

Vellykket amning

Vellykket amning

En vejledning til sundhedspersonalet

Royal College of Midwives

Vellykket amning

er oversat og bearbejdet efter
Successful Breastfeeding, 2nd ed.

© Royal College of Midwives 1991
og for den danske udgave Komiteen for Sundhedsoplysning
og Sundhedsstyrelsen 1991.

This translation of Successful Breastfeeding second edition is published
by arrangement with Churchill Livingstone, London.

2. udgave, København 1995

Oversættelse:

Læge Kristine Holk

Bearbejdelse og redaktion, 2. udgave:

Praktiserende læge, dr.med. Gert Almind

Overjordemoder Hanne Kjærgaard Nielsen

Overlæge, dr.med. Gorm Greisen

Læge Tove Petersen, Sundhedsstyrelsen (formand)

Professor, dr.med. Jørgen Falck Larsen

Direktør, læge Jens Mathiesen

Lektor, læge Kim Fleischer Michaelsen

Sundhedsplejerskeinspektør Jette Weiss Poulsen, Sundhedsstyrelsen

Fotos:

Christina Voigt (forside)

Britt Winkel

Tegninger (efter de engelske forlæg): Britt Winkel

Grafisk tilrettelæggelse: Grafisk Værk A/S

Tryk: Litotryk København A/S

ISBN 87- 90073-20-7

Udgivet for Sundhedsstyrelsen af:
Komiteen for Sundhedsoplysning
Østbanegade 55, 5., Postboks 2639
2100 København Ø
Tlf.: 35 26 54 00

Forord

Amning er den mest oplagte måde at ernære det spæde barn på – og den er uovertruffen.

Dette er et indiskutabelt faktum. Sundhedsstyrelsen ønsker derfor at bidrage til at fremme amningen i Danmark. Det er en væsentlig opgave for sundhedsvæsenet og sundhedsprofessionerne at sikre et højt niveau på videns- og holdningsområderne bl.a. gennem uddannelsessystemet og ved almindelig oplysning.

Flere faggrupper i sundhedsvæsenet har særlige muligheder for at vejlede og opmuntre både den vordende og den nybagte moder til at amme sit spæde barn og for at opfordre bar-nets far til at støtte hende. Der tænkes her specielt på jordemoderen, barselgangens lægelige og sygeplejefaglige personale, sundhedsplejersker samt den praktiserende læge.

Sundhedsstyrelsen registrerede derfor med glæde, at den engelske jordemoderforening Royal College of Midwives ved en arbejdsgruppe (se appendiks 4) havde skrevet bogen »Successful Breastfeeding«. Bogen beskriver i detaljer amningens fysiologi samt problemer, der opstår i forbindelse med amningen, og hvordan disse kan undgås eller løses.

Efter aftale med Royal College of Midwives oversatte og bearbejdede Sundhedsstyrelsen i 1991 »Successful Breastfeeding«. Da der således lå en engelsk bog til grund for udgivelsen, relaterede en betydelig del af litteraturhenvisningerne sig til engelsksprogede bøger og artikler.

Der blev i oversættelsen foretaget en bearbejdelse med tilretninger, udelukkelse og tilføjelser med henblik på at tilnærme sig de danske forhold.

Bogen foreligger nu i ny revideret udgave. Ved revisionen er nye danske undersøgelser medtaget, og ny viden er tilført bogen, men budskabet er stadig det samme.

- Bogen fremhæver vigtigheden af en rigtig ammestilling.

I øvrigt udgør nogle af bogens vigtigste budskaber:

- Mor og barn bør være uforstyrrede sammen efter fødslen, indtil barnet spontant viser tegn til at ville sutte.
- Barnet skal have rigtig fat. Næsten alle ammeproblemer (ømme brystvorter, sår og revner, mælkekuder, brystspænding, »for lidt mælk«) er en følge af, at barnet ikke har rigtig fat.
- Barnet må die, så længe og så ofte det vil (ubegrænsede måltider af ubegrænset varighed).
- Hvis amning gør ondt (bortset fra lidt begynderømhed), er der noget i vejen. Årsagen skal opklares og rettes.
- Amning fungerer efter udbuds- og efterspørgselsprincippet. Jo større efterspørgsel des mere mælk produceres der.
- Der bør ikke gives tilskud i form af modernælkserstatning, vand eller sukkervand til raske, ammede børn, i hvert fald ikke de første 4 måneder. At »give en flaske« løser ikke ammeproblemer, men øger risikoen for, at amning ophører, og forkorter ammeperiodens længde.
- Unge mødre med kort skoleuddannelse ammer kortest tid, og sundhedspersonalet bør i særlig grad støtte disse mødre i deres bestræbelser på at amme deres børn.

Sundhedsstyrelsens sigte med udgivelsen af denne bog er at bidrage til at sikre den fornødne viden og indsigt hos dem, som er involveret i vejledning af den ammende moder.

Sundhedsstyrelsen ønsker til slut at rette en tak, først og fremmest til læge Kristine Holk, som udførte det oprindelige oversættelsesarbejde. Sundhedsstyrelsen ønsker endvidere at rette en tak til specialisterne, som har deltaget i redaktionspanelet, og som har været med til at sikre det sundhedsfaglige niveau.

Palle Juul-Jensen

Medicinaldirektør

Indhold

Forord 5

Historisk udvikling 13

1. Sociale ressourcer 15
2. Forhåndsviden og kursustilbud 16
3. Moderens alder 16
4. Tidligere erfaring med børn og amning 17
5. Etableringsfasen 17
6. Tilskud 18
7. Liggetiden på barselafdeling 19
8. Forhold hos barnet 19
9. Moderens rygning 19
10. Problemer i forbindelse med amning 20
11. Barselperioden i hjemmet 20
12. Effekt af selve undersøgelsen 20

1. Amningens fysiologi 21

- 1.1. Mælkeproduktion og laktationshormonernes rolle 21
- 1.2. Mælkeudtømmelse og spædbarnets sutning 24
- 1.3. Ændringer i brystet under graviditeten 31
- 1.4. Modernælkens sammensætning 32

2. Varighed og hyppighed af ammemåltider 35

- 2.1. Varighed af ammemåltider 35
- 2.2. Hyppighed af ammemåltider 36
- 2.3. Variabilitet i barnets behov 36
- 2.4. Kolikbørn 37

3. Hvordan lægges barnet rigtigt til 39

- 3.1. Indledning 39
- 3.2. Forskellig sutteteknik på bryst og flaske 39
- 3.3. Hvornår skal man tilbyde at hjælpe 41
- 3.4. Hvordan lægges barnet rigtigt til 41
- 3.5. Tegn på at barnet tager rigtigt fat 46
- 3.6. Praktisk vejledning af moderen i forbindelse med amning 48
 - 3.6.1. Forslag til hvordan moderen kan hjælpes med amningen 51
 - 3.6.2. Hjælp til at amme liggende 53
 - 3.6.3. Hjælp til at amme siddende 57
 - 3.6.4. Sundhedspersonalets og ammevejlederens arbejdsstilling 57

4. Forhold der fremmer amning 59

- 4.1. Forberedelse til amning 59
- 4.2. Ubegrænsede ammemåltider 63
 - 4.2.1. Ubegrænset varighed af ammemåltider 63

- 4.2.2. Ubegrænset hyppighed af ammemåltider 64
- 4.3. Natamning 65
 - 4.3.1. Værdien af natamning 65
 - 4.3.2. Mor og barn på samme stue (Rooming-in) 66
 - 4.3.3. Mor og barn i samme seng (Bedding-in) 66
 - 4.3.4. Søvn 68

5. Forhold der har negativ indvirkning på amning 69

- 5.1. Tilskud af væske til raske spædbørn 69
 - 5.1.1. Dehydrering 69
 - 5.1.2. Fysiologisk gulsot 70
 - 5.1.3. Ulemper ved væsketilskud 72
 - 5.1.4. Udlevering af gratis prøver af modermælks-
erstatning 74
 - 5.1.5. Brug af narresut 75
- 5.2. Kontrolvejning 75

6. Vurdering af barnets trivsel og sundhed 77

- 6.1. Vægtvariation 77
- 6.2. Vægtøgning 78
- 6.3. Afføring 79
- 6.4. Almen trivsel 80

7. Amning og hvad moderen indtager 81

- 7.1. Råd om væskeindtagelse til ammende kvinder 81
- 7.2. Råd om kalorieindtagelse til ammende kvinder 81
- 7.3. Kostforskrifter til ammende kvinder 82
- 7.4. Allergi 83
- 7.5. Rygning og amning 83
- 7.6. Alkohol og amning 84
- 7.7. Hash og amning 84
- 7.8. Lægemidler og amning 85
- 7.9. Forurening og modermælk 86

8. Hvorfor vælger kvinder at amme 89

- 8.1. Hvad påvirker kvinders beslutning om at amme 89
- 8.2. Hvordan kan man støtte beslutningen om at amme 90

9. Almene ammeråd 93

- 9.1. Almene ammeråd 93
- 9.2. Forberedelse af brystvorterne 93
- 9.3. Pleje af brystet i ammeperioden 94
 - 9.3.1. Renlighed 94
 - 9.3.2. Cremer og salver 94
 - 9.3.3. Begrænsning af suttetid 95
 - 9.3.4. BH 95

10. Almindelige ammeproblemer – forebyggelse og behandling 97

- 10.1. Ømme brystvorter 97
 - 10.1.1. Behandling af sår og revner 97
 - 10.1.2. Problemer ved brug af malkemaskine 98
 - 10.1.3. Suttebrikker 99

- 10.1.4. Udmalkning med hånden 99
- 10.2. Brystspænding – forebyggelse og behandling 100
 - 10.2.1. Fysiologisk brystspænding 100
 - 10.2.2. Mælkebrystspænding – galactostase 100
 - 10.2.3. Forebyggelse 101
 - 10.2.4. Behandling 101
- 10.3. Brystbetændelse – forebyggelse og behandling 102
 - 10.3.1. Mælkekner – Ikke-infektøs brystbetændelse 102
 - 10.3.2. Forebyggelse af ikke-infektøs brystbetændelse 102
 - 10.3.3. Behandling af mælkekner – Ikke-infektøs brystbetændelse 103
 - 10.3.4. Infektøs brystbetændelse/mastitis 103
 - 10.3.5. Forebyggelse af infektøs brystbetændelse/mastitis 103
 - 10.3.6. Behandling af infektøs brystbetændelse/mastitis 104
- 10.4. »For lidt mælk« 105
- 10.5. For meget mælk 107
- 10.6. Opbevaring og opvarmning af modermælk 107

11. Andre ammeproblemer og -forhold 109

- AIDS og amning 109
- Andre infektioner 109
- Allergi og amning 109
- Antikonception og amning 110
- Antikoagulationsbehandling 111
- Blod i mælk/colostrum 111
- Blodige opkastninger 111
- Brystabsces 111
- Brystkirurgi 111
- Brystvorteeksem 112
- Diabetes mellitus (sukkersyge) 112
- Down's syndrom (mongolisme) 112
- Epilepsi 112
- Ganespalte 113
- Herpes simplex infektion 113
- Hvide brystvorter 114
- Indadvendte brystvorter 114
- Læbespalte 115
- Svampeinfektion på brystvorten (trøske) 115
- Amning under graviditet og amning af større søskende 115

12. Amning under specielle forhold 117

- 12.1. Præmature børn 117
 - 12.1.1. HIV og donormælk 119
- 12.2. Kejsersnit 119
- 12.3. Anæstesi og amning 119
- 12.4. Tvillinger 120
- 12.5. Trillinger 120
- 12.6. Etablering af laktation med elektrisk malkemaskine

eller udmalkning med hånd 120

12.7. Børn indlagt på andre afdelinger 121

12.8. Relaktation og induceret laktation 122

12.9. Spædbarnsdød 122

13. Kommentarer til den danske udgave 123

Appendiks 1 125

Aftaler og resolutioner 125

1. WHO's kodeks 125
2. EF-kommissionens direktiv (91/321/EØF) 128
3. Bekendtgørelse om modermælksstatninger og tilskudsblandinger til spædbørn og småbørn 128
4. Resolution fra WHO og UNICEF 149

Appendiks 2 150

Danske og internationale organisationer 150

2.1. Danske frivillige organisationer 150

- »Forældre & Fødsel« 150
- Ammerådgivningen 150
- Landsforeningen Spædbarnsdød 150
- Ammelaugget 151
- Fælles Forum 151
- Ammekomiteen i Danmark 152

2.2. Skandinaviske organisationer 152

2.3. Internationale organisationer 152

Appendiks 3 154

Litteratur (dansk) 154

Litteratur (international) 156

Appendiks 4 157

Forord til den engelske udgave:

»Successful Breastfeeding« 157

Appendiks 5 159

Referencer 162

Stikordsregister 185

Historisk udvikling

Ammemønsteret i de nordiske lande har ændret sig væsentligt i de sidste ca. 50 år. Indtil begyndelsen af halvfjerdserne var hovedtendensen, at kvinderne ammede i en stadig kortere periode.

Helsing (1) fremhæver flere grunde til denne faldende tendens. En væsentlig årsag er, at et stigende antal fødsler er foregået på sygehuse, og at sygehusenes rutiner ikke har været fremmende for amning. En anden vigtig faktor er manglen på både teoretisk og praktisk viden om amning hos sundhedspersonalet og en tredje væsentlig faktor er en ukritisk anvendelse af modermælkserstatning. Disse tre faktorer, kombineret med mødrenes usikkerhed med hensyn til egen evne til at amme og mødrenes stærke ønske om at have sunde børn, har medført den omtalte tendens til kortere ammeperiode.

Imidlertid har tendensen ændret sig igen. I de tre nordiske lande ses i perioden siden 1970 en stigende tendens til at amme. Denne stigende tendens er ifølge Helsing startet med en spontan, holdningspåvirkende bevægelse blandt kvinder. Desuden har der dannet sig foreninger af mødre, som støtter amning, i alle tre nordiske lande i perioden 1968-75. Den omtalte udvikling er hjulpet på vej af dele af sundhedsvæsenet.

Den nordiske udvikling er blevet påvirket af den internationale opmærksomhed på amningens betydning.

I 1981 vedtog WHO's generalforsamling en international markedsføringskodeks for spædbarnskost med det formål at fremme amning.

I 1984 og i 1991 indgik den danske regering aftaler med fabrikantorganisationerne, for at regulere markedsføringen af modermælkserstatninger i Danmark.

I 1986 etableredes FÆLLES FORUM vedrørende amning og spædbarnskost i Danmark. Gruppen består af en række græsrodsorganisationer, forbrugergrupper, faglige organisationer, Levnedsmiddelstyrelsen, Forbrugerstyrelsen, Sundhedsstyrelsen og Sundhedsministeriet.

I 1991 påbegyndte WHO og UNICEF arbejdet med at gøre hospitaler og institutioner »baby venlige« ved at få dem til at gennemføre »10 trin til vellykket amning«. Initiativet kaldes »Baby Friendly Hospital Initiative« (BFHI) (se side 151). Gennemførelsen af BFHI pålægges de enkelte medlemsstater.

I 1992 dannedes ud fra personkredsen repræsenteret i FÆLLES FORUM en national AMMEKOMITE, hvori Dansk Unicef Komite er repræsenteret. AMMEKOMITEEN står for implementeringen af BFHI i Danmark. Arbejdet beror i høj grad på engagerede enkeltpersoner.

Svendborg Sygehus blev (som det hidtil eneste i Danmark) godkendt som babyvenligt i 1992. (se appendiks 1 og 2).

Amning i Danmark

Flere danske undersøgelser viser stort set samstemmende, at tilnærmelsesvis alle kvinder i dag påbegynder amning.

