger efter, og sundhedsplejersken siger igen, at de endelig må ringe, hvis de har behov for en snak.

Tre uger efter fødslen får Marie ondt i det ene bryst og influenzalignende symptomer. Hun ringer til sundhedsplejersken, fordi hun er i tvivl om, hvorvidt hun må amme pigen, når hun er syg. Sundhedsplejersken spørger ind til Maries symptomer og får mistanke om, at hun kan have en begyndende brystbetændelse. Sundhedsplejersken tilbyder at komme ud til Marie, hvis hun ønsker det. Det vil Marie gerne have.

Mikkel er hjemme, da sundhedsplejersken kommer. Marie har det skidt. Hun har feber og ondt i venstre bryst. Der er kommet et sår på brystvorten, og brystet er knudret med let rødme. Det gør rigtig ondt, når pigen sutter på brystet. Sundhedsplejersken siger, at det er vigtigt, at Marie kommer af med lidt af mælken. *“Hvad siger du til, at pigen kommer over og sutter hos dig?”*. Marie er ikke meget for det, men Mikkel får hende overtalt.

Sundhedsplejersken beder Mikkel om at varme et håndklæde, som kan lette nedløbet af mælken, så pigen ikke skal sutte så kraftigt. Marie synes, at det er rart med varmen, men får ondt, da pigen tager fat. Pigen sutter godt og får tømt meget mælk ud af brystet. Marie får det bedre, så sundhedsplejersken vurderer, at inflammationen af Marie bryst er taget i opløbet.

Sundhedsplejersken er klar over, at det kræver tæt opfølgning, hvis Marie skal overskue at fortsætte amningen, og hun vil gerne lægge en plan med opfølgning indenfor de nærmeste dage. De aftaler, at hun kommer to dage efter. *“Er I med på, at vi lægger en plan for amningen, indtil jeg kommer igen?”*. Marie er stille, og Mikkel siger, at det jo fungerede fint med varme og amning.

Sundhedsplejersken anerkender: *“Ja, det vil være super, hvis du kan hjælpe Marie med varme inden amningen. Og jeres datter er bare så god til at sutte på brystet. Hvad siger du Marie?”*. Marie nikker: *“Det lyder fint.”*

Sundhedsplejersken siger: *“Jeg synes, du er så stille, Marie, hvad tænker du om det?”*. Marie begynder at græde. Mikkel holder om hende og trøster. Sundhedsplejersken tier og giver plads til, at Marie kan være ked af det. Så siger hun anerkendende: *“Det er fuldt forståeligt, at du er ked af det. Det er hårdt at være på hele tiden – også når man ikke selv er helt veltilpas.”* For at øge forældrenes self-efficacy siger sundhedsplejersken:

“I gør det så godt, både du og Mikkel. I er så gode til at hjælpe hinanden. Det skal I endelig blive ved med, så er det lettere at klare.”

Marie holder op med at græde og er klar til at lave en handlingsplan for de næste to dage. De laver nogle kortsigtede handlingsmål, hvor Marie sidder med varme, ammer hyppigt for at få tømt brysterne og hviler sig ind i mellem. Sundhedsplejersken viser hende, hvordan hun kan amme i en tilbagelænet stilling, så det mindsker trækket i brystvorten. Mikkel vil sørge for mad og drikke og opmuntre Marie, når det er svært. Sundhedsplejersken vil ringe dagen efter og komme to dage efter. Hun siger desuden, at de skal ringe til deres læge, hvis Marie får det værre, og feberen ikke er forsvundet i morgen.

I dialogen med Marie og Mikkel bruges følgende metoder og teorier:

- Aktiv lytning med både åbne og lukkede spørgsmål, lineære og reflekterende spørgsmål
- Vidensformidling med inddragelse af de fire trin
- Inddragelse af faderen
- Styrkelse af self-efficacy
- Støtte til gode erfaringer
- Støtte til brug af gode rollemodeller og aktivering af billedmateriale fra pjece
- Anerkendelse af forældre og barn
- Kortsigtede mål
- Feedback og tæt opfølgning.

Dialogen kan gribes an på flere måder. Prøv at reflektere over, hvordan metoderne og teorierne er blevet anvendt i denne case og hvilke effekter de har.

Overvej eventuelt, om du ville have grebet det an på en anden måde. Prøv at begrunde, hvorfor du eventuelt vælger at gribe det anderledes an. Beskriv også den effekt, som en anden tilgang efter din mening kan have.

12.2 Støtte til kvinder med dårlige ammeerfaringer fra tidligere

Julie og Mads, på henholdsvis 30 og 31 år, venter deres andet barn. Julie er i 28. graviditetsuge. Deres første barn, Tobias, blev ammet i 4 uger og fik under hele perioden ekstra flaske, fordi Julies mælkeproduktion ikke kunne følge med Tobias' behov. Tobias er nu 3 år. Julie har været overvægtig siden teenageårene og havde en BMI på 31, før hun blev gravid denne gang. Både Julie og Mads er kedede af, at de måtte afslutte amningen så tidligt. De vil meget gerne have, at deres kommende barn skal ammes. De møder nu op til en samtale med en IBCLC-jordemoder, hvor de skal snakke forløbet igennem og lægge en plan for amningen af deres andet barn.

Jordemoderen indleder samtalen med at sige, at hun har fået at vide af deres jordemoder, at de gerne vil have en snak om, hvad de kan gøre for ikke at opleve et lignende ammeforløb med deres andet barn. Julie og Mads nikker.

“Vil det være o.k. for jer, hvis I starter med at fortælle mig, hvordan I oplevede amningen med Tobias, inden vi går over til at snakke om, hvordan I kan gøre denne gang?”

“Ja, det vil vi gerne fortælle om,” siger Julie og fortæller, at det jo ikke er en hemmelighed, at hun er overvægtig, men at der slet ikke var fokus på det i relation til amning ved første graviditet. *“Der var ingen, der sagde til os, at det kunne blive svært at amme.”*

Jordemoderen siger: *“Så det kom helt bag på jer, at det ikke var så let med amningen?”*

“Ja, det gik fint nok på den måde, at Tobias sagtens kunne finde ud af det. Efter fødslen blev han lagt op på min mave, og der lå han, til han fandt ud af at tage brystet. Der gik ikke ret lang tid. Og så suttede han ellers uafbrudt de næste fire døgn.”

“Ja, han fik suttet helt hul på brystvorten”, siger Mads.

Forældrene fortæller på skift om forløbet: De spurgte personalet, om det var rigtigt, at han skulle sutte så meget. De fik at vide, at det var helt normalt. Tobias faldt derefter mere til ro, men ved sundhedsplejerskens første besøg fem dage efter fødslen havde han tabt sig over et halvt kilo

og var gul og sløv. Tobias blev genindlagt, og der blev lagt en stram plan for amningen. Han skulle sutte mindst hver 2.-3. time, have ekstra mad på flaske, og Julie skulle stimulere brystet med malkemaskine. Det var et virkelig hårdt program.

“Jah,” siger jordemoderen og holder pause.

Julie fortsætter: “Det ville slet ikke lykkes at få mere gang i min mælk, selvom vi prøvede alt muligt. Jeg lå hud mod hud med Tobias, jeg drak ammete, hvilede, ammede, malkede ud og ... Det var et mareridt. Det lykkedes aldrig at få nok mælk, og efter fire dage blev vi udskrevet igen. Tobias blev ammet lidt, og jeg gav flaske efter hver amning. Det holdt, til han var 4 uger, og så blev Mads og jeg enige om, at det ikke var det værd.”

Jordemoderen siger anerkendende: “Det lyder, som om I har gjort alt, hvad I kunne. Jeg kan godt forstå, at I syntes, det var hårdt. Og jeg kan se, at I stadig er meget berørte, når I snakker om, hvad der skete. Det er godt, at I har taget fat i det allerede her i graviditeten, så I kan forbedre jer så godt som muligt, inden I står med jeres andet barn.” Pause ...

Jordemoderen fortsætter: “Hvad har I gjort jer af forestillinger om amningen denne gang?”