Flere nyere danske undersøgelser (2, 3, 12, 13, 14, 17, 18, 19) viser, at mere end 95% af alle danske mødre begynder at amme, og at der ved 4 måneders alderen stadig er omkring 50%, der ammer uden at give tilskud og omkring 65%, der ammer helt eller delvis. Ved 6 månedersalderen ammes halvdelen af børnene, heraf 25% fuldt.

Ved 1 årsalderen får alle børn tilskudskost, men 10-20% ammes stadig.

Meget få mødre fortsætter med at amme uden at give tilskud efter 6 månedersalderen.

Ammehyppighederne svarer til det øvrige Skandinavien og er betydeligt højere end i England og USA, hvor kun henholdsvis 22% og 18% stadig ammede ved 6 månedersalderen. (3, 5, 6)

I disse lande har man set en faldende tendens i ammefrekvensen i perioden 1983-89. (3, 5, 6).

I Danmark har ammefrekvensen været stigende fra begyndelsen af 70'erne til midten af 80'erne, men det er ikke muligt med sikkerhed at sige, om der siden da er sket en øgning af ammeperiodens længde. Der er dog ikke noget, der tyder på, at den er faldet.

Danske undersøgelser har vist (3, 7, 9, 12, 13, 14), at de vigtigste faktorer, der påvirker ammeforløbet, er:

1. Sociale ressourcer

I alle undersøgelserne har man fundet positiv sammenhæng mellem ammevarigheden og en række udtryk for kvindens sociale ressourcer, specielt hendes skoleuddannelse.

Kvindens ammevarighed påvirkes desuden af deres mænds sociale gruppering. Det er således *familiens* socialgruppe i højere grad end kvindens egen stilling på arbejdsmarkedet, der er afgørende for ammevarigheden (14).

Omkring det tidspunkt, hvor erhvervsarbejdet påbegyndes, sker der et væsentligt fald i ammehyppigheden blandt de erhvervsaktive kvinder. Alligevel har disse dog en gennemsnitlig længere ammevarighed end de ikke erhvervsaktive. (2, 7, 9).

Det er imidlertid vanskeligt at sige noget generelt om arbejdsmarkedstilknytningens betydning for ammevarigheden, eftersom 27% af danske mødre med børn under 1 år er uden arbejde, og deres vilkår iøvrigt er meget forskellige.

I en nyere dansk undersøgelse (3) fandt man, at 79% af mødre med lang skoleuddannelse ammede, når deres børn var 6 måneder, mens det kun var 29% af mødre med kort uddannelse.

For de kvinder, der bor i kernefamilie (95%), er der en positiv sammenhæng mellem ammevarigheden og kvindens oplevelse af støtte fra manden i relation til amning. Blandt de få mødre der bor i kollektiv, er den gennemsnitlige ammevarighed meget lang.

2. Forhåndsviden og kursustilbud

Deltagelse i fødselsforberedende kursus viser en positiv sammenhæng med amningens varighed (gennemsnitlig 16,4 uger for deltagende mødre mod gennemsnitlig 13,0 uger for ikke-deltagende mødre). Der er imidlertid en tydelig social skævhed i benyttelsen af kursustilbudene, hvorfor kursusdeltagerne måske må anses for at have været særligt motiverede og aktive.

Sammenhængen med ammevarigheden afspejler muligvis snarere selektionen af kursusdeltagere end effekten af selve kurset.

Imidlertid finder man i andre undersøgelser (13, 14), at mødre som på forhånd ved meget om amning, ammer deres barn længere end mødre, der kun har lidt viden om amning.

To nyere danske undersøgelser (17, 18) har opgjort kvindernes selvrapporterede viden om amning ved ammestarten. Omkring 45% ved meget om amning, omkring 44% ved noget om amning og omkring 11% ved intet om amning i en kvindepopulation, hvor knapt 60% er førstegangsfødende. Kvinder uden ammeerfaring skaffer sig således ammeviden især fra pjecer («Gode råd om amning», »Barn i vente») og ved at spørge sundhedsplejersken eller jordemoderen.

3. Moderens alder

Moderens alder er af stor betydning for amningen. Det er således i mange undersøgelser fundet, at ammefrekvensen og ammevarigheden er stigende med moderens alder (3, 12, 16, 14, 21).

4. Tidligere erfaring med børn og amning

For de fleste mødres vedkommende har det ingen betydning for ammeperiodens længde, om det er første gang hun bli'r mor, eller hun har prøvet det tidligere.

Én undersøgelse har vist, at det førstefødte barn bliver ammet længst, men en anden undersøgelse har vist, at ammeperioden øges for de næstfølgende børn.

Amningen af det forrige barn. Der er en tydelig sammenhæng mellem mødrenes oplevelse af amning af det forrige barn og varigheden af amningen af det aktuelle barn.

Mødre, der har en positiv oplevelse af amningen af forrige barn, har en gennemsnitlig lang ammevarighed, mens mødre, som ikke har ammet det forrige barn, eller som har haft svære problemer hermed, har et relativt kort ammeforløb med det aktuelle barn.

5. Etableringsfasen

Amningens etablering og moderens forventninger om, hvordan det skal gå, har en tydelig sammenhæng med det senere forløb.

Således ammer mødre, der ikke forventer vanskeligheder med amningen – og som i vid udstrækning er de samme, der har haft positive erfaringer med amningens etablering – i gennemsnit betydeligt længere end dem, der forventer vanskeligheder eller oplever starten på amningen negativ.

I flere undersøgelser har man fundet en sammenhæng mellem ammevarigheden, og hvornår barnet første gang tager brystet (8). I de tilfælde, hvor barnet blev ladt uforstyrret sammen med moderen efter fødslen, indtil det havde suttet, var ammetiden 6 måneder mod ellers knapt 3 måneder (10).

Første øjenkontakt mellem mor og barn. Det er fundet signifikant positivt for ammeforløbet, når der er øjenkontakt mellem mor og barn umiddelbart efter fødslen (7).

Faderens betydning. En ny amerikansk undersøgelse viser, at jo mere faderen ved om amning, jo større sandsynlighed er der for, at hans barn bliver ammet (21).

6. Tilskud

Raske spædbørn bør ikke have tilskud på barselgangen, da det kan forstyrre ammeetableringen. (Hvis der findes medicinsk indikation for tilskud, er ammemælk det mest fysiologiske).

Flere undersøgelser har vist, at spædbørn, som får tilskud på barselgangen, indtager mindre modermælk end børn, der kun ammes, og de har større sandsynlighed for, at blive ammet i kortere tid (3, 10, 21).

I en undersøgelse (3) ses det, at de børn, der får tilskud, bliver ammet signifikant kortere tid end de børn, der ikke får tilskud, og at tilskud givet på barselgangen har negativ indflydelse på moderens mælkemængde helt frem til 4 måneders alderen.

I en anden undersøgelse (21) findes en sammenhæng mellem risikoen for, at barnet ikke bliver ammet i 3 måneders alderen, og det forhold at moderen er ung, at hun ryger, og at der er blevet givet tilskud på fødeafdelingen.

Det diskuteres, om tilskud har en selvstændig negativ indflydelse på amningen, eller blot er en markør, idet tilskud især gives til børn af førstegangsfødende og rygere, som måske i forvejen har risiko for en mindre mælkeproduktion i starten.

Det er sandsynligt, at tilskud er specielt forstyrrende hos mødre og børn med vanskeligheder med ammeetableringen.

Enkelte undersøgelser har ikke kunnet vise nogen sammenhæng mellem tilskud og ammevarighed (13, 19). Muligvis har andre faktorer med betydning for ammevarigheden indvirket stærkere (f.eks. moderens uddannelse, fødestedets holdninger, sundhedsplejens kvalitet, orlovsordninger m.m.).

Tilskud gives stadig hyppigt på danske barselgange. I slutningen af 70'erne blev der på fødeafdelingen på et stort Københavnsk sygehus givet tilskud til 80% af børnene før mælken faldt til, og til 50% efter at mælken faldt til (7).

En dansk undersøgelse fra 1988 viser, at 73% af raske mature børn fik tilskud af modermælksersatning på barselgangen (3).

I andre, nyere danske undersøgelser fra 1994 har man fundet, at 25-50% af børnene får tilskud de første 3-4 dage på barselgangen eller hjemme (efter ambulante fødsel) (18, 19).

7. Liggetiden på barselafdeling

En nyere dansk undersøgelse (16) har ikke vist sammenhæng mellem ammevarigheden og fødsel under indlæggelse eller ambulante fødsel hos *normale* flergangsfødende uden psykosociale problemer i familien og med tilbud om 2 ekstra barselbesøg. I en dansk undersøgelse (19) af barselperioden efter sædvanlig indlæggelse og korttidsindlæggelse findes heller ingen negativ påvirkning af ammeforløbet efter tidlig udskrivelse.

I en anden undersøgelse (13) fandtes fødestedet at have betydning, således at kvinder, der fødte på klinik, ammede længere tid end kvinder, der fødte på hospital. Kvinder, der havde ønsket at føde på klinik, men som fødte på hospital, fordi der ikke var plads på klinikken, havde samme ammevarighed som andre hospitalsfødende.

8. Forhold hos barnet

Syge børn og børn med lav fødselsvægt ammes mindre end raske, normalvægtige børn.

Mødre, hvis børn har været indlagt på sygehus i første levemåned, ammer kortere tid end mødre, hvis børn ikke har været indlagt (14).

Etableringen af amningen og længden af ammeperioden har sammenhæng med barnets fødselsvægt.

Jo lavere barnets fødselsvægt er, des flere får ikke etableret amningen, og desto kortere er ammeperioden.

Børn med FV under 3000g bliver ammet kortere tid end gennemsnittet, og børn med FV over 4000g bliver ammet længere tid end gennemsnittet (12). I en anden undersøgelse inkluderende børn med FV over 2000g findes fødselsvægten uden betydning for ammevarigheden (2).

Der er ingen sammenhæng mellem ammevarigheden og barnets køn eller ammevarigheden og fødselsmåden (kejsersnit, vaginal fødsel) (14).

9. Moderens rygning

Ammeperioden er signifikant kortere for mødre, der er rygere i forhold til mødre, der er ikke rygere. I en dansk undersøgelse har man fundet, at den gennemsnitlige periode, hvor barnet ammes fuldt er 2,9 måned for rygere og 3,8 måned for ikke rygere. Ammeperioden er ligeledes signifikant kortere, jo større det daglige cigaretforbrug er (3, 7, 17).

10. Problemer i forbindelse med amning

En række af de problemer mødre får i forbindelse med amning medfører kort ammevarighed (»ikke mælk nok«, »barnet suttede dårligt«, »dårlige brystvorter«, »barnet var sygt«), mens andre vanskeligheder (»mælken løb for hurtigt«) nærmest synes at have en positiv indvirkning på ammevarigheden (8, 12). Brystbetændelse nævnes både som årsag til ophør med amning og i forbindelse med lang ammeperiode. (I appendiks 5 findes en oversigt over, hvilke faktorer mødre finder har været af betydning for amningens gennemførelse).

11. Barselperioden i hjemmet

Støtte til kvinden efter udskrivelsen fra fødeafdelingen har en positiv virkning på ammevarigheden. En dansk undersøgelse (16) viser, at ambulante fødsel ikke påvirker ammevarigheden, når kvinderne bliver tilbudt 2 ekstra barselbesøg af henholdsvis jordemoder og sundhedsplejerske.

Besvarelserne på spørgeskemaerne udsendt i forbindelse med Sundhedsstyrelsens brugerundersøgelse af sundhedsplejen (14) viser tydeligt, at ammeproblemer løses i samarbejde med sundhedsplejersken.

Den nyblevne mors vigtigste støtte er barnets far. Enlige mødre og mødre, hvis mænd ikke tager barselorlov, udgør således en sårbar gruppe med behov for ekstra professionel støtte.

12. Effekt af selve undersøgelsen

Man har konstateret en forlængelse af amningens varighed blandt de mødre, der indgår i interviewundersøgelser i forhold til ikke-interviewede. undersøgelsen kan således ikke betragtes som en

neutral observation. Det må konkluderes, at *det er muligt for sundhedspersonale at påvirke amningsforløbet i gunstig retning.*

1. Amningens fysiologi

1.1. Mælkeproduktion og laktationshormonernes rolle

Mælk produceres af kirtelepitelceller i brystet og oplagres i små ballonlignende mælkekirtler (alveoler). Hver mælkekirtel er omsluttet af myoepitheliale muskelceller i en kurvignende struktur.

Mælkeproduktion afhænger af et samspil mellem to hormoner, prolaktin og oxytocin. Prolaktin stimulerer mælkedannelsen, mens oxytocin medfører sammentrækning af myoepithelialcellerne omkring alveolerne. Herved presses den producerede og oplagrede mælk ud i mælkegangene og videre ud i de 10-15 mælkekamre eller mælkesinus (sinus lactiferi), som ligger bag hver brystvorte. Herfra kan barnet med rytmiske malkende tungebevægelser presse mælken ud (se side 26-27). Hos hovedparten af kvinder fungerer mælkeproduktionen problemfrit, hvis barnet sutter effektivt og uden begrænsninger.

Prolaktinkoncentrationen hos moderen stiger støt gennem graviditeten. Den egentlige mælkeproduktion begynder ikke før fødslen, da placenta producerer hormonerne østrogen og progesteron, der hæmmer prolaktins virkning. Allerede i den sidste del af graviditeten begynder brysterne hos mange kvinder imidlertid at producere små mængder råmælk. Efter placentas fødsel falder koncentrationen af østrogen og progesteron til et niveau, hvor de to hormoner ikke længere virker hæmmende. (Yderst sjældent kan retinerede placentarester hæmme dette fald (1)). Hvor lang tid der går, fra fødslen til mælkedannelsen begynder, varierer, men i reglen mellem 48 og 96 timer.

Råmælken (colostrum) er den første mælk, der dannes. Det er en gullig mælk, som sammenlignet med moden mælk har et lavere indhold af fedt og laktose men et højere indhold af protein. Proteinet er væsentligst immunaktive stoffer.

I colostrum findes også peptider (korte proteinkæder), som har betydning for igangsætning af barnets tarmsystem.

Når barnet sutter på brystet udløses nerveimpulser til hypofysebaglappen. Herfra frigøres – ved en ubetinget refleks – oxytocin til moderens blodbane, og dette påvirker alle oxytocinreceptorer i hendes krop. I brystet fremkaldes nedløbsrefleksen, og i uterus fremkaldes efterveerne, der især hos flergangsfødende er mærkbare. Af hensyn til oxytocinfrigørelsen er det vigtigt, at barnets suttelyst ved brystet de første dage ikke hæmmes af tilskud af modermælkerstatning eller sukkervand. Senere i ammeperioden kan oxytocin frigøres – ved en betinget refleks – blot ved synet eller lyden af barnet eller ved forberedelser til amning. Oxytocinfrigørelsen, og dermed nedløbsrefleksen, kan delvist hæmmes af bekymring, stress eller usikkerhed.

I starten er det vigtigt, at prolaktinniveauet er højt, for at mælkeproduktionen kan blive etableret. Senere i ammeforløbet bliver det mindre væsentligt, at prolaktinniveauet er højt, og mere væsentligt at mælken tømmes effektivt ud af mælkekirtlerne (2).

Hvis brysterne får lov til at blive overspændte, bliver alveolerne så udpilede af mælk, at de myoepitheliale celler ikke kan sammentrækkes kraftigt nok til at udpresse mælken (3). Når mælken ikke udtømmes effektivt, hæmmes mælkeproduktionen (se side 100).

Nedløbs- eller uddrivningsrefleksen varierer fra kvinde til kvinde. Hos nogle kvinder er den meget kraftig, medførende skarpe, stikkende smerter i brystet, og mælken kan stå ud i stråler. Andre kvinder mærker kun en prikkende fornemmelse, og mælken drypper bare fra brystet. Atter andre mærker slet ikke nedløbsrefleksen.

Alle disse reaktioner er normale og viser blot, at kvinder er forskellige (4).

Når bare de myoepitheliale celler sammentrækkes tilstrækkeligt til at skabe overtryk i gangsystemet, vil mælken ledes ned til mælkekamrene og herfra udtømmes af barnets tunge- og mundbevægelser.

Nogle børn indtager kun den mælk, der aktivt uddrives af brystet, og sutter selv meget lidt. Hos normale børn skyldes dette sandsynligvis dårlig vejledning af moderen tidligt i ammeforløbet. Med mindre barnets

sutteteknik bliver rettet, vil mælkeproduktionen snart falde til under barnets behov, og amningen vil mislykkes.

Hos mødre med svag nedløbsrefleks skal barnet udtømme mælken alene ved hjælp af egen aktiv sugkraft. Også for denne gruppe er det nødvendigt, at barnets sutteteknik er i orden, for at amningen skal lykkes.

Brystmælk er i modsætning til moderermælkeserstatning uensartet i sammensætning. I løbet af et måltid stiger fedt- (og dermed kalorie-) indholdet, efterhånden som udløbshastigheden falder (se side 63). Derfor er mælken i de forskellige stadier af måltidet nærende på forskellig vis. Griber man ind i amningen med regler og rutiner, påvirkes balancen i de næringsstoffer, som barnet får. Et barn, der ikke får lov til at tømme brystet helt, får ikke den sidstkommande fede mælk, og barnet vil derfor hurtigt blive sultent igen og ønske at die. Så også af denne grund bør man undgå tilfældige regler om amning. Jo mere barnet sutter, jo mere prolaktin udskilles og jo mere mælk dannes. En time efter et brystmåltid er der gendannet ca 40% mælk, efter 2 timer ca 75%.

1.2. Mælkeudtømmelse og spædbarnets sutning

Mælk overføres fra brystet til barnet ved en kombination af to processer:

(I) aktiv mælkeuddrivning fra moderen som følge af hendes »nedløbsrefleks«, og (II) aktiv tømning ved at barnet klemmer på brystvævet med sin tunge, læber og kæber og derved malker mælken ud af mælkekamrene (5). Begge processer er nødvendige for at sikre, at barnet opnår både det fulde volumen og det fulde næringsindhold af måltidet.

Ved at opmuntre og støtte moderen og give hende tillid til sin evne til at amme kan man fremme hendes nedløbsrefleks.

Det er væsentligt at lære moderen god ammeteknik, for at det skal lykkes.

For at malke mælken effektivt fra brystet, skal både mor og barn lære, hvad det vil sige at lægge barnet rigtigt til. Moderen skal gøre brug af barnets medfødte reflekser. Til at begynde med skal barnet anbringes med front mod moderens bryst på en sådan måde, at dets hals hverken er drejet eller bøjet (6). Ved at stryge over barnets læber med vorten vil dets søgereflex udløses (7). Såfremt denne reflex opmuntres rigtigt i de første levedøgn, vil barnet åbne munden på vid gab omkring vorten og dermed have rigtigt fat, når det lukker munden igen (se fig. 3, 4a & 4b).

Jo mere barnet gaber op, des lettere vil det være for moderen at lægge barnet effektivt til brystet, og derfor er det så vigtigt, at moderen lærer at udløse en kraftig søgereflex hos barnet i de allerførste levedøgn (se side 50).

Sløve suttere stimuleres effektivt med en finger på gummen eller i ganen.

Hos nogle kvinder kan korrekt placering lettere opnås, når moderen former sit bryst (inklusive brystvorten, areola og de dybereliggende væv) til en passende facon ved at støtte det nedefra. Ved at føre barnet ind til sig med en aktiv bevægelse kan hun placere brystet i barnets mund. Hun må ikke skubbe brystvorten hen mod barnet (8).

Under amning gør barnets tunge en rytmisk rullende bevægelse mod undersiden af det tildannede brystvæv og udpresser herved mælken. Derfor er tungens placering i forhold til brystet afgørende for korrekt amning. Denne opnås ved, at underkæben placeres langt under areolas nedre kant (9) (se fig. 4b).

Børn med kort tungebånd kan have svært ved at opnå den korrekte svøbning.

Hvis det korte tungebånd vanskeliggør amningen, hvilket er sjældent, kan det klippes hos lægen.

Når barnet er lagt rigtigt til brystet, vil moderens brystvorte ligge så langt tilbage i munden, at den berører barnets bløde gane. Dette udløser suttereflexen (10, 11), hvorved barnets underkæbe klemmes sammen omkring brystvævet. Herved skabes undertryk, så vorten forbliver på plads langt tilbage i munden. Den tildannede brystvorte og areola ligger i en fure formet af tungen. Tungen sammentrykker rytmisk brystvævet og presser mælken ud fra mælkesinus.

Der vil kunne udpresses mælk, så længe som trykgradienten i mælkegangene er positiv. Dette opnås både ved overtryk i alveolerne pga. myoepithelialcellernes sammentrækning og ved undertryk i barnets mund.

Når barnet er korrekt placeret, udøver tungen eller gummen ingen friktion på brystvorten, og brystet bevæges ikke ud og ind af barnets mund. Barnets sutning vil derfor ikke beskadige vorten, og der vil ikke opstå ømhed af brystvorterne under diegivning. Smerte er et biologisk advarselstegn, og i ammesammenhæng et udtryk for, at ammeteknikken ikke er god nok. Hvis dette tegn ikke tages alvorligt, vil den fortsatte amning medføre sår og revner på brystvorten.

Den første uges tid kan der dog være ømme brystvorter, selvom sutteteknikken er rigtig (begynderømhed). Det går over.

Fig. 6 & 7 viser forkert placering, og fig. 8 & 9 viser korrekt placering ved brystet.

1.3. Ændringer i brystet under graviditeten

Forandringer i brystet gennemgås i de fleste opslagsværker om brystet og amning (12, 13). Tidligere har opmærksomheden været fokuseret på brystvorternes udseende i forsøg på at skønne over deres egnethed til amning. *Det er meningsløst at udtale sig tvivlende om en gravid kvindes evne til at amme på grundlag af brystvorternes udseende.* Det tjener kun til at ødelægge hendes selvtillid og kan derved blive en selvopfyldende profeti.

Der er heller ikke videnskabeligt belæg for, at der kan opnås noget som helst ved under graviditeten at prøve at hærde brystvorterne (se side 93-94).

De mest dramatiske forandringer i vortens facon sker ved fødselstidspunktet og i den første tid efter fødslen (14), og med erfaren hjælp kan det næsten altid lykkes at lægge et barn til på selv de mest »umulige« brystvorter (se også side 114).

1.4. Modernælkens sammensætning

Modernælkens sammensætning varierer med hensyn til proteinindhold, salte, mineraler, sporstoffer, kalorieindhold og mængde igennem hele laktationsperioden.

Nedenfor ses angivet indholdet i 100 ml colostrum og moden mælk.

		colostrum	moden mælk
Energi	kJ	243	250-272
Laktose	g	4,8	6,8
Protein	g	2,7	0,9
Fedt	g	2,9	3,8
Natrium	mg	4,8	15
Kalium	mg	7,4	55
Calcium	mg	31	33
Fosfat	mg	14	15
Jern	mg	-	0,15
A-vitamin	mikrog	89	53
D-vitamin	mikrog	-	0,03
Thiamin	mikrog	15	16
Riboflavin	mikrog	30	43
Nicotinsyre	mikrog	-	172
C-vitamin	mg	4,4	4,3

(Peitersen & Arrøe, 1991)

Proteinindholdet i kvindemælk varierer betydeligt og er størst de første 4-6 uger efter fødslen. En dansk undersøgelse har desuden vist, at førstegangsfødende har højere proteinkoncentration i deres mælk end flergangsfødende. Mælkeproteinerne består af valleprotein og kasein i forholdet 60:40. En del af proteinerne er

infektionsbeskyttende immunoglobuliner, som i løbet af de første døgn kan afstemmes efter de mikroorganismer, som findes i moderens (og barnets) omgivelser.

Mælkens kulhydratindhold består hovedsagelig af laktose, som er konstant i moden mælk laktationsperioden igennem. Andre kulhydrater bundet til aminosyrer har en stimulerende virkning på mælkesyrebakterier (*Lactobacillus bifidus*), hvilket surgør spædbarnets afføring og hæmmer patogene tarmbakterier.

Fedtindholdet i modermælk er meget varierende både i løbet af ammeperioden og under det enkelte brystmåltid, hvor fedtindholdet er højest i slutningen af måltidet. En nyere dansk undersøgelse viser, at fedtindholdet i mælken er positivt korreleret til moderens vægtøgning under graviditeten.

Fedtindholdet udgøres væsentligst af umættede fedtsyrer, især linolensyre, men nogle få procent er langkædede n-3 og n-6 polyumættede fedtsyrer, som menes at have betydning for spædbarnets syns- og hjerneudvikling.

Vitaminindholdet i mælken varierer med kvindens vitaminindtagelse, men mængden er sædvanligvis fuldt tilstrækkelig til at dække barnets behov, undtagen for D-vitamin.

Mælkens mineralindhold er lavt, hvilket er en fordel, da spædbarnets nyres koncentreringsevne først gradvist udvikles.

Jernindholdet i modermælk er lavt, men absorptionen er høj.

Calcium og fosfat indholdet er lavt, men nøje afpasset således at absorptionen er optimal. Optagelsen lettes endvidere af laktosen.

2. Varighed og hyppighed af ammemåltider

2.1. Varighed af ammemåltider

Man har tidligere ment, at mælkeoverførslen skete hurtigt i løbet af måltidets første få minutter (1). Man ved nu, at denne antagelse er forkert. Ved at veje børn gentagne gange i løbet af samme måltid kan man se, at der er store individuelle forskelle (2,3). For mange tager mælkeoverførslen meget længere tid end få minutter, hos nogle sker den endda meget langsomt.

Som i alle andre biologiske systemer er der enorm variabilitet også i hastigheden, ved hvilken mælk overføres fra mor til barn, og i barnets behov for mælk.

Det fremgår, at lige store børn groft set drikker samme mængde mælk, men de bruger forskellig tid til det (3).

Dette er afgørende for håndteringen af amning. Et barn, som får mælken hurtigt, vil kun die i kort tid, mens et barn vil have brug for at die meget længere, hvor mælkeoverførslen sker langsomt. Derfor er det forkert at fortælle en mor, hvor længe et ammemaåltid bør vare, og der bør ikke gives regler for varigheden af måltider på noget tidspunkt i ammeforløbet (2).

Hvis barnet ikke er lagt rigtigt til brystet, kan det dog medføre unødvendigt langvarige måltider (dvs. regelmæssigt mere end 30 minutter pr. bryst). Forkert stilling ved brystet kan også medføre sår og revner på brystvorterne, og her vil sværhedsgraden være direkte proportional med måltidets varighed. Løsningen er ikke at begrænse måltidets varighed (da dette vil skabe andre problemer – se side 63), men at rette barnets stilling ved brystet. Amningen kan derefter fortsætte uden begrænsninger.

2.2. Hyppighed af ammemåltider

Der må ikke gives nogen regler for hverken antallet eller hyppigheden af brystmåltider. Nogle børn vil ammes med 1-2 timers intervaller (12-16 gange i døgnet), mens andre hellere vil have længere pauser mellem måltiderne (6-8 gange i døgnet).

I løbet af samme døgn vil der være variation i, hvor længe der går mellem måltiderne. I reglen er der længere pauser mellem amningerne i løbet af formiddagen og de tidlige eftermiddagstimer. Mange børn vil gerne die næsten uafbrudt hen på eftermiddagen og i de tidlige aftentimer.

Såkalde appetitspring opstår ofte i 5-6 ugersalderen og i 3 månedersalderen. Barnet har behov for mere mælk, og det dier derfor hyppigere (især om aftenen) i et par døgn, indtil mælkeproduktionen er øget.

Der er ingen grund til at føre ammeskema, og ammeskemaer kan ofte øge forvirringen, især hvis der kun er 8-10 rubrikker per døgn på skemaet, så mødre, der ammer hyppigere får fornemmelsen af, at de har ammet »for meget«.

Hvis der regelmæssigt er mindre end 1 time mellem måltiderne, når amningen er etableret, kan det være tegn på, at barnet ikke er lagt rigtigt til. Hvis dette er tilfældet, kan det nemlig være umuligt for barnet at få fat i den fedtholdige eftermælk. De fedtfattige måltider medfører hurtig tømning af mavesækken (4, 5), hvorfor barnet hurtigt bliver sultent igen, og kræver korte intervaller mellem måltiderne. Ved at rette ammeteknikken kan dette problem løses.

Man skal være klar over, at tidsbegrænset amning kan være svær at gennemføre i en familie, hvor der også skal tages hensyn til de øvrige familiemedlemmer, og at faderens indstilling til amning og hans psykologiske og praktiske støtte til kvinden er af stor betydning for at amningen lykkes.

2.3. Variabilitet i barnets behov

Mælkedannelsen reguleres af mekanismen om udbud og efterspørgsel. Barnets behov for mælk regulerer således udbuddet (6). Derfor kan en tvillingemor producere dobbelt så megen mælk som moderen til ét barn, da der er dobbelt så stor efterspørgsel (7, 8) (se også side 120). Barnets sult afgør, hvor megen mælk det efterspørger, og jo mere mælk der afsættes, des mere vil der dannes. Appetitten vil variere meget både i løbet af døgnet og over tid. Helt fra fødslen holder spædbørn op med at die, når de er mætte, selv om der fortsat er rigelig mælk i brystet (9).

For at den naturlige appetitregulation kan virke, må spædbarnet ammes efter behov (dvs. når barnet ønsker det) og die, indtil det er mæt (dvs. i ubegrænset tid). Da ethvert barn har skiftende og forskellige behov, må man ikke påføre det regler for, hvordan spisemønsteret »bør« være (10).

Nogle mødre vil måske prøve at begrænse deres børns måltider i troen på, at det er nødvendigt (og muligt) at træne dem til at have længere mellem måltiderne, fordi de ikke kan bære tanken om, at de første ugers spisemønster skulle fortsætte i månedsvis. Alle mødre bør beroliges med, at både hyppigheden og varigheden af ammemåltider falder med tiden.

Hvis et i øvrigt rask barn dier mindre end 6 gange på 24 timer ved udgangen af første leveuge, bør man undersøge ammeteknikken. Forkert stilling ved brystet medfører en utilstrækkelig mælkemængde, og dette kan resultere i, at barnet bliver apatisk og mister interessen for at die uden i øvrigt at virke sygt.

2.4. Kolikbørn

Årsagen eller årsagerne til spædbarnskolik kendes ikke.

En medvirkende årsag kunne være, at barnet flyttes for tidligt fra det ene bryst til det andet under amningen.

I begyndelsen af brystmåltidet får barnet et stort volumen formælk med lavt kalorieindhold. Mælkens sammensætning ændres gradvist, efterhånden som brystet tømmes, til en mælk med højt fedtindhold og dermed højt kalorieindhold. Til sidst får barnet et lille volumen mættende eftermælk. Hvis barnet skifter

bryst uden at have spist færdigt, risikerer det derfor at blive overfyldt med tynd mælk uden at blive mæt. Et overfyldt men sultent barn vil være uroligt og skrigende.

Eftersom sammensætningen af ammemåltidet kan have betydning for barnets mæthed og tilfredshed, bør man sikre sig, at mødre til kolikbørn er opmærksomme på, at barnet får tømt det første bryst helt, før det andet bryst tilbydes.

En dansk undersøgelse (19) har vist, at kolikbørn ammes kortere tid end andre børn. Allerede ved 2 månedersalderen ses et markant fald i ammehyppigheden, og ammeperioden ophører signifikant tidligere for børn med kolik end for børn uden kolik.

3. Hvordan lægges barnet rigtigt til

3.1. Indledning

Mange ammeproblemer skyldes, at barnet ikke ligger rigtigt ved brystet.