Julie siger, at de har snakket meget om det og er enige om, at de begge gerne have, at barnet bliver ammet, men det skal ikke være for enhver pris.

Jordemoderen spørger: “Når I siger, at det ikke skal være for enhver pris, hvad tænker I så på?”

Mads siger, at de har snakket om, at de ikke skal så langt ud, at barnet skal genindlægges: *“Det var virkelig hårdt. Vi syntes ikke, vi duede til noget som helst som forældre.”*

“Ja, når man oplever, at ens barn ikke får nok at spise, kan det let komme til at påvirke ens selvtillid som forælder. Det kan være virkelig hårdt, men det er også et tegn på, at I bekymrer jer om jeres barns velbefindende,” siger jordemoderen. Pause ...

“Så, I vil gerne have, at jeres barn skal ammes, men vi skal hjælpe jer, så det ikke kommer dertil, at barnet skal genindlægges?”

Mads: *“Ja, lige præcis. Men hvordan gør vi lige det?”*

Jordemoderen kommer med et forslag om at sørge for optimale forhold under den tidlige amning; det vil sige meget hud mod hud-kontakt, hyppig amning, god sutte- og ammestilling eventuelt hvilende i en tilbagelænet stilling. Desuden vil hun foreslå, at de forbliver indlagt i et par dage efter fødslen. Hun tilføjer: *“Og hvis barnet ikke sutter så meget i starten, kunne jeg også foreslå jer at stimulere med malkemaskine. Hvordan vil I have det med det ovenpå jeres oplevelser med Tobias?”*

Julie sukker og siger: *“Hmm, det ved jeg ikke rigtigt.”*

Jordemoderen svarer: *“Det behøver I heller ikke tage stilling til lige nu. Vi kan snakke om det, når vi ses igen. Det vigtigste er, at vi gerne vil hjælpe jer med at holde øje med, at jeres barn ikke taber sig for meget i starten. Hvad siger I til at være indlagt to til tre dage efter fødslen?”*

Julie siger, at de havde tænkt sig at gå hjem lige efter fødslen, fordi de jo også har Tobias at tage hensyn til. Jordemoderen siger: *“Hvordan ser det ud for jer – kan det lade sig gøre at tage hensyn til Tobias samtidig med, at I får givet amningen en god start?”*. Mads foreslår, at de spørger, om bedsteforældrene kan hjælpe.

“Vil det være en løsning, I kan leve med?” spørger jordemoderen. Julie siger: *“Måske, det må vi lige snakke om.”*

Jordemoderen spørger, om der er mere, de skal vende på nuværende tidspunkt. Forældrene er godt tilfredse med den snak, de har haft. De aftaler at mødes igen og samle op på de ting, der er kommet frem, og lægge en endelig plan for den tidlige amning fire uger efter.

Ved samtalen fire uger senere siger Julie og Mads, at de er enige om, at de forbliver indlagt to døgn efter fødslen. De har fået bedsteforældrene til at passe Tobias. De er med på at gøre det, jordemoderen foreslog sidst, men vil kun stimulere med malkemaskine, hvis deres kommende barn ikke sutter så hyppigt.

Jordemoderen spørger: *“Er I godt tilpas med den plan?”*. Forældrene nikker. Jordemoderen siger, at hun vil skrive det ned, så personalet, som kommer efter, kan følge det op.

“Vi vil være meget opmærksomme på, om jeres barn får nok at spise. Hvis det ikke får nok mælk, vil vi tilbyde det lidt ekstra af en lille kop.”

Er I med på det?”. Det er forældrene helt med på. “Han skal i hvert fald ikke komme til at mangle mad,” siger Julie.

Til sidst siger jordemoderen: “I og vi sætter alle sejl ind på at få en god start. Så kan I i hvert fald sige til jer selv, at I har gjort alt for, at det skal lade sig gøre at amme jeres barn. Hvis I må supplere amningen med ekstra tilskud, behøver I ikke se det som et nederlag. Amning behøver ikke være et spørgsmål om enten eller. Nogle ammer det, de kan, og supplerer med erstatning i en længere periode. I kan jo overveje, om I kan forestille jer den model, hvis der ikke kommer nok mælk.”

Julie og Mads er enige om, at det er en overvejelse værd. De havde egentlig ikke overvejet, at amning og flaske kunne være et spørgsmål om både og.

Julie føder endnu en stor dreng på 4500 gram til tiden. Drengen kommer op hud mod hud og ammes hyppigt som planlagt. Julie guides af sundhedspersonalet til at amme i tilbagelænet ammestilling. Det gør ondt i starten, men personalet opfordrer Julie til at prøve at rykke lidt på drengen, og hun viser Mads, hvordan han kan justere ryglænet, indtil det bliver bedre. Det lykkes Julie og Mads at finde en god stilling, hvor Julie kan slappe helt af, og hvor det ikke gør ondt.

Tobias er hos bedsteforældrene og kommer på besøg på hospitalet et par timer efter fødslen. Da han skal hjem med bedsteforældrene, bliver han ked af det og vil ikke med. Bedsteforældrene går ud ad døren med en grædende Tobias.

Julie og Mads bliver meget påvirkede af det og kalder på sygeplejersken for at blive udskrevet. Sygeplejersken siger anerkendende: *“Jeg kan se, at det er svært for jer, at Tobias var så ked af at tage af sted fra jer. Er han ellers glad for at være hos sine bedsteforældre?”*. Mads siger, at han er rigtig glad for dem. Han er det første barnebarn, så han bliver rigtig forkælet.

“Hvordan vil I have det med at give det et par timer og derefter ringe til bedsteforældrene og høre, hvordan det går, inden I beslutter jer endeligt for at tage hjem? Så kan I lige nå en amning mere her på hospitalet”.

Julie og Mads synes, det er en overskuelig plan, og et par timer senere får de at vide, at Tobias faldt til ro efter kort tid. Han har hygget sig og er nu faldet i søvn til natten. Julie ammer meget hyppigt først på natten

og får derefter sovet fire timer sidst på natten. Indtil videre har Julie og Mads ikke haft mod på at malke ud.

Om morgenen snakker Julie med bedsteforældrene og kan høre i baggrunden, at Tobias er ked af det. Mads og Julie bliver enige om at tage hjem. De aftaler med sygeplejersken at fortsætte med hyppig amning og hud mod hud-kontakt hjemme. Da drengen har suttet hyppigt, aftaler de at fortsætte uden tilskud, indtil forældrene kommer ind til blodprøve næste dag. Hvis de bliver i tvivl, kan de ringe til afdelingen.

Julie og Mads kommer ind til blodprøve, da drengen er 48 timer gammel. Julie har ammet meget hyppigt og ikke fået meget søvn. Mads har taget sig af Tobias, men Tobias vil helst være hos sin mor. Den nyfødte, Karl, bliver vejjet og har tabt sig 400 gram siden fødslen. Han er meget søgende og urolig, afføringen er blevet lidt mere mørkegrøn. Forældrene har svært ved at bedømme, hvor meget Karl tisser, men bleen er i hvert fald ikke tung. Julie har ikke fornemmelsen af, at mælken er løbet til endnu, og forældrene er begge indstillet på, at Karl skal have noget tilskud.

Sygeplejersken siger: *“Hvad siger du til at lægge Karl til? Så kan vi snakke sammen bagefter om den videre plan.”*

Julie lægger Karl til, og han sutter heftigt på brystet. Sygeplejersken roser Karls sutteteknik. *“Han er virkelig dygtig.”*

Karl giver slip efter kort tid og ligger uroligt ved brystet. Han tager fat igen og sutter få gange, hvorefter han giver slip igen.

“Sutter han sådan hver gang”, spørger sygeplejersken. Mads siger, at det har han gjort det meste af dagen. *“Han virker altså sulten,”* siger Julie.