Lægges det nyfødte barn forkert til brystet, kan det ikke få fat i mælken, mælkeproduktionen stimuleres ikke ordentligt, og vorten beskadiges.

Ømme brystvorter, sår og revner, langstrakte måltider, et barn, der skrider sultent efter måltiderne, og »for lidt mælk« er derfor alle problemer, der opstår ved forkert lejring. Yderligere komplicerende er det, at så mange billeder og illustrationer af ammende kvinder også i lærebøger og i vejledninger til mødre viser børn, der er lagt forkert til (1).

Det er derfor utroligt vigtigt at gøre sig klart, hvornår et barn er lagt rigtigt til.

3.2. Forskellig sutteteknik på bryst og flaske

I vores vestlige industrialiserede samfund er det blevet ualmindeligt at se en mor amme offentligt. Derfor forestiller man sig måske, at en nyfødt med et bryst i munden ser ud som et barn med en flaskesut i munden (2). Dette er ikke tilfældet, da sutteteknikken på brystet er helt forskellig fra sutteteknikken fra en flaske (3-5) (se fig. 10 & 11).

For at fornemme forskellen, så prøv denne enkle øvelse: stik en finger i munden, som om det var en flaskesut, og sut. Du vil bemærke, at dine kinder suges indad når du sutter. Sug så på din underarm, sådan at munden er fuld, ligesom ved amning. Mund- og kæbebevægelserne vil være helt anderledes, alle musklerne i ansigtet bruges.

For at kunne vejlede om amning er det afgørende at være klar over denne væsentlige, kvalitative forskel i sutteteknik. Derfor kan ingen sut være formet »ligesom brystvorten« (6). Det er falsk reklame.

3.3. Hvornår skal man tilbyde at hjælpe

Alle jordemødre, plejepersonale på barselsafdelinger, sundhedsplejersker og ammevejledere bør kunne hjælpe og støtte nybagte, ammende mødre med teoretisk og praktisk viden om amning.

Ofte behøver denne hjælp blot at bestå i mundtlig vejledning, idet man beskriver den rigtige ammeteknik, og eventuelt foreslår, hvordan moderen kan forbedre sin amning.

Kun hvis moderen ikke selv kan finde ud af en tilfredsstillende ammeteknik og åbenlyst behøver hjælp, behøver man give mere konkret hjælp. Dette gælder også, hvis der senere opstår problemer, hvor der bør tilbydes aktiv hjælp.

Måske blander man sig nogen gange for hurtigt i stedet for at vente og støtte moderens egne bestræbelser på at amme. På den anden side er det sådan, at når først »barn og mor har oplevet én vellykket amning, vil følgende amninger forløbe bedre« (7). Hvis man føler, at en god amning bedst kan opnås ved aktiv hjælp, skal man ikke være bange for at gribe ind.

3.4. Hvordan lægges barnet rigtigt til

1. Uanset hvor barnets krop er i forhold til moderens, skal det ligge tæt op ad hende, med ansigt, skuldre og mave vendt ind mod hende. Barnet skal ligge klods op ad hende (se fig. 13 og 14). Dets hoved må ikke være drejet i forhold til kroppen (se fig. 15). Prøv selv hvor svært det er at synke med hovedet drejet ud over den ene skulder.

Når barnet ligger lige på, vil armene naturligt placeres på hver sin side af det bryst, der dies på.

Et barn, der ligger med siden til moderen, kan ikke få rigtigt fat. Hvis det ligger med en arm imellem, eller hvis begge dets arme er på samme side af brystet, ligger det forkert.

2. Barnet (hoved, skuldre og overkrop) skal føres direkte ind til brystet. Der må ikke ske retningsændringer, så det skal bøje eller dreje i halsen.

3. Når barnet gaber op, vil tungen fylde nederste trediedel af munden. Hvis man sigter med vorten mod den nedre del af munden, vil vorten presses ind i tungen. I stedet skal man sigte mod barnets gane langt tilbage i munden, se fig. 16. Barnets tunge vil så komme til at ligge mod brystvævet et godt stykke under selve brystvorten.

4. Når mor og barn ligger rigtigt, er barnets næse fri af brystet (fig. 22). Hvis barnets næse er presset ind mod brystet, ligger det for højt i forhold til brystet, hvorved dets nakke bliver bøjet fremad. Ved at bevæge det nedefter, stadigt tæt ind til moderens krop, vil hoved og hals bøjes let tilbage, hvorved næsen bliver fri. Hvis barnet ligger vandret (tværs over moderens krop), opnås det samme ved at trække barnet længere over mod modsatte bryst. Når hoved og hals er bøjet let tilbage, er der ikke brug for at presse brystet væk fra næseborene. Når man gør dette, trækkes brystvorten tilbage, og man kan komme til at presse mælkekamrene sammen og forhindre mælken i at flyde frit. Hovedet bør dog ikke bøjes for langt tilbage, da det gør synkning umulig. (Prøv selv).

5. Hvis man har brug for at støtte brystet, er det ofte bedst at bruge højre hånd til højre bryst og venstre hånd til venstre bryst. Dels fordi der er større risiko for at forstyrre barnet med en hånd ind mellem brysterne, og dels fordi det er nemmere at trække barnet helt tæt ind til sig, hvis man støtter det med højre arm, når det ligger ved venstre bryst og omvendt.

Det vigtigste er imidlertid, at mor og barn kan finde sig til rette, hvorfor de naturligvis selv må bestemme, hvordan de bedst arrangerer sig.

6. De fleste kvinder synes, det er rart at støtte brystet, især hvis brystet er stort eller tungt. Dette kan gøres, enten ved at moderen lægger hånden fladt ind mod brystkassen under brystet og løfter det op, eller ved at hun holder brystet i sin hule hånd. Hvis tommelen placeres på oversiden af brystet, skal den være langt fra areola, med de øvrige fire fingre på undersiden (se fig. 12).

Det er vigtigt at moderen undgår at bruge »saksegreb« (se fig. 12), når hun tilbyder brystet. Dette skubber kirtelvævet tilbage i brystet, så barnet ikke kan få fat i mælkekamrene, og desuden hindrer fingrene i sig selv, at barnet kan få ordentligt fat på brystet.

7. Med et stort eller spændstigt bryst kan det hjælpe at vippe brystet opad, når barnet lægges til, sådan at brystvorten peger op mod barnets gane eller endda mod dets næse. Herved sikrer man sig, at barnets underlæbe og kæbe placeres langt under vorten.

8. Det kan hjælpe nogle at støtte brystet under hele måltidet, så brystvævet skubbes fremad og kan fastholdes i barnets mund. Hvis brystet er tungt, synker det ned uden støtte, hvorved mælkekamrene glider ud af barnets mund. Det kan også gøre tømningen af brystet mere effektiv, hvis brystet blot støttes ved slutningen af måltidet.

9. Moderen kan enten støtte barnets hoved og skuldre på sin underarm eller holde det om skuldrene med den frie hånd, idet hun støtter dets hoved med fingrene. Hun må passe på ikke at komme til at trykke dets hoved ind mod brystet.

3.5. Tegn på at barnet tager rigtigt fat

1. Når barnet tager rigtigt fat, vil munden være åbnet på vid gab, og underlæben ligger længere fra areolas kant end overlæben (se fig. 18). Underlæben er altid krænget udad og ligger et godt stykke under selve brystvorten. Tungen kan ofte ses i mundvigen og ligger altid under brystvorten.

Hvis barnet har trutmund, underlæben ikke er krænget udad eller kniber om brystvorten, har barnet ikke rigtigt fat. Hvis det kun har selve brystvorten i munden, har det heller ikke rigtigt fat.

2. Barnet vil have hele munden fuld af bryst, i form af brystvorten, det meste af areola og alt det underliggende væv, hvori mælkekamrene ligger. Selve brystvorten udgør kun yderste tredjedel af denne mundfuld. Dette medfører en karakteristisk kæbebevægelse, når barnet sutter. Kæbemusklerne arbejder rytmisk, og bevægelsen går helt om til ørerne. Hvis kinderne suges ind, når barnet sutter, har det ikke rigtigt fat.

3. Det betyder ikke noget, hvor meget af areola der er synligt over barnets overlæbe, da det ikke siger noget om, hvor tungen og underkæben er placeret. Der er stor variation i areolastørrelse, og rådet om at »få hele det brune område ind i barnets mund« er irrelevant og ofte umuligt.

4. Når barnet lige er lagt til, sutter det hurtigt og intenst. Mælken løber endnu ikke, og der udøves betydeligt sug på brystvorten. Så snart mælken løber, bliver suget mindre, og sutterytmen ændrer sig til en langsom, dyb, konstant rytme afbrudt af hørlige synkelyde. I starten af måltidet er der sjældent pauser, men efterhånden som måltidet skrider frem, bliver der flere pauser. Nedløbsrefleksen virker ofte flere gange i løbet af samme måltid.

5. Barnet slutter selv måltidet ved at slippe brystet. Barnet bør ikke tages fra brystet før det selv slipper, heller ikke for at bøvse. Efter at barnet har sluppet det første bryst, kan man fx »bøvse det« eller skifte ble og derefter tilbyde det første bryst igen (og igen) indtil barnet afviser det. Herefter tilbydes det andet bryst (se også side 63-64).

Hvis barnet af en eller anden grund skal tages fra brystet, før det slipper, må brystvorten ikke bare trækkes ud, da den holdes på plads af et stort undertryk. Dette kan brydes ved at liste en finger ind i barnets ene mundvig.

6. Forkert sutteteknik kan rettes til rigtig sutteteknik ved at stimulere barnets søgereflex. Når barnets læber berører brystvorten, udløses søgereflexen: Barnet åbner munden på vid gab, og skyder tungen frem. Herved bliver det let at lægge barnet rigtigt til. En svensk undersøgelse har vist, at kvinder, hvor barnet havde forkert sutteteknik, fik flere ammeproblemer og ammede i kortere tid end dem, der ammede rigtigt ved udskrivelse fra barselafdelingen. Man havde i denne undersøgelse en gruppe kvinder, hos hvem sutteteknikken blev rettet. Disse kvinder fik en lang og relativt problemfri amningsperiode, som var sammenlignelig med den gruppe, hvor barnet primært havde rigtig sutteteknik (8, 9).

3.6. Praktisk vejledning til moderen i forbindelse med amning

Moderen og hendes nyfødte barn skal have tid og ro til at få etableret amningen.

Hvis der opstår en situation, som ikke kan klares ved at vejlede moderen i, hvordan hun selv kan få barnet til at tage brystet, kan det blive nødvendigt med hjælp fra sundhedspersonalet.

Når man vejleder i amning, er det meget vigtigt at forklare, hvad man gør og hvorfor.

Selve teknikken er følgende:

1. Hold barnet med håndroden bag dets skuldre, mens fingrene støtter hovedet.
2. Hvis brystet er stort eller blødt, kan det gøres fastere ved et let tryk med den anden hånd med tommelen under og de øvrige fingre ovenpå brystet.
3. Før barnet hen mod brystet, idet det »drilles« ved at stryge dets overlæbe mod brystvorten. Vent, til det åbner munden op på vid gab.
4. Når det er tydeligt, at barnet gaber godt op, og du ser underlæben krænges nedad, så før det hurtigt men blidt ind til brystet (se fig. 19).

5. Sigt efter, at underkæben kommer langt bag areolas underkant, så barnet får fat på så stor en mundfuld bryst som muligt.

Barnet skal have fat så langt inde, at det kan presse mælken ud af mælkekamrene med tungen (se fig. 21). Undgå at vippe barnets hoved forover, men bevæg hele barnet ind mod moderen, idet ryggen holdes strakt og hovedet let bagoverbøjet.

6. Det er barnets underkæbe og tunge som bearbejder brystet, så derfor vil der være mindre areola synlig under underlæben end over overlæben, og barnets mund vil se asymmetrisk ud (se fig. 21).

Mens du hjælper moderen, bør du forklare, hvad du gør og hvorfor, så vil hun lettere selv kunne gøre det sidenhen.

Det er ikke nødvendigt at tvinge barnet ind til brystet, og unødigt pressen bag på barnets hoved kan være meget ubehagelig for både mor og barn. Et følsomt greb, blid overtalelse og erfaren »timing« er, hvad der skal til.

3.6.1. Forslag til hvordan moderen kan hjælpes med amningen

Det er vigtigt, at moderen er veltilpas, når hun ammer. Hun kan have tendens til at ignorere sit eget ubehag, fordi hun koncentrerer sig om barnet. Man kan fortælle, at det er vigtigt, at hun tænker på sig selv og gør sig det behageligt både ved første amning og ved alle efterfølgende amninger.

Før moderen begynder amningen, har hun måske brug for noget at drikke, et rent hygiejnebind eller anden personlig pleje.

Disse forberedelser bør være overstået i god tid, før barnet skriger af sult, da en skrigende baby har svært ved at få ordentligt fat. Det er ikke nødvendigt at skifte barnet, før det bliver lagt til brystet. Et barn bør aldrig få grund til at blive desperat, før det bliver lagt til.

Moderen kan have en idé om, hvilken ammestilling hun kunne tænke sig, og dette må respekteres. På den anden side kan en stilling, som er behagelig senere hen i ammeforløbet, godt være ubehagelig i starten, især hvis kvinden har gener fra episiotomi eller bristninger, har fået foretaget kejsersnit, eller har fået epiduralbedøvelse.

Den liggende ammestilling beskrives i detaljer, da den sandsynligvis er behagelig både for mor, barn og sundhedspersonale/ammevejleder, specielt de første gange.

3.6.2. Hjælp til at amme liggende

Denne stilling er god både i starten og senere i ammeforløbet, da kvinden samtidigt hviler sig. Det kan være besværligt for moderen at bruge den arm, som hun ligger på, til at lægge barnet til brystet. I stedet bør hun bruge den frie hånd til at trække barnet ind til sig, snarere end at til at holde om brystet (se fig. 22).

Man har ofte selv en foretrukken side at hjælpe fra, og med mindre moderen har behov for hjælp med et bestemt bryst, bør man vælge at vejlede fra den side. Som situationen er i dag, har man måske kun få gange lejlighed til at hjælpe den enkelte kvinde. Jo mere kompetent man er, des mere selvtillid indgyder man kvinden (se fig. 23).

Moderen bør ligge på siden med hovedet støttet af puder. Hvis hun ligger på venstre side, bør venstre arm være bøjet og underarmen ligge parallelt med ansigtet. Det kan være rart med en pude i ryggen og en mellem knæene.

Barnet placeres ved siden af moderen med front mod hende. Barnet bør have frie hænder og fødder, så det kan røre ved hende. Dynen lægges rundt om både mor og barn, så de holdes varme og trygge.

Giv mor og barn tid til at lære hinanden at kende. Moderen vil måske røre ved, kæle og pludre med barnet. Barnets søgereflex bliver måske stimuleret af berøringen og duften af moderen. Ellers kan man udløse den ved blidt at stryge det over kinden.

Barnet ledes blidt mod brystet, og hvis moderen har brug for det, hjælpes hun til rette (se siderne 48-50).

Hvis man selv har hjulpet til, kan man få moderen til at lægge sin hånd, hvor ens egen var, når barnet først ligger rigtigt. Hvis barn og mor har det godt og trygt, kan man trække sig tilbage, med mindre kvinden har brug for yderligere hjælp, for eksempel med at få lagt barnet til det modsatte bryst. Hvis moderen oplever, at barnet får rigtigt fat ved første forsøg, er det usandsynligt at hun vil tolerere, at barnet får forkert fat ved senere lejligheder.

Når mor og barn bliver rutinerede, vil de kunne amme og die i næsten enhver tænkelig stilling, men princippet i vortens placering i munden vil altid være præcis det samme.

3.6.3. Hjælp til at amme siddende

Før i tiden ammede kvinderne ofte siddende på en ammestol. Disse stole var af en passende højde og havde ikke armlæn. Moderne møbler er ikke altid særligt velegnede til amning. Ofte er de for bløde, har armlæn som er i vejen og/eller skrånende ryg. En opslået hospitalsseng, der opfordrer kvinden til at læne sig tilbage, er heller ikke god.

For at barnet kan få rigtigt fat, mens kvinden sidder op, bør hun læne sig let fremover, så brystet også falder lidt fremover. Ved at læne sig tilbage flades brystet ud og gør det sværere for barnet at få fat. Når barnet *har* fat, kan moderen godt læne sig tilbage.

Måske skal der nogle puder i ryggen, under armene eller på skødet for at støtte moderen eller løfte barnet lidt op (se fig. 25 & 26, s. 54). Man kan i handelen få særlige »ammepuder«, der støtter og løfter, men de må ikke erstatte moderens støttende arme, da barnet derved risikerer at komme til at hænge i brystvorten.

Når barnet har fået fat, kan moderen slappe af i ryg og skuldre og læne sig tilbage i stolen. En skammel under det ene eller begge ben kan også føles behageligt.

Bøvsning

Hvis barnet slipper brystvorten et par gange i løbet af et måltid, kan moderen opfordres til at løfte barnet op, så det kan bøvs. Barnet kan lægges tilbage til samme bryst, indtil det afviser dette bryst. De fleste børn sluger lidt luft under et måltid. Hvis et barn har slugt meget luft, kan det give mavekneb og gøre barnet uroligt.

3.6.4. Sundhedspersonalets og ammevejlederens arbejdsstilling

Sundhedspersonale, som hjælper kvinder til rette med amningen, bør tænke på deres eget velbefindende og undgå unødigt belastende arbejdsstillinger.

4. Forhold der fremmer amning

4.1. Forberedelse til amning

Det er vigtigt, at den vordende mor forbereder sig på amningen. Dette sker bedst allerede i graviditeten, hvor jordemoderen tager emnet op. Kvinden opfordres til at fortælle om traditioner, normer og erfaringer vedrørende amning i hendes egen og barnefaderens familie samt i vennekredsen. Jordemoderens vejledning tilpasses kvindens viden og erfaringer. Kvinden kan opfordres til at læse om amningens betydning for barnet.

Ved jordemoderkonsultationerne kan jordemoderen sikre sig, at kvinden har så megen viden om amning, at hun er velforberedt til at påbegynde amningen af sit barn. Jordemoderen kan endvidere støtte kvinden i, at barnefaderen og andre nære pårørende ligeledes forbereder sig på, at det ventede barn skal ammes.

Moderens oplevelse af den første amning har betydning for det fortsatte ammeforløb. En kvinde, der lige har født, oplever barnets reaktion på hende meget stærkt, og dette kan påvirke hendes følelser over for barnet. En vellykket første amning får moderen til at føle, at barnet kan lide hende, og dette kan være afgørende for det fortsatte ammeforløb både på kort og lang sigt (1).

Før i tiden sørgede jordemødre for, at barnet blev lagt til kort efter fødslen, fordi de havde erfaret, at placenta herved fødtes hurtigere. Der er andre fordele ved tidlig amning, og der forskes fortsat på dette felt.

Nyfødte, der gives mulighed for at komme til brystet inden for den første halve time efter fødslen, bliver ammet signifikant længere tid (2-5) (se også side 90). Endvidere påvirker tidlig kontakt mødrenes adfærd over for børnene i positiv retning (3-5).

Om det er den tidlige kontakt i sig selv eller den tidlige amning, der gør, at ammeperioden varer længere, er uvist. Muligvis er kvaliteten af den første kontakt af betydning (6). Mødre, som er blevet adskilt fra deres nyfødte kort efter fødslen, bør dog forsikres om, at en god kontakt er lige vigtig, hvornår den end bliver mulig. Selvom barnet af en eller anden grund ikke kan lægges til umiddelbart, kan amningen sagtens komme i gang, selv efter flere dage.

Barnet er de første par timer efter fødslen specielt vågent og opmærksomt, og vil oftest selv vise, at det er klar til at die ved at søge efter brystet (7). Der er ingen grund til at presse barnet til at die. Hvis man lægger det nøgne nyfødte barn mellem moderens bryster, kan det ofte selv kravle hen til brystvorten. Moderen kan holde om den nyfødte og gøre det nemmere for barnet at komme så nær brystet, at det kan tage det, når det er klar. Såfremt moderen har fået medicin under fødslen, har den nyfødte svært ved at finde ud af at få rigtigt fat (8), og sådanne nyfødte kan derfor have behov for hjælp. Der er en foruroligende undersøgelse, der tyder på, at såfremt moderen har fået pethidin under fødslen, har den nyfødte meget svært ved at finde ud af at få rigtigt fat uden hjælp (8). I undersøgelsen blev de nyfødte børn delt i 2 grupper. I »separationsgruppen« blev afdelingens vanlige rutiner fulgt. Børnene blev lagt på moderens mave i ca. 20 minutter, hvorefter de blev taget væk, med henblik på vejning, måling, påklædning. De blev derefter atter lagt hos moderen. I »kontaktgruppen« lod man børnene ligge på moderens mave i ca. 1 time. I denne gruppe begyndte børnene efter ca. 20 minutter at kravle til brystet, lave søgebevægelser, og efter ca. 50 minutter suttede de alle rigtigt ved brystet.

Flere børn i »kontaktgruppen« viste korrekt sutteteknik (24 ud af 38 imod 7 ud af 34). I »separationsgruppen« viste børnene ikke søgereflex, når de kom tilbage til moderen, og hun var nødt til at manipulere brystet ind i barnets mund. Af de 40 spædbørn, hvis mødre havde fået pethidin, suttede 8 rigtigt, 7 forkert, og 25 var for sløve til at ville sutte. Af 32 børn, hvis mødre ikke fik pethidin, suttede 23 rigtigt, 8 forkert, og 1 slet ikke (8, 9).

En engelsk undersøgelse vedrørende fødegangsrutiner viste, at der ved normal fødsel gennemsnitligt gik godt 1 time, før barnet første gang blev lagt til, og i kun 44 % af tilfældene var der en jordemoder tilstede ved første amning (10).

Der er kun sparsomme oplysninger om de danske forhold. En undersøgelse viser, at 73 % af klinikfødende, 48 % af dem, der fødte på specialafdeling, og 50 % af klinikafviste (dem der ønskede at føde på klinikken, men måtte afvises pga. pladsmangel), havde fået barnet lagt til indenfor den første halve time efter fødslen, hvilket tyder på, at nogle ammeforløb bliver unødigt forsinket.

Hvis kvinden har født på et fødeleje, kan den nyfødte sagtens lægges til brystet, mens kvinden stadig ligger på lejet. Hvis man er øvet i at hjælpe og rimelig påpasselig, er der ingen grund til at vente, til kvinden er flyttet over i en seng.

Det er vigtigt at lade mor og barn lære hinanden at kende, og de bør have fred sammen mindst en time eller to. Vejning, måling, børneundersøgelse og påklædning bør vente så længe (8, 9).

Amning er noget, der skal læres og indøves. Mange nye mødre har aldrig set en anden kvinde amme, og selvom amning er naturligt, er det ikke noget instinktivt (11). Selv flergangsfødende kan have brug for hjælp til at komme i gang, især hvis de aldrig har ammet før, eller har haft problemer tidligere.

For at amning skal lykkes, må kvinden have selvtillid og tiltro til, at det fungerer, og man kan hjælpe ved at støtte, opmuntre og rose hende.

Selvom kvindebryster er forskellige, er de alle skabt til og i de allerfleste tilfælde egnede til amning.

Det ville være ønskeligt, om man kunne udvikle en fælles målsætning med hensyn til den ammeinformation, der gives. Ofte har kvinderne de samme problemer og spørgsmål, og det kan være inspirerende at samle de nybagte mødre til ammeinstruktion, vejledning eller måske videofremvisning (12). Man kunne eventuelt inddrage lokale ammerådgivere i dette arbejde (se side 150).

Det er sundhedspersonalets ansvar at videregive den nødvendige information om amning, men om dette skal gøres ved den første amning, eller senere, må afgøres i det enkelte tilfælde.

Relevant vejledning vil indeholde følgende information:

Råmælken er enestående og opfylder den nyfødtes behov fuldstændigt, forudsat at barnet har ubegrænset adgang til brystet.

Det ammede barn har ikke behov for anden væske, end der er i modermælken.

Barnets vægttab de første levedøgn er fysiologisk og forventeligt.

Fra den allerførste amning skal moderen forstå, hvor vigtigt det er at barnet får mulighed for selv at tage brystet om nødvendigt med lidt hjælp, og at barnet ligger rigtigt til, ligesom hun skal vises, hvordan dette gøres.

Barnet bør ammes så ofte det har lyst og så længe, som det har lyst.

Amningen bør være smertefri. Hvis amningen gør ondt, bortset fra lidt begynderømhed, eller der opstår sår og revner, er ammeteknikken forkert.

Den konkrete ammesituation bruges til at forklare »nedløbsrefleks« og mekanismen i tømningen af brystet. At mælkens sammensætning skifter gradvist i løbet af et måltid, og at man derfor ikke må begrænse varigheden af ammemåltidet, da barnet herved snydes for den fede eftermælk.

Princippet i udbud og efterspørgsel kan forklares: jo mere barnet sutter, des mere mælk produceres der.

Efterhånden som barnet vokser, vil der komme perioder, hvor ammehyppigheden øges i nogle dage. Disse appetitspring er barnets måde at sikre sig, at mælkemængden forbliver tilstrækkelig til at dække dets voksende behov.

4.2. Ubegrænsede ammemåltider

4.2.1. Ubegrænset varighed af ammemåltider

I mange år har der været en udbredt tro på, at det var nødvendigt at begrænse suttetiden, specielt i de første dage, for at undgå ømme brystvorter (12-14) (se også afsnit 10 om forebyggelse af ammeproblemer).

Nyere undersøgelser viser, at ømme brystvorter ikke påvirkes af ammemåltidets varighed (15, 16).

Uheldigvis vil rådet til en mor om at begrænse barnets suttetid, ved enten det ene eller begge bryst(er) ikke blot være værdiløst, men vil i mange tilfælde gøre skade (17, 18).

Sammensætningen og udløbshastigheden af mælken ændres i løbet af måltidet (19). I begyndelsen af måltidet får barnet et stort volumen formælk med lavt kalorieindhold, gradvist skiftende til et lille volumen eftermælk med højt kalorieindhold ved slutningen af måltidet (20). Børn dier i meget varierende tidsrum, og måltidets varighed bestemmes sandsynligvis af, hvor hurtigt mælken overføres fra mor til barn (21) (se side 35).

Mange børn vil spontant afslutte et måltid på under ti minutter, men dem, der får mælken langsommere, vil bruge længere tid. Selvom de måske ikke indtager store mængder i løbet af den sidste del af måltidet, er mælkens fedtindhold (og dermed kalorieindholdet) tilstrækkeligt højt til at bidrage signifikant til måltidets totale energiindhold (22). Hvis moderen tror, at hun skal begrænse barnets tid ved brystet, eller at hun skal amme fra begge bryster ved hvert måltid (og derfor med vilje tager det fra første bryst før det selv spontant slipper), vil hun derved indskrænke barnets totale kalorietilførsel. Denne situation kan medføre, at barnet til trods for hyppige ammemåltider og tilsyneladende rigelige mælkemængder hurtigt er sulten efter måltiderne og evt. ikke tager på i vægt (23).

Overproduktion af mælk (som er ubehageligt og smertefuldt) kan også være en følge af at begrænse måltidets varighed. Barnet får herved mælk med lavere fedtindhold, og dermed lavere kalorieindhold, og er derfor hurtigere sultent igen og vil så die hyppigere. Herved afsættes store mængder formælk, som hurtigt gendannes (18), og moderens mælkeproduktion øges.

Man skal lade barnet selv blive færdig ved det første bryst, før det andet bryst tilbydes. Det betyder ikke noget, om barnet kun vil die ved ét bryst ved de enkelte måltider. Hvis det andet bryst tilbydes først ved næste måltid, vil der ikke blive uligevægt i mælkeproduktionen på længere sigt.

Det er ligeså acceptabelt, hvis barnet gerne vil die fra begge bryster ved hvert måltid. Rytmen kan også skifte, efterhånden som mælkemængden indstiller sig til barnets behov.

Hvis ammemåltidet jævnlige er meget langtrukket (dvs. regelmæssigt varer længere end 30 min pr. bryst), tyder det på, at barnet ikke har rigtigt fat (se side 46-48). Ellers *kan man lade barnet bestemme, hvor længe, og hvor tit, det har brug for at die.*

4.2.2. Ubegrænset hyppighed af ammemåltider

For en generation tilbage blev kvinder, der fødte på sygehus, rådet til at amme regelmæssigt hver fjerde time og i begrænset tid på hvert bryst.

Vi ved nu, at børn, der får lov til selv at regulere hyppigheden af ammemåltiderne, har hurtigere vægtstigning (24, 25) og forbliver ammede længere (24, 26) end børn, der pålægges vilkårlige regler.

De fleste barselgange har derfor gradvist indført »amning efter behov« eller selvreguleret amning, som blot betyder, at *barnet ammes, når det vil, og så længe som det vil* (26).

Når normale spædbørn får lov til at die ubegrænset, kræver det overvejende flertal at blive ammet hyppigere end seks gange i døgnet, især efter de første få dage (27-29). Måltiderne er oftest få det første døgn, stiger hurtigt i antal mellem tredje og syvende levedøgn og falder derefter (16, 30).

Intervallerne mellem måltiderne, i det mindste i de første leveuger, er helt uregelmæssige, med variation fra 1-8 timer.

Man kan dog stadig opleve, at nogle har den fejlagtige opfattelse, at regelmæssig amning hver fjerde time er det normale mønster for nyfødte, ammede børn. Denne misopfattelse tjener kun til at undergrave kvindernes tiltro til deres evne til at amme, da de fleste vil opdage, at deres egne babyer skal ammes hyppigere end dette.

En enkel beskrivelse af værdien af »amning efter behov« kan rette denne misforståelse. Børn, der ammes efter behov, har nedsat incidens af gulsot (se side 70-72) og øget vægtstigning (24-26), og moderen har lettere ved at få en vellykket amning i gang (24) og mindre risiko for at få brystspænding (se side 100-101).

4.3. Natamning

4.3.1. Værdien af natamning

Mælkeproduktionen fortsætter ligeså effektivt nat som dag. Hvis mælken ikke afsættes, efterhånden som den dannes (reguleret ved barnets behov for brystet), vil mælkemængden i brystet overskride alveolernes kapacitet. Den deraf følgende brystspænding virker laktationshæmmende og er ubehagelig for moderen (31). Natamning begrænser eller forebygger det potentielle problem med brystspænding (se side 100-102).

Når først laktationen er etableret, forsyner natmåltiderne barnet med en væsentlig del af dets døgnindtagelse. Jo yngre barnet er, des mere sandsynligt er det, at det indtager samme mængde mælk i de 12 timer fra 20 til 8 som fra 8 til 20 (32). Det er derfor forventeligt, at barnet vil være sultent om natten. Hvis denne sult stilles med modernælkserstatning, vil det medføre, at moderens mælkeproduktion falder til skade for den fortsatte amning.

Det ser ud til, at høje prolaktinniveauer er nødvendige ikke blot til igangsættelse af laktationen, men at de også har direkte betydning for, hvor megen mælk der produceres i de første par uger (33-36). Der frigøres mere prolaktin ved natamning end ved dagamning, og det er muligt, at mælkeproduktionen får sit største »skub«, når barnet dier om natten (33, 37).