“Det synes jeg, at I har helt ret i,” siger sygeplejersken. *“Han er også en stor fyr. Det kræver noget at mætte ham. I lagde en plan med jordemoderen i graviditeten om, at vi skulle hjælpe jer med at sikre, at Karl fik nok at spise?”* Sygeplejersken holder pause og søger øjenkontakt med forældrene. Forældrene nikker. Julie har tårer i øjnene. *“Jeg synes, vi skal give ham lidt modernælkserstatning i en kop nu. Så kan han falde til ro, og vi kan snakke sammen om, hvordan I kommer videre herfra. Hvad siger I til det?”*

Forældrene er helt med på det.

Da Karl er faldet til ro, siger sygeplejersken: *“Karl er virkelig dygtig til at sutte ved brystet. Han er en stor, dejlig dreng, som er kommet rigtig godt fra start. Lige nu ser det ud til, at der ikke er helt mælk nok til ham. Men det kan sagtens være, at mælken bare er lidt længere tid om at løbe til her efter fødslen. Det ser vi ofte hos mødre, der har lidt ekstra kilo på sidebenene. Så jeg synes ikke, I skal fortvivle. Men det vigtigste er, hvad I selv siger. Hvad tænker I om amningen lige nu?”*

Forældrene giver udtryk for, at de stadig gerne vil have, at Karl bliver ammet, men synes det er meget stressende, at der tilsyneladende ikke er mælk nok. Hele den gamle historie med Tobias rulles frem for dem igen.

“Synes I, at det er så stressende, at I tænker, at I hellere vil gå helt over til flaske?” spørger sygeplejersken. Julie siger, at hvis der er en mulighed for, at mælken eventuelt kommer senere, så synes hun, det er for tidligt at give op. Mads støtter hende.

“Hvad siger I så til, at du, Julie, fortsætter med at amme hyppigt, men tilbyder Karl lidt ekstra mad efter hver amning her det næste døgn. Så kan jeg ringe til jer i morgen ved denne tid og høre, hvordan det går. I er også velkomne til at komme herind, hvis I synes bedre om det”. Julie og Mads snakker lidt sammen om, hvad de synes er bedst. De er helt trygge ved at gå hjem, hvis bare de ved, at Karl får nok mad. Og egentlig vil de bare gerne have, at sygeplejersken ringer.

Næste dag, da sygeplejersken ringer, er der meget mere ro på. Julie har en fornemmelse af, at hun er begyndt at få en smule mere mælk. Karl har spist godt 8-9 gange ved brystet det sidste døgn og får tilskud efter hver amning. Hans afføring er blevet mere grøn/gul og bleerne er våde efter hvert måltid. De aftaler, at Julie fortsætter uændret indtil næste dag, hvor sundhedsplejersken kommer på barselbesøg. Derefter vil de tage stilling til det videre forløb. Julie og Mads opfordres igen til at ringe, hvis de bliver i tvivl om noget.

I dialogen med Julie og Mads er anvendt følgende metoder, teorier og begreber:

- Aktiv lytning med flere typer af spørgsmål
- Aktuell vidensformidling i den konkrete situation
- Inddragelse af faderen
- Styrkelse af self-efficacy
- Støtte til gode erfaringer
- Anerkendelse af forældre og dreng
- Kortsigtede mål
- Feedback og tæt opfølgning
- Opmærksomhed på kontekst

Dialogen kan gribes an på flere måder. Prøv at reflektere over, hvordan typerne af spørgsmål er blevet anvendt i denne case og hvilke effekter, de har.

Overvej, om du ville have brugt en anden spørgeteknik. Prøv at begrunde, hvorfor du eventuelt vælger at gribe det anderledes an. Beskriv også den effekt, som en anden tilgang efter din mening kan have.

12.3 Støtte til familier med anden etnisk baggrund, hvor ammeforløbet udfordres af kulturelle modsætninger

Zeyneb og Mehmet, på henholdsvis 26 og 28 år, har fået deres andet barn, Yusuf. De stammer begge fra Tyrkiet. Zeyneb er født og opvokset i Danmark, hendes forældre kom til Danmark nogle år før, hun blev født. Mehmet kom hertil, da han blev gift med Zeyneb for tre år siden. De mødte hinanden, da Zeyneb var på ferie med sin familie i Tyrkiet. Zeyneb er social- og sundhedsassistent, Mehmet har ikke nogen uddannelse, han arbejder i Zeynebs fars grønthandel. Deres første barn, Esma, er 2 år og går i vuggestue. Mehmet's mor er kommet på besøg for at se sit nye barnebarn og hjælpe dem i de første måneder.

Sundhedsplejersken kommer på etableringsbesøg, da Yusuf er 10 dage. Mehmet er på arbejde, Esma holder fri fra vuggestuen, farmor leger med hende og har hende med i køkkenet, hvor hun er ved at bage brød.

Zeyneb fortæller, at det går godt med Yusuf. Fødslen gik godt, og de blev allerede udskrevet efter seks timer. Yusuf bliver ammet, og han vejer 100 g over fødselsvægten. Sundhedsplejersken spørger, hvordan det går med amningen. Zeyneb siger, at det går godt, Yusuf sutter godt og er en rolig dreng. Men hun synes, det er svært også at tage sig af Esma, når hun bruger så meget tid på Yusuf. Hun er glad for, at hendes svigermor er kommet og hjælper hende.

Sundhedsplejersken anerkender, hvor godt Yusuf trives og spørger, hvor længe Esma blev ammet. Zeyneb fortæller, at hun ammede hende, til hun var 6 måneder, men at hun også gav flaske, fra datteren var omkring 2 måneder.

Sundhedsplejersken spørger: *“Hvad skete der, da Esma var 2 måneder, og du begyndte at supplere med flaske?”*

Zeyneb siger, at hun ikke havde mælk nok. I starten gik det fint, når hun bare gav en flaske en gang imellem, men Esma blev mere og mere glad for flasken og til sidst afviste hun brystet.

Sundhedsplejersken spørger: *“Hvor længe tænker du, at du vil amme Yusuf?”*

Zeyneb siger, at hun gerne vil amme Yusuf længere, end hun ammede Esma, men at det jo ikke er sikkert, at hun har nok mælk.

Sundhedsplejersken spørger til, hvordan traditionerne for amning er i familien. Både Mehmet og Zeyneb er blevet ammet fuldt de første 6 måneder, og delvist indtil de var mellem 1 og 2 år. Zeynebs to ældre søstre, der bor tæt på Mehmet og Zeyneb, har også både ammet og givet flaske.

Sundhedsplejersken siger: *“Mange af de mødre, jeg kommer hos, bryder sig ikke om at amme andre steder end derhjemme. Hvordan har du det med at amme, når du ikke er hjemme?”*

Zeyneb siger, at hun kun ammede Esma derhjemme. Hvis hun var ude, gav hun flaske. Sådan havde hendes søstre også gjort.

Sundhedsplejersken spørger, om Mehmet har ønsker til, om deres barn skal ammes eller have flaske.

“Både Mehmet, min mor og min svigermor siger, at jeg skal amme, indtil han er 6 måneder. De siger, at jeg ikke skal gå så meget ud. De skal nok hjælpe mig med indkøb og følge Esma i vuggestue. Men det kan jeg ikke holde ud, jeg vil gerne se mine veninder, og jeg vil også gerne i mødregruppe. Det var jeg ikke sidste gang, og mine veninder har været rigtig glade for deres mødregrupper.”

Sundhedsplejersken spørger: *“Har du lyst til at vi taler om, hvordan du både kan amme og alligevel komme ud?”*

Det vil Zeyneb gerne, men hun tror ikke, det bliver noget problem det første stykke tid. Hun kan mærke, at hun har brug for fred og ro til at lære Yusuf at kende og finde ud af, hvordan hun klarer at have to børn. Det er først aktuelt, når hendes svigermor tager hjem om et par måneder, og hun skal være alene om dagen, mens Mehmet er på arbejde.

Sundhedsplejersken spørger, om det ville være en ide at tale om det ved næste besøg om 3 uger, og om Mehmet har mulighed for at være med. Zeyneb vil gerne tale om det næste gang, men hun synes ikke, at Mehmet skal være med. For han synes ikke, at hun skal gå så meget ud. Han vil gerne have, at hun bliver hjemme og ammer og passer Yusuf. Mehmet vil ikke have, at Zeyneb ammer på cafeer eller nogen steder, hvor der kommer andre mænd. Men det er heller ikke det, Zeyneb vil, hun vil bare gerne i mødregruppe og mødes med veninder.