Man ved, at prolaktinniveauet stiger som reaktion på sutning. Derfor vil »amning efter behov« medføre højere prolaktinniveauer. Den hyppige amning hæmmer også ovulationen, selvom den nøjagtige mekanisme endnu ikke er kendt (35). Den kontrceptive effekt af amning kan være af stor betydning for dem, som af personlige eller religiøse årsager ikke ønsker at anvende konventionelle (vestlige) metoder (41). Det er derfor afgørende, at disse kvinder ikke pålægges nogen begrænsninger med hensyn til ammemaåltider, især om natten (se side 110). I Danmark tilrådes antikonception dog også til fuldt ammende kvinder.

Der er ingen fornuftig grund til at skille en rask, nyfødt fra sin mor. Nogle gange fjerner man barnet fra moderen efter fødslen, »så hun kan sove«, men barnet vil efter de første par timer sandsynligvis også sove i en længere periode (28, 38). Her kan moderen også sove, hvis hun har lyst, selvom barnet bliver hos hende.

Herefter er det nødvendigt, at moderen kan lægge barnet til brystet om natten, ikke blot for at stimulere brystet (39, 40), men for at øve sig i at lægge barnet til brystet, mens dette endnu er blødt, som forberedelse til effektiv amning. En kvinde, der har født på sygehus, har brug for at have oplevet sit barns spisemønster »døgnet rundt« (hvilket er noget, som hjemmefødende og ambulante fødende kvinder automatisk kommer til), så hun ikke føler, at der er huller i hendes viden, når hun skal hjem. Med den nuværende korte indlæggelsestid er dette specielt vigtigt for førstegangsfødende.

4.3.2. Mor og barn på samme stue (Rooming-in)

En mor, der er indlagt på sygehus, sover antageligt bedre, hvis hun har barnet hos sig, da hun er mere sikker på at kunne høre det, hvis det vågner. Derfor vil hun være mindre tilbøjelig til at blive forstyrret af lyden af andre spædbørn i løbet af natten.

4.3.3. Mor og barn i samme seng (Bedding-in)

I mange kulturer er det almindeligt, at et spædbarn opholder sig hos sin mor nat og dag (42, 43). Når barnet sover hos moderen, har det nemmere mulighed for at die om natten. I mange kulturer får børn omkring halvdelen af deres modernælk i løbet af natten. Mange steder er dette så fast indgroet, at selv hvis kvinderne føder på sygehus, forventes det, at barnet sover hos moderen. Nogle hospitaler har end ikke vugger (44, 6).

Forestillingen om, at nyfødte »bør« sove for sig selv, er et temmelig nyligt træk i vestlig civilisation. I midten af forrige århundrede anbefalede vestlige, medicinske lærebøger fortsat, at mor og barn skulle sove sammen, delvist for at beskytte barnet mod kulde (45).

At sove med barnet i sengen er tilsyneladende blevet mindre hyppigt i vestlige samfund. Man frygter tilsyneladende, at et barn som deler seng med sin mor, er i fare for enten at falde ud af sengen, eller at blive kvalt. Denne frygt er voldsomt overdrevet. Vuggedød blev i gamle dage opfattet som en følge af »ihjelligning«. Der er i dag intet videnskabeligt holdepunkt for, at det at sove med barnet i sengen enten mindsker eller øger incidensen af »pludselig uventet spædbarnsdød« (46).

En filmoptagelse har vist (48), at en rask, nyfødt, der sover med raske forældre, bevæger sig mange gange i søvne. Barnet indretter sin stilling efter forældrenes, og er ikke i fare for at blive kvalt. Det skal dog pointeres, at såvel barn som forældre var raske. Hvis den voksne er syg, medicin- eller spirituspåvirket, kraftigt overvægtig eller barnet immobiliseret, kan »bedding-in« ikke anbefales. Man må selvfølgelig sikre, at barnet ikke kan få hovedet i klemme mellem sengesiden og madrassen eller væggen eller risikerer at falde på gulvet.

Endvidere må man fraråde at lade et spædbarn sove i en vandseng, da dødsfald pga. kvælning er rapporteret (47, 49). Sundhedsstyrelsen foreslog derfor i 1989 forbrugerombudsmanden, at vandsenge anvendt i Danmark blev forsynet med mærkning, som advarer mod at anbringe børn i vandsenge. Forbrugerombudsmanden fulgte denne opfordring, og henstillede til producenter, importører og forhandlere af vandsenge at forsyne disse senge med advarsel om, at spædbørn kan risikere at blive kvalt, hvis de uden opsyn opholder sig i vandseng. Ud fra samme argumentation må det frarådes, at mor og barn sover sammen i vandseng.

Selvom vi i Danmark ikke præcist ved hvor mange spædbørn, der sover hos deres mor, er det utvivlsomt mere hyppigt i hjemmet end på sygehus.

Ikke alle mødre ønsker at sove med deres spædbørn i sengen, men der er ingen grund til at fraråde det til dem, der gerne vil, hverken på sygehuset eller hjemme.

4.3.4. Søvn

En mor til et spædbarn har brug for søvn. Hun forstyrres mindre, hvis hun giver barnet en kraftigere sugende ble om natten og undlader at skifte barnet, med mindre nattøjet bliver vådt, eller barnet er uroligt.

En baby, der kun er vågnet for at die, bør aktiveres så lidt som muligt, så det hurtigere falder til ro efter måltidet. Det kan også hjælpe barnet til at forstå, at der er forskel på nat og dag.

Det giver mest ro, hvis barnet sover ved siden af (eller i) moderens seng, og hun ammer det liggende. Det gør ikke noget, om begge falder i søvn i moderens seng (se ovenfor).

Natamning kan måske gøre den nybagte mors nattesøvn bedre. Mange kvinder oplever nemlig døsigthed, når de ammer, hvilket gør det lettere hurtigt at falde i søvn igen (50, 51). Denne døsigthed skyldes måske, at der i forbindelse med amningen frigøres dopamin, som ser ud til at have betydning for søvn (50-54).

5. Forhold der har negativ indvirkning på amning

5.1. Tilskud af væske til raske spædbørn

Raske, fuldbårne, ammede børn har ikke brug for tilskud af hverken vand, sukkervand eller modernælkserstatning. Ingen undersøgelser har kunnet påvise gavn af at give tilskud, og adskillige undersøgelser har vist, at det forkorter ammeperioden.

Ved at give en nyfødt modernælkserstatning øger man risikoen for at amningen ikke kommer i gang, forkorter varigheden af ammeperioden og fremskynder det tidspunkt, hvor barnet første gang får fast føde.

Råmælken er tilstede i brystet allerede ved fødslen og dækker den nyfødtes behov fuldstændigt, forudsat barnet har ubegrænset adgang til brystet.

Mængden af råmælk/mælk øges hurtigt i løbet af de første tre døgn med spredning fra 7-122,5 ml/døgn (1) og gennemsnitligt 7,5 ml/måltid det første døgn efter fødslen til mellem 98-775 ml/døgn med gennemsnit på 38 ml/måltid på tredje døgn (2).

5.1.1. Dehydrering

Når amningen fungerer, er der ikke brug for at give tilskud af nogen art. Hvis amningen ikke fungerer, vil det at give en flaske sandsynligvis øge risikoen for at amningen ophører. Man bør i stedet gøre sig umage med at løse problemerne, da næsten alle ammeproblemer kan løses med kvalificeret hjælp, støtte og vejledning.

Undersøgelser viser, at raske spædbørn, som udelukkende ammes, ikke behøver ekstra vand, når det er varmt, end ikke i et tropisk klima (3-5).

Enkelte gange kan der være særlige forhold, såsom sygdom hos moder eller barn, der kræver speciel rådgivning og evt. hel eller delvis flaskeernæring.

5.1.2. Fysiologisk gulsot

Fysiologisk gulsot forebygges ikke af tilskud. En manglende erkendelse af gulsot som et normalt og hyppigt fænomen hos det brysternærede barn er, ifølge børnelæge Karin Brostrøm, ammeetableringens værste fjende.

Gulsot ses hyppigere hos brysternærede (knap halvdelen) end hos kunstigt ernærede børn (ca. en fjerdedel). Ikke alene er der flere brysternærede børn, som har gulsot, men deres bilirubinniveau er også højere.

Undersøgelser har vist, at ca. 10% af brysternærede børn har bilirubinverdier over 250 millimol/l, mens det kun ses hos 2% af kunstigt ernærede børn (synlig gulsot = bilirubin over 130 millimol/l).

Fordi flere børn i dag udelukkende ammes, er der en stigende tendens til at se gule børn på barselafdelingerne. Dette fænomen må accepteres som normalt. Gulsot hos det brysternærede barn skal over for mødrene forklares som værende normalt, og skal ikke mindst kunne »tåles« af personalet.

Rutinemæssig bilirubinmåling bør ikke finde sted, blot fordi barnet ser gult ud. Gulsoten skal have en vis styrke og udbredelse eller sætte tidligt ind, før en kvalitativ vurdering på blodprøve er indiceret.

Det forudsættes naturligtvis, at barnet er rask, dvs. at der ikke ved anamnese eller undersøgelse/observation af barnet er fundet tegn på sygdom til grund for gulsoten (immunisering, lever-, galdesygdomme osv.) (6).

Kun hvis barnet er klinisk »sultent ved brystet«, dvs. har et ekssivt fysiologisk vægttab, og på anden måde giver indtryk af ikke at få mælk nok (sparsom afføring og urin), er der grund til at made/eftermade med modernælk eller modernælkserstatning. Sukkervand bør ikke anvendes. Ved lysbehandling af et brystbarn, hvor moderen har mælk, er der ikke grund til ekstra tilskud, men hyppigere amning anbefales.

Mange brystbørn er gule i 3-4 uger med bilirubinverdier omkring 200-220 millimol per liter, men mindre end 2% har prolongeret icterus over 6 uger. Karakteristisk er et langsomt, men stadigt fald, og at barnet i øvrigt virker rask, trives og udelukkende brysternæres.

Kunstigt ernærede børn har *aldrig* prolongeret icterus (6).

Adskillige forskere har undersøgt den tilsyneladende udbredte opfattelse, at fysiologisk gulsot kan forebygges eller mindskes ved ekstra væsketilskud til et ammet barn.

Nicoll et al (7) randomiserede 49 ammebørn i tre grupper: Intet tilskud, vandtilskud eller tilskud af sukkervand. Børnene i sukkervandsgruppen indtog signifikant større mængde væske end dem i vandtilskudsgruppen. Alligevel fandtes den laveste gennemsnitlige bilirubinkoncentration på sjette døgn i gruppen, der slet intet tilskud fik.

Carvahlo et al (8) sammenlignede to grupper af ammede børn. Den ene gruppe fik tilskud af vand, den anden intet. Herrera (9) sammenlignede to grupper hvoraf den ene fik tilskud af sukkervand den anden ingen tilskud. De fandt hver især ingen forskel mellem hvor mange børn, der udviklede gulsot, krævede lysbehandling eller middelserum-bilirubin i de to grupper.

Kuhr og Paneth (10) opgjorde den totale mængde sukkervand, der blev givet til 77 nyfødte, raske, fuldbårne, ammede børn i de første tre levedøgn, og kontrolvejede dem på fjerdedagen. De fandt, at de børn, som fik store mængder sukkervand i løbet af de første tre levedøgn, ikke blot fik mindre mælk pr. måltid på fjerdedagen, men også havde større sandsynlighed for at blive ikteriske end dem, der intet tilskud fik.

Ingen af forskerne fandt nogen sammenhæng mellem graden af vægttab og udviklingen af fysiologisk gulsot (6-9, 11).

Vandtilskud nedsætter således ikke bilirubinniveauet, og sukkervandtilskud øger bilirubinniveauet, fordi barnets suttelyst ved brystet hæmmes.

Den mest effektive måde at reducere incidensen af fysiologisk gulsot hos ammede børn er derfor at sikre sig, at der ikke sættes nogen begrænsninger på, hvor ofte børnene bliver lagt til brystet, og undgå at give tilskud af væske.

5.1.3. Ulemper ved væsketilskud

Det faktum, at en fremgangsmåde ikke gør nogen gavn, burde være tilstrækkelig grund til at opgive den.

Endnu vigtigere er det dog, at det er skadeligt for ammeprocessen at give rutinemæssigt tilskud til barnet.

Der er tydelig, negativ sammenhæng mellem ammevarigheden og tilskud, både hvis dette gives før og/eller efter, at mælken er faldet til.

Ved at give barnet tilskud bliver det mæt, før det skal ammes, hvorfor mælkeproduktionen ikke stimuleres tilstrækkeligt. Desuden forvirrer det barnet at skulle drikke af sutteflaske, hvor teknikken er en anden end ved brystet (se side 39-40), og kan medføre, at barnet senere afviser brystet.

Samtidigt undergraves kvindens selvtillid. Idet moderen bliver vant til at se og måle den mængde mælk barnet får, kan hun tvivle på sin egen evne til at producere rigelig mælk, fordi hun ikke kan se den. At måle mælkemængden er naturligvis hverken muligt eller nødvendigt ved vellykket amning.

Alligevel viste Århusundersøgelsen i 1982, at 80% raske, nyfødte havde fået tilskud, før mælken faldt til, og 50% efter at mælken faldt til (12).

En undersøgelse (13) fra Hvidovre Hospital 1987-88 har vist, at ca. 73% af raske, mature børn fik tilskud af modermælkserstatning på barselgangen, på trods af at man længe har vidst, at sådanne tilskud er unødvendige og har en negativ indflydelse på amningen. I samme undersøgelse viste det sig, at de børn, der fik tilskud, blev ammet signifikant kortere tid end de børn, der ikke fik tilskud, samt at tilskud givet på barselgangen havde en negativ indflydelse på moderens mælkemængde, helt frem til 4 måneders alderen.

De Chateau et al (14) sammenlignede to grupper af ammende kvinder. I den ene gruppe var kontrolvejning og tilskud rutine, i den anden gruppe var man ophørt med begge dele. De fandt, at fem gange så mange

kvinder ophørte med at amme i den første uge, og dobbelt så mange ophørte med amning i den anden uge i tilskudsgruppen. Et år senere, hvor man på hele afdelingen var ophørt med kontrolvejning og tilskud, fandtes det, at den gennemsnitlige ammetid var steget til 95 dage sammenlignet med 42 dage førhen.

Både Herrera (9) og Gray-Donald et al (15) fandt signifikant færre kvinder, der fortsat ammede fire, ni og tolv uger efter fødslen, hvis deres børn havde fået tilskud på barselafdelingen, sammenlignet med dem, hvis børn udelukkende var blevet ammet.

En svensk undersøgelse (16) fandt ligeledes, at holdninger og rutiner på barselgangen kan påvirke ammetidens længde. På denne afdeling havde samtlige raske, nyfødte, fuldbårne født i 1987 fået tilskud på barselafdelingen, enten brystmælk fra mor eller en anden kvinde eller modernælkserstatning. Børnene fik tilskud, når de var sultne, tørstige, urolige og om natten for at moderen skulle sove. På grund af HIV-risiko blev alt tilskud efterhånden modernælkserstatning, og man valgte derfor at lægge rutinerne om fra 1988. Således besluttede man, at alle børn, som var sultne, først skulle lægges til brystet og ammes, også om natten. Tilskud af vand eller næring krævede, at mor og pædiater skulle spørges først. Ved denne ændring viste det sig, at signifikant flere børn ammedes ved udskrivning, og signifikant flere ammedes ved 1- og 8-ugers alderen. Undersøgelsen konkluderede, at det fra et humanbiologisk synspunkt ikke er rimeligt, at raske, nyfødte skulle behøve andet end amning som næringskilde.

Amning kan måske forebygge sygdom hos spædbørn, der har familiær disposition til arvelige sygdomme (17), og selvom dette fortsat er omstridt, bør tilskud også af denne grund undgås – med mindre forældrene udtrykkeligt ønsker det.

Mange forskere har påvist værdien af udelukkende at amme børn, hvis forældre har allergi (18-20, 30).

Både komælksbaseret og soyamælksbaseret modernælkserstatning er potentielt allergent, og kan spille en rolle ved ætiologien til sygdomme som atopisk eksem og astma.

Forældre, der lider af disse sygdomme, har krav på al mulig hjælp til at undgå at sensibilisere deres børn (21).

Såfremt tilskud er absolut nødvendigt af en eller anden grund til sådanne risikobørn, vil udmalket kvindemælk være at foretrække.

Rutinemæssig tilskudsernæring til raske, nyfødte må derfor frarådes.

5.1.4. Udlevering af gratis prøver af modernælkserstatning

Der må ikke til ammende mødre eller deres familie udleveres prøver af modernælkserstatning, hverken på sygehuset eller senere, ligesom der ikke er grund til at anbefale, at hun køber noget »for en sikkerheds skyld«. Brystmælken kan ikke »pludselig forsvinde«.

Udlevering af gratis og lavpris modernælkserstatning til barselafdelinger forekommer ikke i Danmark (se Sundhedsministeriets bekendtgørelse om modernælkserstatninger side 129). Det er et problem i udviklingslande og er først i efteråret 1988 blevet forbudt i England. (Se også WHO's kodeks side 125).

Ved at give modernælkserstatning til et ammet barn i dets første leveuge øger man signifikant risikoen for, at amningen ophører, inden barnet er blevet to uger (23).

Ved at give ammende mødre prøver af modernælkserstatning forkorter man varigheden af ammeperioden og fremskynder tidspunktet, hvor barnet første gang får tilskudskost (24).

Bergevin et al (24) randomiserede et stort antal ammende kvinder til to grupper. Den ene fik udleveret en prøvepakning med modernælkserstatning, da de blev udskrevet; den anden gruppe fik ingenting.

De fandt, at selv dette beskedne indgreb var nok til at øge antallet af kvinder, der var ophørt med at amme efter en måned og var begyndt med fast føde ved to måneder. Forskellen mellem de to grupper var endnu mere udtalt i den »sårbare« gruppe såsom førstegangsfødende, dårligere uddannede og dem, som blev syge efter fødslen.

Amningen ophører som resultat af nedsat sutning og svigtende selvtillid hos moderen (25).

Ved at udlevere prøvepakker til moderen antyder man også en anbefaling af et bestemt mærke, hvorfor dette er en særdeles effektiv måde at øge salget af modermælkserstatning på (26).

Desuden får det kvinden til at tvivle på, i hvilken grad sundhedspersonalet egentlig går ind for amning.

At give en flaske løser ikke ammeproblemer, mens fornuftig, engageret og forstående hjælp kan gøre det.

5.1.5. Brug af narresut

Børns behov for at sutte er meget forskelligt. At sutte virker beroligende på barnet. Det kan derfor i nogle situationer være fornuftigt at give barnet en narresut.

Brug af narresut kan imidlertid forstyrre etableringen af amningen ved at tilfredsstille barnets suttebehov og ved at forvirre barnet, da sutteteknikken er forskellig på narresut, flaskesut og bryst.

Vælger kvinden at bruge narresut til sit barn, anbefales det derfor, at hun venter, indtil amningen er godt i gang.

5.2. Kontrolvejning

Under normale omstændigheder er kontrolvejning hverken nødvendig eller effektiv med hensyn til at vurdere brystmælkproduktionen.

Kontrolvejning defineres som beregning af mængden af brystmælk indtaget ved et måltid, ved vejning af barnet før og efter det pågældende måltid.

Der findes nu moderne elektroniske vægte til vejning af spædbørn. Den ældre type mekaniske vægt har hverken den sikkerhed eller nøjagtighed, der behøves for at måle små mængder brystmælk. Brugen af disse kan lede til fejlmålinger på +/- 30 gram, hvilket kan være af samme størrelsesorden som den aktuelle indtagne mængde (27-29). Det kan også være direkte skadeligt for en mors selvtillid, hvis en enkelt kontrolvejning viser, at barnet har indtaget, hvad der synes at være en utilstrækkelig mængde. Målingen af et enkelt måltid kan være urepræsentativt for de andre måltider indtaget i løbet af døgnet. Hvis kontrolvejningen udføres under omstændigheder, der af moderen opfattes som foruroligende, kan det også hæmme nedløbsrefleksen.

Udelukkende at måle volumen uden kendskab til kalorieindholdet i den indtagne mælk kan give et vildledende billede af, om barnet får nok.

Hvis det skulle være nødvendigt at vide, hvor megen mælk et ammet barn indtager, bør kontrolvejning udføres over 24 timer på en elektronisk vægt, der kan veje med få grams nøjagtighed.

6. Vurdering af barnets trivsel og sundhed

Barnets trivsel og vækst vurderes både under indlæggelsen og senere i hjemmet. Der kan ikke fastsættes præcise standardværdier for hverken vægtøgning, afføringshyppighed og -udseende eller barnets almene trivsel, og vurderingen af barnets trivsel beror ofte på et erfarent skøn.

6.1. Vægtvariationer

Det er normalt, at barnets vægt ændrer sig i den første uge og med et vægttab, der oftest når maksimum efter 4. levedøgn. Denne vægtændring skyldes væsentligst et tab af væske. Nyfødte fødes med en væskeophobning, der de første dage omfordes mellem intra- og ekstracellulærfasen, og overskud udskilles. En mindre del af vægtændringen skyldes tab fra det medfødte fedtvævsdepot, fordi barnet har brug for energi til visse energikrævende processer. Barnet holder sit blodsukker oppe ved hjælp af sit medbragte glykogen-depot.

Det nyfødte barn er indrettet til kun at få små mængder væske i de første levedøgn, hvorfor et vægttab er fysiologisk og derfor forventeligt.

Dette fysiologiske vægttab kunne også kaldes den normale vægtændring hos nyfødte og er udtryk for en ønskelig udskillelse af væske.

Vægttab er for nybagte mødre et mere følsomt udtryk og kan utilsigtet skabe tvivl om brystmælkproduktionen de første meget sårbare dage (1).

I den korte tid efter fødslen, hvor mor og barn er indlagt på barselafdelingen, er det ikke muligt at fastslå, om barnet er på »rette spor« for sin genetisk bestemte vækstkurve.

Et spædbarns vægt varierer udpræget med, om det lige har spist, ladt vandet eller haft afføring.

Det er ikke muligt at ophæve dag-til-dag variationer, men de kan minimeres ved at standardisere tidspunkt og fremgangsmåde ved vejning, fx: nøgen vægt, før et måltid og på samme tidspunkt på dagen. Hvis barnet vejes med fastsatte mellemrum, helst på den samme vægt hver gang, skulle den generelle tendens over nogle dage kunne give brugbar information (2, 3).

Hvis betingelserne ikke standardiseres, vil tilfældige ændringer såsom et måltid (fx 150 gram) eller afgang af afføring og urin (fx 180 gram) fuldstændigt kunne overskygge den forventede daglige vægtstigning på 20-30 gram/dag.

I praksis er den simpleste rettesnor, at barnet skal have genvundet fødselsvægten på tiende levedøgn som udtryk for, at det fysiologiske tab efter fødslen er blevet indhentet.

Det er relevant at bemærke, om et barn har en langsommere vægtstigning end forventet. Man bør dog være opmærksom på, at det at udtrykke for megen bekymring i moderens tilstedeværelse kan virke modsat hensigten. Det kan føre til, at moderens tillid til sin evne til at amme bliver påvirket, hvilket i sig selv er skadeligt for mælkeproduktionen.

6.2. Vægtøgning

De vækstkurver, der anvendes i dag, er lavet for år tilbage på grundlag af spædbørn, der overvejende blev flaskeernærede.

Nogle har påpeget det urimelige i at sammenligne det udelukkende ammede barns vækst med det flaskeernærede barns vækst (4).

Initialt vokser det ammede barn hurtigt, og tager mere på i vægt end det flaskeernærede barn de første 2-3 måneder. Væksthastigheden aftager omkring 4 måneder og falder til sidst under den for et flaskeernæret barn ved 6-12 måneder. Selvom dette tidligere blev opfattet som vækststagnation pga. for lidt brystmælk, er der nu tiltagende accept af, at dette mønster er det normale for det ammede barn (5). Man er derfor ved at udarbejde nye vækstkurver, der gælder ammede børn.

Det faktiske vækstmønster kan kun afgøres ved månedlige rutinevejninger. At måle vækst på pålidelig vis over kortere tidsrum (fx en uge) er meget vanskeligere, især i de første uger efter fødslen. Nettovægtstigningen i de to første uger er meget variabel. I gennemsnit er den ca. 250 g, hvilket betyder at halvdelen af børnene har en mindre vægtstigning. Efter de to første uger vil den gennemsnitlige vægtstigning være ca. 25-30 gram om dagen, men igen vil der være helt raske børn, der har en mindre gennemsnitlig vægtstigning (6, 7).

6.3. Afføring

Første mekoniumafgang hos den nyfødte er i reglen tegn på, at der er passage gennem hele fordøjelsessystemet. Derfor registreres dette fænomen i dag de fleste steder. Hvor længe det varer, før afføringen skifter fra mekonium til det ammede barns gule afføring, vil afhænge af gestationsalder, mælkemængde og ammehyppighed og kan give et fingerpeg med hensyn til barnets trivsel.

De første dage vil et brysternæret barns afføringer variere i mængde og antal og vil afhænge af mængden af colostrum. Barnets afføring kan blive ganske tynd på eller omkring tredje levedøgn. Dette svarer til, at moderens mælk er »løbet til«, og er et helt normalt fænomen.

Ammede børns afføringer er karakteristiske gule, løse, grynedede, vællingeagtige med en syrlig, ikke ubehagelig, lugt.

Afføringshyppigheden kan variere fra flere gange dagligt til en gang ugentligt, og såfremt barnet har det godt, er der ingen grund til bekymring. Barnet har hverken »tynd mave« eller forstoppelse, og indgriben er unødvendig.

Forventeligt afføringsudseende hos et raskt, fuldbåret barn:

Fødsel-24 timer	=	1. dag	mekonium
24-48 timer	=	2. dag	mekonium/ skiftende
48-72 timer	=	3. dag	skiftende/ gul
72-96 time	=	4. dag	gul

Et fuldbåret barn, der stadig har mekonium på 4-5 dag, får sandsynligvis for lidt mælk og taber i vægt. Ligeledes kan afføring, der er »skiftende« på 4-5 dag være tegn på, at barnet får for lidt mælk. »For lidt mælk« kan skyldes fejl i ammeteknikken, fx forkert stilling ved brystet eller begrænsning på ammemaåltidernes varighed eller antal.

6.4. Almen trivsel

Vægtstigning er kun et af mange tegn på, at et nyfødt spædbarn er sundt og trives på sin mors mælk. Såfremt et barn tilsyneladende ikke tager på i vægt, men i alle andre henseender virker sund og glad, er der ikke umiddelbart grund til bekymring.

Andre trivselstegn indbefatter:

God hudfarve, ikke grå eller bleg.

Vågen og opmærksom.

Glad for og interesseret i at die.

Hyppige våde bleer med bleg, lugtfri urin. (Dette tegn er kun anvendeligt, hvis barnet udelukkende ammes, dvs. ingen tilskud).

Normale afføringer for alderen (se ovenfor).

Veltilpas det meste af tiden (dvs. ikke konstant urolig eller grædende) men uden at være sløv.

Disse tegn skal opfattes som positive trivselstegn hos et barn, der ikke tager på i vægt. Omvendt bør det vække bekymring, hvis et barn med rimelig vægtøgning udviser klare mangler på nogle af ovenstående punkter.

7. Amning og hvad moderen indtager

Kostråd til ammende kvinder

Rådene til ammende mødre, om hvad de bør spise og drikke, er mange og ofte modstridende.

7.1. Råd om væskeindtagelse til ammende kvinder

For mere end 30 år siden påviste man, at et barns vægt ikke steg signifikant, selvom moderen øgede sin væskeindtagelse (1). Senere er det vist, at hverken signifikant nedsættelse (2) eller signifikant øgning (2, 3) af moderens væskeindtagelse har nogen effekt på mælkeproduktionen.

Ammende kvinder må derfor anbefales at drikke, som de føler tørst til.

Dog skal mødre vide at mørk, kraftigt lugtende urin er et tegn på, at de behøver mere at drikke. Obstipationsproblemer kan også skyldes væskeunderskud.

7.2. Råd om kalorieindtagelse til ammende kvinder

En række officielle anbefalinger og videnskabelige artikler beskæftiger sig med kosten til ammende mødre (4-12). Hvis der udelukkende ammes, er moderens energibehov ca. 2000 kJ større end normalt. Det svarer til mælkens energiindhold plus energiforbruget ved at syntetisere mælken. For de fleste mødre vil dette ekstra energibehov blive dækket ved at tære på de energidepoter, der er nedlagt i graviditeten.

En dansk undersøgelse (16) viser, at fedtindholdet i kvindemælk er positivt associeret til kvindens vægtøgning i graviditeten. Undersøgelsen tyder på, at de fedtdepoter, som kvinden opbygger under graviditeten, mobiliseres lettere i løbet af ammeperioden end andre fedtdepoter, og at mælkens fedtindhold begrænses, hvis kvindens fedtdepoter udtømmes.

Da de under graviditeten dannede fedtdepoter således bruges først, vil der være mange mødre, der ikke spiser stort mere end de ville gøre, hvis de ikke ammede.

Ammende kvinder må anbefales at spise, som de føler sult til. De behøver ikke spise overdrevent eller »for to«.

7.3. Kostforskrifter til ammende kvinder

I ammeperioden er det specielt vigtigt, at moderen spiser sundt og varieret. Hun bør følge de almindelige kostråd fra Levnedsmiddelstyrelsen og Forbrugerstyrelsen.

Forbrugerstyrelsens 7 kostråd lyder:

- Spis meget brød og gryn
- Spis frugt og grønsager hver dag
- Spis kartofler, ris eller pasta hver dag
- Spis ofte fisk og fiskepålæg – vælg forskellige slags
- Vælg mælkeprodukter og ost med lavt fedtindhold
- Brug kun lidt smør, margarine og olie – og spar i øvrigt på sukker og salt

Det anbefales endvidere, at kvinden tager en multivitamintablet med mineraler i ammeperioden, hvis hun ikke er sikker på, at hendes kost er tilstrækkelig.

De meget tynde afføringer, som barnet kan have mellem tredje til femte levedøgn, er en fuldstændig normal følge af den store mælkemængde, der pludseligt indtages, og skyldes ikke noget, moderen har spist.

Hvis der er grund til at tro, at et fødeemne moderen har spist, har en uheldig virkning hos barnet, kan moderen undgå pågældende fødeemne i to uger og derefter forsøge igen. Hvis barnet atter bliver påvirket, må moderen fuldstændig undgå pågældende fødemiddel og evt. søge supplerende diætvejledning hos sundhedsplejersken eller den praktiserende læge (14, 17).

7.4. Allergi

Børn, der er arveligt disponeret for allergi, risikerer at udvikle komælksallergi, hvis de får modermælksersstatning for tidligt.

Børn er *dobbeltdisponerede*, hvis begge forældre har/har haft flerårig, lægediagnosticeret, behandlingskrævende allergisk sygdom.

Børn er *enkeltdisponerede*, hvis én af forældrene eller en søskende har/har haft flerårig svær lægediagnosticeret, behandlingskrævende allergisk sygdom. Ved enkeltdisposition kan sygehistorien suppleres med undersøgelse af navlesnors IgE. En værdi over 0,3 kU/l øger sandsynligheden for betydelig allergi.

Sådanne risikobørn må ikke få almindelig modermælksersstatning, heller ikke på barselgangen, idet ganske få dråber er nok til at sensibilisere barnet overfor komælksprotein. Udvikling af allergi hos børnenes kan i nogen grad forebygges ved, at de udelukkende ammes de første 4 måneder.