Sundhedsplejersken siger: *“Jeg tror godt, at du både kan give Yusuf din mælk og komme i mødregruppe og mødes med veninder, uden at du behøver at amme på steder, du ikke har lyst til. Jeg kommer hos mange andre mødre, der har det ligesom dig og alligevel ammer fuldt i 6 måneder. Vil Mehmet ikke have, at du mødes med veninder, eller vil han bare ikke have, at sidder og ammer på steder, hvor der kommer andre mænd?”*

“Det er det med, at jeg ikke må sidde og amme på offentlige steder. Jeg må gerne være sammen med mine veninder.”

“Hvis du har lyst til, at Mehmet og måske også din svigermor er med til vores næste samtale, er de meget velkomne. Jeg kan bestille en videotolk. Jeg forstår det, fordi jeg kan høre, at selvom de ikke helt forstår dit behov for at komme ud, er de rigtig gode til at støtte og hjælpe dig med amningen.”

Zeyneb overvejer det lidt og beslutter sig for, at Mehmet og svigermor gerne må deltage i besøget. Hun er glad for, at sundhedsplejersken bestiller tolk, for Mehmet er ikke så god til dansk endnu. Zeyneb spørger, om det kan blive en kvindelig tolk. Sundhedsplejersken lægger besøget tidligt, så Mehmet kan tage på arbejde bagefter.

Ved det næste besøg, hvor Yusuf er 1 måned, har de tolken med på sundhedsplejerskens computer. Efter at Yusuf er blevet undersøgt og vejet, sætter de sig, så tolken kan se dem alle sammen. Zeyneb fortæller, at det stadig går godt med amningen. Hun er begyndt at aflevere og hente Esma i vuggestuen, mens farmor passer Yusuf derhjemme.

Sundhedsplejersken spørger til, hvad Zeyneb nu tænker om amningen. Zeyneb siger, at det går rigtig godt, når hun ikke behøver at gå ud med Yusuf. Men hun vil gerne have ham med i mødregruppe. Hun vil også gerne mødes med sine veninder og gå i det nærliggende indkøbscenter. Men hun er bange for, at Yusuf skal vågne, når hun skal til at hente Esma i vuggestuen om eftermiddagen. De har aftalt, at når farmor rejser hjem, skal Mehmet aflevere Esma om morgenen, og Zeyneb hente hende om eftermiddagen, for Mehmet kommer sent hjem.

Mehmet vil ikke have, at Zeyneb ammer nogen steder, hvor der kommer andre mænd. Han synes, at hun skal skynde sig frem og tilbage til vuggestuen, så Yusuf ikke vågner. Mehmet skal nok sørge for indkøb på vej hjem fra arbejde. Farmor kan heller ikke forstå, at Zeyneb ikke bare kan blive derhjemme, indtil Yusuf bliver 6 måneder og kan begynde at få anden mad.

Sundhedsplejersken siger: *“Jeg kan høre, at I er enige om, at det er rigtig godt, at Yusuf får Zeynebs mælk, og at Mehmet og farmor gerne vil hjælpe Zeyneb, så hun kan amme så længe som muligt. Men jeg kan også høre, at Zeyneb siger, at hun har brug for at komme ud af lejligheden i løbet af dagen. Jeg tror godt, at det kan lade sig gøre, at Yusuf får Zeynebs mælk, uden at Zeyneb behøver at blive hjemme. Har I lyst til, at vi taler lidt mere om det?”*

Alle nikker. Sundhedsplejersken fortæller, at i det lokale, hvor de afholder mødregrupper, kommer der ikke andre end mødrene og sundhedsplejersken, så dér kan man sagtens amme. Og hvis man har brug for fred, er der et stille hjørne med en god sofa.

Zeyneb vil gerne have en flaske med, når hun henter Esma i vuggestuen, og hun vil også gerne kunne gå på legepladsen med hende om eftermiddagen. De taler om, at Esma blev meget glad for flasken, og sundhedsplejersken fortæller om, hvordan mængden af den mælk, moderen danner, afhænger af udbud og efterspørgsel, og at det måske også var derfor, at Zeyneb oplevede at have for lidt mælk.

Sundhedsplejersken spørger, om Zeyneb har prøvet at malke ud. Det har hun ikke. Sundhedsplejersken fortæller, hvordan hun kan gøre det enten med hånden eller med en pumpe og om fordelene ved, at Yusuf får hendes mælk. Zeyneb siger, at hun har meget mælk om morgenen, at det løber fra det andet bryst, når hun ammer Yusuf. De aftaler, at Zeyneb prøver at malke ud, og at sundhedsplejersken ringer om et par dage og hører hvordan det går. Mehmet og farmor håber, at det kan lykkes, at Yusuf kun får Zeynebs mælk.

Sundhedsplejersken foreslår, at de kan tale med de andre mødre i mødregruppen om, hvordan de gør, når de er ude med deres børn. Besøget fortsætter med de øvrige spørgsmål, som familien har til sundhedsplejersken.

En uge senere kommer Zeyneb til første møde i mødregruppen. Der er både etnisk danske mødre og mødre med anden etnisk baggrund. De fleste af mødrene ammer. Sundhedsplejersken hjælper Zeyneb med at sætte en snak i gang om, hvordan mødrene har det med at amme, når de er ude med deres børn. Flere af mødrene har det ikke godt med det, heller ikke de etnisk danske mødre. De synes, det er ubehageligt og er bange for, at nogen skal sige til dem, at de bliver generet af, at de sidder og ammer på en cafe eller en bænk i parken.

Sundhedsplejersken sætter en runde i gang, hvor mødrene fortæller, hvordan de gør og udveksler erfaringer om steder, hvor man kan amme i fred og ro. For eksempel er der indrettet et rum i indkøbscenteret, hvor man kan skifte børnene, amme og give flaske. Zeyneb er glad for at høre om de andre mødres overvejelser, og hun fortæller, at hun har prøvet at malke ud og nu har noget mælk i fryseren, som hun kan tage med, hvis hun får brug for det.

Sundhedsplejersken fortsætter med at have tæt kontakt med familien. Hun ser Zeyneb en gang mere i mødregruppen og lægger sine besøg med videotolk, så Mehmet kan deltage.

Sundhedsplejersken bruger sin viden om, at etniske minoriteter er i risiko for tidligt ammeophør.

Endvidere påtager hun sig ansvaret for kommunikationen ved at tilbyde tolk, så faderen og svigermoderen kan deltage på lige fod med moderen.

I dialogen med Zeyneb og Mehmet er der derudover brugt følgende metoder og teorier:

- Aktiv lytning og brug af forskellige spørgsmålstyper
- Inddragelse af faderen
- Formidling af viden med inddragelse af de fire trin
- Opmærksomhed på kontekst
- Styrkelse af self-efficacy
- Støtte til at få gode erfaringer
- Støtte til brug af gode rollemodeller
- Social indflydelse
- Feedback og tæt opfølgning

Dialogen kan gribes an på flere måder. Prøv at reflektere over, hvordan metoderne og teorierne er blevet anvendt i denne case og hvilke effekter det har.

Overvej, om du ville have grebet dialogen an på en anden måde.

Prøv at begrunde, hvorfor du eventuelt vælger at gribe det anderledes an. Beskriv også den effekt, som en anden tilgang efter din mening kan have.

12.4 Støtte til forældre, der ikke tror, at der er nok mælk til barnet

Anne og Kasper, på henholdsvis 28 og 32 år, fik for to måneder siden deres første barn, Sofia. Sofia blev født tre uger før termin og var indlagt fire dage efter fødslen pga. gulsot, som skulle behandles med lys. Sofia skulle i starten holdes meget til ved brystet for ikke at falde i søvn, men omkring 14 dage efter fødslen vendte det, og siden har hun suttet flot og taget fint på.

Anne mistede sin mor for 10 år siden, og det har været svært, at hun ikke havde hende i graviditeten og her efter fødslen. Kaspers mor har været en stor støtte for Anne og er meget glad for Sofia. Kaspers mor havde kun kort barselsorlov, da hun fik sine tre sønner og har ikke ammet dem mere end nogle få uger.

Anne synes selv, at hun den sidste måned er kommet ind i en god rytme med amningen. Sofia sutter koncentreret og holder nogle gode pauser imellem amningerne, hvor hun virker tilfreds og glad. Om natten har hun sovet ca. fem timer. De sidste tre-fire dage er Sofia imidlertid begyndt at vågne meget hyppigere – specielt om aftenen er hun meget på, og hun er også begyndt at vågne en gang midt på natten. Anne og Kasper har lige været til fødselsdag hos svigermoderen, og hun spurgte, om Anne mon havde mælk nok. Det fik Anne og Kasper til at komme meget i tvivl, og de købte en brik med modermælkserstatning, som de prøvede at give Sofia til natten. Sofia slubrede det i sig, men sov alligevel ikke bedre.

Anne ringer nu til sundhedsplejersken for at spørge, hvad de kan gøre.

Sundhedsplejersken siger: *“Sofia er begyndt at spise hyppigere og sove mere afbrudt, så det har fået jer til at tænke, om hun ikke får nok at spise? Det kan jeg godt forstå, at I kommer til at tænke.”* Pause.

Anne bekræfter og fortæller, at hun lige var kommet ind i en god rytme, som gjorde hendes dage mere forudsigelige, så hun kunne planlægge forskellige ting.

“Så der er to ting i det,” siger sundhedsplejersken. *“I er bange for, at Sofia ikke får nok mad, og den mere urolige rytme gør det svært for dig at planlægge noget. Er det rigtigt forstået?”*

Anne siger: *“Ja, men jeg er mest bekymret for, om Sofia får nok at spise.”*

“Skal vi snakke om det først?” spørger sundhedsplejersken. Det er Anne med på, og sundhedsplejersken spørger ind til, hvordan Sofia har det.

Anne fortæller, at der sker så meget lige nu. Sofia er blevet god til at holde overkrop og hoved i lang tid, når hun ligger på maven, hun pludrer og er så sjov.

“Det lyder, som om det er en kvik lille pige, I har fået. Og sådan har det også været de seneste dage?” Anne bekræfter.

“Hvor tit har hun spist?”

“Det er svært at sige, for hun spiste hele aftenen i går, men måske 10 gange”

“Og hvad med afføring og vandladning?”

“Det er, som det plejer – en fyldt ble ved hver amning.”

“Jamen, hvad siger du til det, Anne? Lyder det ikke godt?”

“Joh, men hvorfor er hun så begyndt at spise så tit?” spørger Anne.

Sundhedsplejersken snakker med Anne om, hvordan spise- og sovemønstre ændrer sig hele tiden. *“Så længe Sofie viser tegn til, at hun trives, er det fint – det vil sige, at hun har fyldte bleer, sutter flot, synker, sover og er lyserød i huden.”*

“Jah. Det ved vi jo egentlig godt. Men min svigermor fik hylet mig helt ud af den,” siger Anne.

“Og det ved jeg også, at både du og Kasper ved,” siger sundhedsplejersken og fortsætter: *“Nogle gange skal der ikke meget til, før man bliver i tvivl. Men prøv at holde fast i Sofias trivselstegn. Og husk, at det er dig og Kasper, der kender Sofia bedst. Jeg tænker på, om I kan hjælpe hinanden, så I ikke lader jer påvirke så meget af kommentarer om, hvorvidt der er mælk nok?”*

“Hvad tænker du på?” siger Anne.

“Det kunne måske være, at I minder hinanden om at vurdere Sofias trivselstegn, hvis I bliver i tvivl. Eller snakke med Kaspers mor om, hvordan Sofias spise- og sovemønstre ændres hele tiden. Eller det kan være noget helt tredje, som giver mere mening for jer.”

“Det er måske en meget god ide,” siger Anne.

“Hvad så, Anne. Hvad siger din mavefornemmelse om amningen nu?” spørger sundhedsplejersken. Lang pause ... *“Er du stadig i tvivl om, hvorvidt Sofia får nok? Er det sådan du har det?”*

Anne siger, at hun på den ene side sagtens kan se, at Sofie er glad og tilfreds, men på den anden side stadig kan være usikker på, om hun får nok.

Sundhedsplejersken spørger: *“Vil det være rart for dig at komme op til åbent hus i eftermiddag og få Sofia vejet?”*

Det vil Anne rigtig gerne.

“Og så kan jeg se, at vi har en aftale om en uge. Er Kasper hjemme, når jeg kommer?”

“Ja,” siger Anne.

I casen om Anne og Kasper arbejdes der med følgende metoder:

- Aktiv lytning med flere typer af spørgsmål
- Aktuell vidensformidling i den konkrete situation
- Inddragelse af faderen
- Styrkelse af self-efficacy
- Støtte til gode erfaringer
- Anerkendelse af forældre og datter
- Opmærksomhed på egen fysisk og følelsesmæssig respons
- Feedback og tæt opfølgning
- Opmærksomhed på kontekst.

Der er fokus på at øge Annes self-efficacy i forhold til at tro på, at der er mælk nok.

Prøv at identificere Banduras fire kilder, se afsnit 2.3.2.

Prøv at reflektere over, hvordan man også kan arbejde med at øge self-efficacy både under telefonsamtale og under face to face-kontakt.

WHO's kodeks

Verdenssundhedsorganisationens internationale kodeks om markedsføring af modermælkserstatninger.

Internationalt samarbejde mellem Verdenssundhedsorganisationen (WHO), UNICEF, medicinske eksperter, regeringsrepræsentanter, producenter af spædbørnsmælk og forbrugergrupper førte i maj 1981 til vedtagelsen af en resolution om en frivillig WHO-kodeks om markedsføring af modermælkserstatninger (1).

Formålet med WHO's kodeks er:

- at sikre at spædbørn får tilstrækkelig og sund ernæring,
- at støtte og værne om amning,
- at sikre at modermælkserstatning bliver anvendt korrekt og
- at standse uetisk markedsføring af produkter der anvendes til flaskeernæring (modermælkserstatning, flasker og flaskesutter).

Kodeksen forhindrer ikke kvinder i at flaskemælk, hvis det er det, de ønsker at gøre. Kodeksens formål er at øve kontrol med uetisk markedsføring over for forældre og personale i sundhedsvæsenet og at mindske det pres, nogle firmaer udøver på sundhedspersonale. Den søger at fremme og bevare kvindens ret til at amme og barnets ret til sin mors mælk. Kodeksen søger på ingen måde at påtvinge amning.

WHO's kodeks gælder alle modermælkserstatninger til spædbørn inklusive mælkeprodukter og andre produkter, der kan gives i sutteflaske, samt sutteflasker og drikkesutter.

I WHO's kodeks står desuden, at:

1. det er forbudt at reklamere med disse produkter over for offentligheden.
2. der må ikke gives gratis prøver til mødre, gravide eller disses familier.

3. produkterne må ikke promoveres via sundhedsvæsenet.
4. ingen industriansatte må rådgive mødre eller disses familier.
5. ingen gaver eller vareprøver må udleveres til sundhedspersonale.
6. ingen billeder (inkl. billeder af spædbørn) eller tekst, der kan idealisere flaskemadning, må forekomme på etiketter eller indpakning af produkterne.
7. al information om flaskeernæring, inkl. på mærkater/etiketter bør oplyse om amningens uovertruffenhed, faren ved og de økonomiske konsekvenser af flaskemadning.
8. uegnede produkter, såsom kondenseret sødet mælk må ikke markedsføres som spædbørnsmælk.
9. alle produkter bør være af en høj kvalitet og tage de klimatiske og opbevaringsmæssige forhold i brugerlandet i betragtning.

Kodeksen henstiller, at sundhedspersonalet og disses arbejdspladser ikke anvendes til reklamering og promovering af flaskemadning over for offentligheden. Dette indbefatter anvendelse af kalendere, plakater, navnemærkater, målebånd, oplysningspjecer, krus og sutteflasker, hvorpå der optræder firmanavne.

WHO's kodeks gælder verden over, og var tænkt som minimumskrav for at beskytte børnenes sundhed.

De enkelte regeringer har derefter skullet formulere deres egne kodeks i overensstemmelse med WHO's kodeks.

I kodeksens artikel 7.1 lægges vægt på, at sundhedspersonalet bør støtte amning, og at det bør gøre sig bekendt med kodeksens bestemmelser.

Af særlige forhold skal peges på, at det anføres, at oplysning til gravide og mødre med spædbørn bør indeholde følgende punkter:

- a. amningens fordele og overlegenhed
- b. moderens ernæring, forberedelse til og vedligeholdelse af amning
- c. den negative indvirkning på amning ved indførelse af delvis flaskemadning

- d. vanskeligheden ved at omgøre en beslutning om ikke at amme
- e. den rette brug af modernælkserstatninger, hvor disse måtte være nødvendige.

Desuden anføres, at oplysningsmateriale kun må foræres bort efter anmodning fra sundhedspersonalet.

Endvidere er det i kodeksen (art. 7.4) fastlagt, at prøver af modernælks-erstatning ikke bør udleveres (og modtages), medmindre det er nødvendigt med henblik på en faglig vurdering, hvilket efter Sundhedsstyrelsens opfattelse indebærer, at formålet med vurderingen er at skaffe ny viden eller evt. afprøve andres faglige undersøgelser. Heraf følger selv-sagt, at prøver ikke udleveres til gravide eller forældre med spædbørn.

Det er yderligere i kodeksen (art. 7.5) fastlagt, at producenter og forhandlere af modernælkserstatninger er pligtige til at rapportere til ansættelsesstedet, hvis de til medlemmer af sundhedspersonalet yder bidrag til stipendier, studierejser eller lignende. Regler om modtagelsen af sådanne økonomiske tilskud, som måtte være fastlagt af arbejdsgiverne i sundhedsvæsenet, forudsættes efterlevet, men såfremt der ikke eksisterer nogen speciel forpligtelse til rapportering i tilfælde som ovenfor anført, skal man henstille, at der foretages indberetning i overensstemmelse med kodeksens art. 7.5.

Som anført i kodeksens art. 6.2 og 6.3 bør sundhedsvæsenet ikke benyttes til at agitere for modernælkserstatninger ved skiltning eller uddeling af materiale fra fabrikanten og forhandlere.

Det er Sundhedsstyrelsens håb, at dansk efterlevelse af WHO's kodeks kan medvirke til at styrke amningen i Danmark.

WHO's kodeks siger imidlertid mest noget om, hvad man ikke bør gøre. Blandt flere vigtige forhold, der øver indflydelse på et vellykket amme-forløb, er den positive motivation hos mødre og familien særdeles vigtig, og den befordres bedst ved en aktiv og engageret støtte fra hele sundhedsvæsenet. Hertil vil medvirken fra det enkelte medlem af sundhedspersonalet være betydningsfuld.

Baby-Friendly Hospital Initiative (WHO/UNICEF)

Ten steps for successful breastfeeding (WHO 2009)

1. Have a written breastfeeding policy that is routinely communicated to all health care staff
2. Train all health care staff in skills necessary to implement the policy
3. Inform all pregnant women about the benefits and management of breastfeeding
4. Help mothers initiate breastfeeding within a half-hour of birth
5. Show mothers how to breastfeed and how to maintain lactation, even if they should be separated from their infants
6. Give newborn infants no food or drink other than breast milk, unless medically indicated
7. Practice rooming-in – allow mother and infant to remain together – 24 hours a day
8. Encourage breastfeeding on demand
9. Give no artificial teats or pacifiers to breastfeeding infants
10. Foster the establishment of breastfeeding support groups and refer mothers to them on discharge from the hospital or clinic

Reference

World Health Organization, UNICEF. Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care. 2009

Rengøring af flasker og flaskesutter

Flasker og flaskesutter skal rengøres meget grundigt efter brug, da overlevende bakterier ellers kan medføre sygdom hos barnet

Rengøring i hånden

1. Skyl flasker og flaskesutter i koldt vand.
2. Vask flaskerne med flaskerenser, opvaskemiddel og varmt vand. Fjern mælkerester fra skruegangen og på kanter.
3. Gnid flaskesutter med groft salt for at fjerne mælkerester på inder-siden.
4. Skyl flasker og flaskesutter grundigt.
5. Kog flasker og flaskesutter i 5 minutter. Hæld vandet fra.
6. Opbevar flasker og flaskesutter tørt og tildækket, indtil de skal bruges.

Med opvaskemaskine

Flasker rengøres først i hånden, se ovenfor. Men i stedet for pkt. 5 sættes de rengjorte flasker i opvaskemaskine og vaskes ved mindst 65 grader. Flaskesutter kan ikke tåle at komme i opvaskemaskine.

Med mikrobølgeovn

Flasker og flaskesutter rengøres først i hånden, se ovenfor. Men i stedet for pkt. 5 placeres de rengjorte flasker og flaskesutter i et kar med sæbevand, der skal dække. Flasker og flaskesutter koges i 5 minutter i mikrobølgeovnen. Derefter skal de skylles og tørres. Alternativt anvendes en særlig indsats til dette formål.

Sutter

Barnets narresutter rengøres hver dag med vand og opvaskemiddel, og der skylles efter med rent vand, så der ikke er sæberester tilbage.

Sutterne skoldes efterfølgende med kogende vand og tørres med et rent viskestykke eller køkkenrulle.

En sut skal kasseres, hvis gummet er mørt, eller der er sorte belægninger, som ikke kan fjernes.

Forældre må aldrig selv sutte på barnets sut, da der derved kan overføres bakterier, som kan give barnet huller i tænderne.

På sygehuse følges sygehusets hygiejniske retningslinjer for rengøring af flasker og sutter.

Register

ff er en forkortelse af "flere følgende" og betyder her "på de følgende sider".

A

Absces [178](#)
Adoption [191](#)
Adskillelse [98](#), [115](#), [142](#)
Afføring [124](#), [226](#)
Afløb fra brystet [175](#), [177](#)
Afslutning på amning [129 ff](#)
Afvisning [186](#)
Aktiv hjælp til mor [113](#)
Aktiv lytning [24](#), [263](#), [269](#), [274](#), [278](#)
Akupunktur [176](#)
Alkohol [192](#)
Allergi [46](#), [223](#)
Allergisk rhinitis [42](#), [46](#)
Amenoré [51](#)
Amme-bh [149](#)
Ammeforløb, normalt [92 ff](#)
Ammefrekvenser [6](#), [9-10](#)
Ammehyppighed [116](#)
Ammeindlæg [150](#), [169](#), [171](#)
Ammeklinik [14](#)
Ammekonsulent, certificeret [9](#)
Ammeophør [16](#)
Ammeperiodens længde [128](#)
Ammeproblemer [165 ff](#)
Ammepute [104](#), [150](#)
Ammestart [88](#)
Ammestillinger [103](#), [240](#)
Ammestop [94](#)
før ønsket [187](#)
Ammeteknik [109 ff](#), [226](#)
Ammevarighed [14 ff](#)
Ammevejledning [13 ff](#), [258 ff](#)
Amning efter behov [116 ff](#)
Anatomi, brystets [59 ff](#)
Anbefaling alkohol [192](#)

om amning [7](#)
rengøring af flasker m.v. [283](#)
rovfisk [73](#)
rygning [211](#)
Anerkendelse [13](#), [34](#), [263](#), [269](#), [278](#)
Ankyloglossia, [249](#)
Antibiotika [169](#), [177](#)
Antistoffer [70](#)
Anæstesi [193](#)
Apps [15](#)
Areola [60 ff](#), [109](#), [167](#)
Asthma [46](#), [211](#)

B

Ballarinagreb [224](#), [228](#)
Bandura [32](#), [269](#)
Barnets vækst [45](#)
Begrænset fysisk formåen [224](#), [228](#), [232](#), [240](#)
Bilirubin [229 ff](#)
Blodlipider og blodtryk [47](#)
Blodsukker [232](#)
Blodtab [195](#)
Blok-amning [182](#)
Bristning [106](#)
Brystbetændelse [108](#), [141](#), [172](#), [176 ff](#)
Brystets anatomi [59 ff](#)
Brystinfektion [178](#)
Brystkirurgi [195 ff](#)
Brystkræft [51](#), [198](#)
Brystpumpe [140](#)
Brystreduktion [197](#)
Brystskaller [151](#)
Brystspænding [117](#), [172](#)
fysiologisk [173](#)
mælke- [174](#)
Brystvortecreme [151](#)
Brystvorter flade og indadvendte [92](#), [151](#), [156](#), [159](#), [173](#)
hvide [204](#)
sår på [142](#), [159](#), [166](#), [167 ff](#)

ømme [165](#)
Byld [178](#)
Børneleukæmi [47](#)
Bøvs [185](#)

C

Cannabis [211](#)
Caries [225](#)
Centralnervesystem [47](#)
C-greb [111](#)
Cremer [151](#)
Cøliaki [48](#)

D

Definitioner på amning [11](#)
Dehydrering [225](#)
Delvis amning [11](#), [126](#)
Det brede sundhedsbegreb [22](#)
Det spædbarnsvenlige initiativ [8](#)
DHA [47](#)
Diabetes [49](#)
hos mor [52](#), [206](#)
Dialog [22](#), [263](#), [269](#), [274](#), [278](#)
Diarré [227](#)
Dioxiner [54](#), [73](#)
Diæt [47](#), [75](#), [223](#)
Donormælk [146](#)
Down syndrom [227](#)
D-vitamin [73](#)
Døgnrytme [62](#)
Dårlig trivsel [225 ff](#), [248](#)
Dårlige ammeerfaringer [264 ff](#)

E

Effekter af amning
barnets helbred [46 ff](#)
mors helbred [51 ff](#)
uddannelsesniveau [43](#)
Efterprøvning [31](#)
Eksem [46](#)
Eksklusiv amning [11](#), [70](#)

Ekstra brystvæv [198](#)
Energibehov, mors [73](#)
Epidural [95](#)
Etniske minoriteter [199](#),
[270 ff](#)

F

Familien [86](#)
Far [84 ff](#), [97 ff](#), [127](#), [186](#),
[202](#), [251](#), [263](#), [269](#), [274](#),
[278](#)
Fedtindhold [71](#), [118](#)
Feedback [29](#), [35](#), [263](#), [269](#),
[278](#)
Fingermadning [152](#)
Fisk [73](#)
Flaske [94](#), [126](#), [128](#), [136](#),
[180](#), [187](#), [232](#), [235](#), [252](#),
[283](#)
Flergangsfødende [83](#)
For lidt mælk [180](#), [275](#)
For meget mælk [181](#)
Forberedelse til amning [92](#)
Formælk [72](#), [118](#), [182](#)
Forsinket laktogenese [184](#)
Forstoppelse [125](#), [188](#)
Forudsætninger for amning
[80 ff](#)
Forurening af modermælk
[53 ff](#)
Forventninger [83](#)
Fravalg af amning [94](#)
Fuld amning [11](#), [128](#)
Fysiologi [59 ff](#)
Fysisk aktivitet [201](#)
Fødevareallergi [46](#)
Fødsel [94 ff](#)
Fødselsdepression [52](#), [202](#)
Første kontakt [97](#)
Førstegangsfødende [83](#)

G

Galaktopoiese [59](#), [63](#)
Galdevejsatresi [229](#)
Glukose [232](#)
Glukoseproduktion [69](#)
Godt fat om brystet [108](#),
[168](#)
Gråd [186](#)
Gulset [229 ff](#)

Gylp [185](#)

H

Handicap [224](#)
Handlekompetence [22](#), [32](#)
Hands Off Technique [99](#)
Helbredseffekter af amning
[42 ff](#)
Heling [169](#)
Hepatitis [205](#)
Herpes simplex virus [205](#)
Hiv og aids [206](#)
Hjerte-kar-sygdom [47](#)
Hjertesygdom [233](#)
Hjælpe midler [149 ff](#)
Holdbarhed, modermælk
[146](#)
Hovedpine [203](#)
Hud mod hud-kontakt [99](#)
[ff](#), [184](#), [233](#), [239](#), [243](#)
Hv-spørgsmål [24](#)
Hygiejne [44](#), [92](#), [145](#), [168](#),
[171](#), [205](#)
Hyperbilirubinæmi [226](#),
[229 ff](#)
Hypoglykæmi [232](#)
Hyppighed [116](#)
Håndudmalkning [138 ff](#)

I

IBCLC [9](#)
Immunsystem [49](#)
Implantater [196](#)
Indadvendte brystvorter
[159](#), [171](#)
Inddragelse [28](#), [263](#), [269](#),
[274](#), [278](#)
Individuel støtte [14](#)
Infektionssygdomme [49](#)
hos mor [205 ff](#)
Inflammation i brystet [176](#)
Ingen amning [11](#)
Insulinbehandling [206](#), [208](#)
Intelligens [48](#)
Involution [59](#)
J
Jernindhold [72](#)

K

Kalciumtilskud [73](#)

Kejsersnit [95](#)
Kernicterus [229](#)
Ketogenese [70](#)
Kirtelvæv [59 ff](#), [197](#), [199](#), [214](#)
Klassisk ammestilling [106](#)
Knogleskørhed [52](#)
Koffein [74](#)
Kognitiv udvikling [72](#)
Kolik [186](#)
Kolostrum [61](#), [70 ff](#), [144](#),
[203](#), [233](#)
Kommunikation [13 ff](#), [23](#),
[258 ff](#)
Kompression, amning med
[224](#)
Komælksallergi [46](#)
Kontekst [23](#)
Kopmadning [153](#)
Kost, mors [73](#)
Kosttilskud, til mor [73](#)
Kronisk sygdom, hos mor
[206 ff](#)
Krydsstilling [106](#)
Kræft i æggestokke [53](#)
Kulhydratindhold [71](#)
Kultur, anden end dansk
[199](#), [270 ff](#)
Kursus i ammevejledning
[88](#)

L

Lact-aid [155](#), [181](#), [232](#), [237](#)
Laid back breastfeeding [69](#),
[104 ff](#)
Laktation, induceret [191](#)
Laktogenese [59](#), [62](#)
forsinket [182](#)
LAM-metoden [128](#)
Langkædede fedtsyrer [47](#)
Langvarig udmalkning [144](#)
LCPUFA [47](#)
Leukæmi [47](#)
Liggende ammestilling [106](#),
[108](#)
Linære antagelser [25 ff](#)
Luftvejsinfektioner [42](#), [44](#),
[49](#), [211](#)
Lukkede spørgsmål [25](#)
Lytte [24](#)
Læbe-gane-spalte [234](#)

Løber til, mælken [17, 20, 123, 126, 230](#)

M

Mammogenese [59](#)

Mastitis [177](#)

Medicin [75 ff, 194, 203](#)

Mekonium [124](#)

Mellemørebetændelse [42, 50, 234](#)

Menstruation [51, 61, 167, 211](#)

Metabolisk adaptation [69](#)

Migræne [203](#)

Miljøfremmede stoffer [53 ff](#)

Moden mælk [71](#)

Modermælken sammen-sætning [70 ff](#)

Modermælkserstatning [121, 125, 127, 235](#)

Montgomerys kirtler [60](#)

Morbus Raynaud [204](#)

Morfin [95](#)

Mortalitet [49, 239](#)

Motivation [35, 82](#)

Myter [86](#)

Mælkecentral [145, 146, 182](#)

Mælkegange [59 ff, 174, 182, 209](#)

Mælkekirtler [59 ff, 214](#)

Mælkekuder [174, 182](#)

Mælkeproduktion [62 ff, 71, 117, 119, 128 ff, 141 ff, 159](#)
problemer med [181 ff, 191 ff](#)

Mælkestase [174](#)

Mælkevejen [242](#)

Mæthed [155, 180 ff, 186, 244](#)

N

N-3-fedtsyrer [47](#)

Natamning [120](#)

Nattesøvn [121](#)

Nedløbsrefleks [64 ff, 136 ff, 166](#)

Nekrotiserende entero-colitis [50, 237](#)

Neonatale reflekser [68, 104](#)

Nikotin [211](#)

Niplette [156](#)

Nyfødtes vej til brystet [98](#)

O

Omstillingsproces, barnets [69, 127](#)

Opbevaring og opvarmning [145](#)

Oplevede erfaringer [32](#)

Opretholdelse af mælke-produktion [143](#)

Overgang til fast føde [128](#)

Overgangskost [7](#)

Overgangsmælk [71](#)

Overvægt [50, 74, 208](#)

Oxytocinniveau [64, 67, 99, 192, 197, 204, 212](#)

P

Parathed [7, 68, 172, 183, 244](#)

Pauser [24](#)

PCB'er [54](#)

Pesticider [54](#)

Pethidin [95, 194](#)

Piercing [209](#)

Pludselig spædbarnsdød [44, 50, 98, 114](#)

POP-stoffer [54](#)

Prolaktin [62, 120](#)

Proteinindhold [71](#)

Præmaturitet [237 ff](#)

Prævention [210](#)

Psykosociale faktorer [81 ff](#)

R

Reflekser [104 ff, 166, 224](#)

Reklame [7](#)

Relaktion [185](#)

Rooming-in [113](#)

Rovfisk [73](#)

Rusmidler [211](#)

Ryggestop [212](#)

Rygning [211 ff](#)

Råmælk [61, 70 ff, 144, 203, 233](#)

S

Saksegreb [111](#)

Samme seng [114](#)

Sekretorisk IgA [70](#)

Self-determination theory [82](#)

Self-efficacy [16, 31 ff, 81, 88, 128, 263, 269, 274, 278](#)

Signaler, barnets [120](#)

Sikkerhed [16](#)

Ske [153](#)

Slippe brystet [111, 168](#)

Smag [184](#)

Smertebehandling [94, 96, 194, 203](#)

Smertefulde procedurer [96](#)

Smerter [168](#)

SMS [16](#)

Små bryster [214](#)

Sociodemografiske faktorer [81 ff](#)

Spejling [24](#)

Spiseforstyrrelse [214](#)

Spædbarnsdødelighed [49](#)

Spædbarnsvenlige Initiativ, Det [8](#)

Stafylokokker [177](#)

Starte forfra [101, 168, 184](#)

Stimulation af nedløbs-refleks [137](#)

Store bryster [215](#)

Stramt tungebånd [167, 248](#)

Strandskaller [157](#)

Støtte til amning [16 ff, 258 ff](#)

Substitutionsbehandling [212](#)

Sugning af barnet [96](#)

Sukkervand [158, 231](#)

Sult [120, 168](#)

Sundhedspædagogik [258 ff](#)

Sut [158, 241](#)

Suttebrik [159, 241](#)

Suttecyklus [65](#)

Sutteflaske [94, 126, 128, 136, 180, 187, 232, 235, 252, 283](#)

Sutterefleks [67](#)

Sutteteknik [67, 108, 111, 118, 166, 226](#)

Svamp [150, 157, 169](#)

Syge nyfødte [223 ff](#)

Syn [48](#), [51](#)
Søgereflex [66](#)
Søvn [50](#), [74](#), [98](#), [102](#), [108](#),
[121](#), [185](#), [202](#)
Sår-forbinding [161](#)

T

Tarmflora [178](#)
Tavshedspligt [16](#)
Tegn på sult [120](#), [168](#)
Tegn på trivsel [123](#), [125](#)
Telefonrådgivning [14](#)
Telemedicin [15](#)
Te-si [161](#)
Tidlig udskrivelse [19](#), [226](#)
Tidligt ammeophør [43](#), [93](#),
[127](#)
Tilskud [126 ff](#), [232](#), [237](#)
Tilstoppede mælkegange
[176](#)
Tolk [200](#)

Trillinger [250](#)
Trivsel [121 ff](#), [230](#)
dårlig [235](#)
Tun [73](#)
Tvillinger [250](#)
Tvillingestilling [106](#), [251](#)
Tæt kontakt [113 ff](#)

U

Udbud og efterspørgsel [119](#)
Udmalkning [130](#), [136 ff](#), [174](#),
[177](#), [181](#), [232](#), [234](#), [237](#)
i graviditeten [144](#)
langvarig [144](#)
Udtømning [139](#)
Urin [124](#), [226](#)

V

Vaccinationer [45](#), [205](#), [216](#)
Vandkvalitet [44](#)
Vegetarer og veganere [74](#)

Vejledning om amning [13 ff](#)
Vejning [97](#), [124](#), [226](#), [237](#),
[241](#)
Viden om amning [23](#), [83](#),
[93](#), [263](#), [269](#), [274](#), [278](#)
Vitaminindhold [72](#)
Vuggedød [44](#), [50](#), [98](#), [114](#)
Vægt, barnets [45](#), [122](#), [230](#),
[235](#)

Vægttab
hos barnet [122](#), [225](#), [131](#),
[236](#)
hos mor [53](#)
Vækst [45](#), [121 ff](#)
Væskebehov, mors [74](#)
WHO-kodeks [7](#)

Ø

Ødem [174](#), [178](#)
Ømme brystvorter [118](#), [165](#)
Østrogen [61](#), [63](#), [210](#)

Amning

– en håndbog for sundhedspersonale

© Sundhedsstyrelsen, 2021

Du kan frit referere teksten i publikationen, hvis du tydeligt gør opmærksom på, at teksten kommer fra Sundhedsstyrelsen.

Det er ikke tilladt at genbruge billeder fra publikationen.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
sundhedsstyrelsen.dk

Emneord
Amning
Spædbørnsernæring

Sprog
Dansk

Version
5. udgave, 1. oplag, 2021
Versionsdato
Marts 2021

Udgivet af
Sundhedsstyrelsen 2021

ISBN Elektronisk
978-87-7014-214-4

ISBN Trykt
978-87-7014-213-7

Manuskript
Ingrid Nilsson, sygeplejerske, ph.d., IBCLC
Marianne Busck-Rasmussen, sundhedsplejerske, MPH, IBCLC

Forlagsredaktion
Komiteen for Sundhedsoplysning

Grafisk tilrettelæggelse
Peter Dyrvig Grafisk Design

Trykkeri
Stibo Graphic A/S

Illustrationer
B. Wilson-Clay/K. Hoover, The Breastfeeding Atlas, 2005. Used with permission. (Side 140, 167, 170, 183 tv.), Bodil Damgaard Møller (side 152), Casper Tybjerg (side 63, 112, 154, 240, 251), Catherine Watson Genna (side 173, 177, 180, 248), Heidi Maxmiling (side 66, 68, 100, 102, 104, 107, 112), Keld Petersen (side 115), Kim Jerris (side 60, 62, 137, 138, 128), Per Rasmussen (side 156), Peter Dyrvig (side 65), Tine Jerris (side 111, 196), Tine Juel (side 68).

Ændringer i denne udgave

Siden 4. udgave af bogen er der indført følgende betydningsbærende ændringer:

Afsnit 4.3: B12-tilskud til gravide og ammende, der spiser vegansk.

Afsnit 6.2.1: Smertelindring med epidural og morfika under fødslen øger risiko for lav self-efficacy i relation til amning og tidligt ammeophør.

Afsnit 6.3: K-vitamin gives inden for de første 90 minutter efter fødslen.

Afsnit 8.14: Teksten om suttebrikker er omskrevet.

Afsnit 10.2: Ny tekst om alkohol og amning.

Afsnit 11.9: Afsnittet om hypoglykæmi er delvist omskrevet.

Afsnit 11.11: Tekst om manglende eller dårlig trivsel er omskrevet.

Afsnit 11.13: Helt ny tekst om stramt tungebånd.

Der er desuden indsat nye referencer.