Moderen behøver derimod ikke at holde speciel diæt hverken under graviditeten eller i ammeperioden af hensyn til barnet. I meget sjældne tilfælde kan børn, der udelukkende ammes, få symptomer på komælksallergi. I disse tilfælde skal moderen undgå mælkeprodukter i sin kost (13, 15, 17).

7.5. Rygning og amning

Nikotin udskilles i modermælken og kan påvirke barnet.

Tobaksrygning nedsætter mængden af prolaktin, hvilket kan have årsagssammenhæng med den observation, at kvinder, der ryger, producerer mindre mælk, end kvinder der ikke ryger (16-19).

Flere undersøgelser har vist, at rygende kvinder hyppigere slet ikke ammer deres børn, eller ammer i kortere tid end ikke rygende kvinder (16-19).

Undersøgelser viser, at 67% af alle danske børn daglig udsættes for passiv rygning hjemme og/eller i dagplejen. 42% af danske mødre til småbørn ryger cigaretter daglig (28).

Risikoen for vuggedød øges med en faktor 2-4 afhængig af tobaksforbruget hos moderen under graviditeten. Der er øget forekomst af vuggedød, både hvis barnet udsættes for tobaksrøg efter fødslen, og hvis kvinden ryger i graviditeten (27).

Mange undersøgelser viser, at udsættelse af børn for passiv rygning øger deres risiko for udvikling af allergisk sygdom. Passiv rygning øger endvidere børns risiko for luftvejsinfektioner og mellemørebetændelse.

Man må fraråde ammende kvinder at ryge, og at der ryges i barnets omgivelser. Specielt bør forældre til børn, der er disponeret for allergi ikke ryge.

7.6. Alkohol og amning

Alkohol udskilles i modermælken og opnår her en koncentration omkring samme niveau som moderens blodalkoholkoncentration. Det nyfødte barn har en betydelig større følsomhed for alkohol end det fuldt udviklede individ.

Når barnet er født, udsættes det ikke længere for den teratogene virkning af den alkohol, som moderen drikker. Barnet får heller ikke længere samme promille som moderen, men en betydelig mindre alkoholkoncentration som følge af indtagelsen af alkoholholdig mælk. Man kender imidlertid ikke den nedre grænse for skadelig påvirkning af det nyfødte barn, hvorfor ammende kvinders alkoholforbrug bør være - begrænset.

7.7. Hash og amning

Hash (cannabis) går over i modermælken, hvor det koncentrerer, således at koncentrationen i modermælk er ca. 8 gange større end i blod. Ammende cannabisbrugende mødre udsætter således deres børn for stoffet. Da cannabisbrugende kvinder altid er tobaksrygere og næsten altid alkoholbrugere, er det vanskeligt at vurdere skadevirkningerne af de enkelte stoffer hver for sig. Der er dog grundlag for at fraråde ammende kvinder at ryge hash (17).

7.8. Lægemidler og amning

Alle lægemidler udskilles i mælken, men i meget forskellig mængde. Generelt vil kun en lille del af det indtagne lægemiddel udskilles med mælken (oftest mellem 0,1 og 2% og i meget sjældne tilfælde op til 6%).

Vor viden om lægemidlers udskillelse i modermælken er sparsom og oftest baseret på enkeltobservationer af mulig virkning på det diende barn samt lejlighedsvis koncentrationsundersøgelser, og de meddelte resultater er modstridende. I de senere år er der dog kommet mere eksakte oplysninger om forskellige lægemidlers udskillelse i modermælk.

I de fleste tilfælde kan amning fortsætte under nøje observation af barnet. F.eks. kan moderen amme, selvom hun indtager antithyreoider (carbimazol, propylthiouracil), hvis barnets se-thyroxin monitoreres. Man må dog huske, at selv ganske små mængder af et lægemiddel i mælken kan virke sensibiliserende og fremkalde allergiske reaktioner hos barnet. Man skal desuden være opmærksom på, at alle diuretika (vanddrivende præparater) virker hæmmende på mælkesekretionen.

Information om de enkelte lægemidlers udskillelse i brystmælk findes i Lægemiddelkataloget (21).

Et lægemidlets koncentration i mælken er afhængig af opløselighed i vandfase og fedtfase, dissocieringsgrad ved mælkenes pH, proteinbinding i mælk og serum, konjugering, metabolisme, indtaget mængde og varigheden af indtagelsen samt absorptions-hastighed og plasmahalveringstid for det indtagne stof. Den mængde, det diende barn får, afhænger desuden af ammetidspunkt i forhold til medicinindtagelsestidspunkt.

Indholdet af et lægemiddel i mælken vil være højest de første 4-6 timer efter medicinindtagelsen, hvis der er tale om et frit diffusibelt lavvægtigt stof, og derfor vil det være hensigtsmæssigt at udsætte amning til mindst 4 timer efter medicinindtagelsen, hvis dette er muligt. Hvis der er tale om et langsomt absorberbart, evt. proteinbundet stof med lang halveringstid, vil det derimod være bedst at amme kort efter indtagelsen af medikamentet.

Også barnets evne til at metabolisere og udskille et medikament er af betydning for dets toksicitet, og disse egenskaber varierer meget hos nyfødte og især præmature børn og påvirkes af evt. sygelige tilstande hos barnet.

På grund af vor begrænsede viden i dag bør man så vidt muligt undgå medikamentel behandling af diegivende (21, 22).

Hvis moderen behandles med lægemidler angivet i nedenstående tabel, frarådes amning.

Lægemidler og stoffer som frarådes under laktation

Anabolske steroider

Bromider

Chloramphenicol

Clomipramin

Cytostatika
Diazepam (de første 4 uger)
Ergotamin
Fluorid
Iodider
Isocarboxazid
131I og andre radioaktive lægemidler og diagnostika
Litium
Metronidazol
Nalidixinsyre
Tetracyklin
Tinidazol
For yderligere oplysninger se (25)

7.9. Forurening og modermælk

Forurening af modermælk giver ikke anledning til at frygte helbredsmæssige konsekvenser for det diende barn, og danske kvinder kan trygt amme deres børn.

Mennesket er på forskellig måde udsat for forureningsstoffer fra det omgivende samfund. Dette betyder, at modermælk indeholder stoffer, som stammer fra den omgivende forurening.

Visse organiske forbindelser, overvejende klorholdige, bindes i fedtvæv og udskilles langsomt fra den menneskelige organisme. Disse stoffer vil også binde sig til det fedt, som findes i modermælken. Det drejer sig specielt om dioxiner, PCB (polychlorerede biphenyler) og klorerede pesticider (bekæmpelsesmidler).

Sundhedsstyrelsen har sammen med Levnedsmiddelstyrelsen og Miljøstyrelsen undersøgt indholdet af PCB og klorerede pesticider i modermælk i to undersøgelser i 1983 og 1986. Undersøgelsen i 1986 omfattede også dioxiner.

For samtlige stoffer gjalt både i 1983 og 1986, at de kunne genfindes i modermælk fra danske kvinder (23, 24).

Der er ikke videnskabelige undersøgelser, der sandsynliggør, at det har negative helbredsmæssige konsekvenser for spædbørn at få modermælk med den forurening, som blev fundet i danske kvinders mælk i 1983 og 1986.

Sundhedsstyrelsen har derfor vurderet – i overensstemmelse med internationale vurderinger – at kvinder trygt kan fortsætte med at amme.

Samtidig har Sundhedsstyrelsen peget på følgende hovedanbefalinger:

1. Amning bør fortsat fremmes, og Sundhedsstyrelsen vil i samarbejde med andre relevante instanser, som varetager sundheds- og ernæringsoplysende opgaver, yderligere arbejde for dette.
2. Arbejdet på nationalt og internationalt plan med at forhindre menneskers udsættelse for dioxiner, PCB og klorerede pesticider bør videreføres.
3. Undersøgelser af indholdet af dioxiner, PCB og klorerede pesticider i mennesker bør følges op med jævne mellemrum for at vurdere udviklingen af de forureningsbekæmpende foranstaltninger.
4. En fortsat international koordineret forskningsindsats er nødvendig, særlig med henblik på at få belyst de eventuelle sundhedsmæssige konsekvenser for mennesker.

Sundhedsstyrelsen har igen i 1993-94 indsamlet modermælksprøver; resultaterne vil foreligge i 1995.

8. Hvorfor vælger kvinder at amme

8.1. Hvad påvirker kvinders beslutning om at amme

Så godt som alle danske kvinder ønsker at amme eller giver i hvert fald udtryk for det. Som nævnt tidligere (side 15) er det ofte sociale og uddannelsesmæssige forhold, der i realiteten er bestemmende for udfaldet af amningen.

Vi ved således, at kvinder, som er fra højere sociale klasser, har lang skoleuddannelse, er erhvervsaktive eller er ældre-fødende, ammer signifikant hyppigere og har signifikant længerevarende ammeperiode.

De fleste kvinder i vores samfund, der har tænkt sig at amme, beslutter sig til dette før eller meget tidligt i graviditeten (1, 2). De, som vælger at flaskeernære, tenderer til at beslutte sig senere i graviditeten (1).

Udenlandske undersøgelser har vist, at man ved at give veldesignet, velskrevet og illustreret information om amning til kvinder, kan øge deres viden om emnet, men næppe påvirke deres valg af ernæringsmetode eller varigheden af ammeperioden (3). Det er mere tænkeligt, at deres valg bliver påvirket af socialt tilegnede holdninger og den støtte, de føler, de vil få fra familie og venner og ikke mindst fra barnets far. I Danmark vælger næsten alle kvinder at amme og undersøgelser har vist, at kvinders forhåndsviden om amning har en positiv virkning på varigheden af ammeperioden.

Undersøgelser i andre lande har vist, at overtalelseskampagner i massemedierne og på svangreambulatorier kun har ringe virkning på valg af ernæringsmetode (5-7). Endvidere fremgår det, at når først en kvinde har truffet sit valg, om hvordan hun vil ernære barnet, vil hun næppe skifte mening (3).

Ved jordemoderkonsultationerne kan jordemoderen sikre sig, at kvinden har så megen viden om amning, at hun er velforberedt til at amme sit barn.

Når man ved at »bryst er bedst«, kan det godt være svært at vejlede kvinder, som ikke har valgt, hvordan de vil ernære barnet, eller som har valgt at flaskeernære. Kvinden må ikke gives det indtryk, at det er ligegyldigt, om hun ammer, eller at flaskeernæring er ligeså godt som amning eller risikofrit; men hun må heller ikke føle sig presset. Især bør kvinder med stærk familiær disposition til allergi oplyses om, at amning muligvis kan forhindre sygdom hos deres børn.

Sundhedspersonalet skal være opmærksom på risikoen for, at vejledningen om amningens fordele kan få kvinden til at føle sig skyldig, hvis hun fravælger amning.

Det vil altid i sidste ende være kvinden, der træffer sit eget valg. Hendes valg vil bl.a. afhænge af den støtte, hun får fra den nærmeste familie.

Fødselsforberedelse

Én ammeundervisningstime, givet i løbet af de sidste to måneder af graviditeten, til kvinder som allerede har besluttet sig til at amme, havde signifikant positiv effekt, ikke blot på varigheden af amningen, men også på måden hvorpå kvinden opfattede sig selv og barnet efter fødslen (8). Denne undervisning blev givet af en engageret jordemoder og indeholdt oplysning om anatomi og laktationens fysiologi (se side 21-32), hvordan man ammer (se side 39-59), pleje af den ammende mor, mulige vanskeligheder tidligt i amningen og deres behandling (se side 97-107), amning og udearbejde, og mulige hjælpeforanstaltninger (hvordan man kunne skaffe hjælp både fra professionelle og frivillige organisationer).

8.2. Hvordan kan man støtte beslutningen om at amme

Flere faktorer kan påviseligt gøre ammeperioden længere, fx tidlig kontakt og tidlig amning.

Nærkontakt mellem mor og barn fra umiddelbart efter fødslen og de nærmeste dage derefter øger ammeperioden. Hvis barnet dier kort efter fødslen, fordobles ammeperioden fra knap 3 måneder til 6

måneder (9). Forstyrrelse af den tidlige interaktion mellem mor og barn kan derfor have langsigtede konsekvenser (9,10). Blot nogle sekunder varende intervention på dette tidspunkt – fx den sugning af barnets mavesæk, der foregår rutinemæssigt på nogle fødesteder – er nok til væsentligt at forstyrre barnets søgesutteadfærd.

Det er ikke usandsynligt – i lighed med hvad man har fundet dyreeksperimentelt – at påvirkninger af denne art ligesom en lang række »rituelle« sygehusrutiner kan påvirke den fortsatte interaktion og dermed bidrage til ammeforstyrrelser og -svigt (11, 12).

Fødegangs- og barselgangsrutiner, der tenderer til at skille mor og barn ad – selv om det sker på subtil vis og i bedste mening – bør derfor bringes til ophør (12).

Andre faktorer kan også støtte kvinder og forlænge ammeperioden. I en undersøgelse blev kvinderne delt i tre grupper. Den ene gruppe kvinder fik en kort, individuel mundtlig vejledning, mens de stadig var indlagte. Den anden fik udleveret et kort med navn og telefonnummer på en professionel ammerådgiver, og den tredje gruppe fik samme kort, plus en pjece, der indeholdt samme oplysninger, som var blevet givet mundtligt til den første gruppe.

Signifikant flere kvinder, som havde fået individuel mundtlig vejledning, ammede fortsat efter en måned, sammenlignet med de to andre grupper (13).

En anden undersøgelse påviste, at barnet og barnets far er de største kilder til opmuntring, mens moderens egen mor er den største kilde til modarbejdelse, hvis hun ikke selv har ammet (1).

Det kan være nyttigt for kvinden på forhånd at være klar over, hvordan omgivelserne påvirker hendes valg. Emnet bør tages op på fødselsforberedelseskurser og ved jordemoderkonsultationerne.

Disse undersøgelsesresultater kan endvidere udnyttes i praksis, hvis jordemoderen støtter kvinden i at være opmærksom på barnets tegn på parathed til den første amning. Når den første amning er overstået, kan jordemoderen give moderen og barnets far en kort mundtlig vejledning om den fortsatte amning.

Barnets adfærd og behov kan forklares de i reglen meget modtagelige forældre. Vigtigheden af at barnet er lagt rigtigt til, og begrebet »udbud og efterspørgsel« kan kort forklares (14). (For flere detaljer om den første vejledning, se side 60-62).

En anden faktor, der er påvist at være gavnlig, er langvarig, jævnlig kontakt med moderen efter fødslen (15). Denne undersøgelse ville belyse, hvorfor kvinder holdt op med at amme. En gruppe kvinder blev kontaktet telefonisk hver uge (for at blive interviewet) gennem hele ammeperioden, mens en kontrolgruppe blev interviewet retrospektivt. I gruppen, der blev ringet op, ammede flere kvinder fortsat ved seks måneder sammenlignet med kontrolgruppen. Hvis interviewererne opdagede, at den opringede kvinde havde et problem, var det muligt at yde øjeblikkelig og praktisk hjælp. Dette er noget, som frivillige ammeorganisationer (fx Ammerådgivningen) kunne udføre, hvis der kunne skabes kontakt med moderen i tiden lige efter fødslen.

Denne langvarige, jævnlige kontakt med mulighed for kompetent rådgivning kan også oplagt varetages af sundhedsplejerskerne.

9. Almene ammeråd

9.1. Almene råd

Amning er en normal fysiologisk proces, som følger naturligt efter fødslen. I mange lande er det fortsat den eneste måde, hvorpå en nyfødt kan sikres overlevelse og sund vækst.

Ammeproblemer opstår med få undtagelser (f.eks. brystopererede) kun, når den fysiologiske proces hæmmes, enten ved at omgive den med menneskeskabte regler og rutiner, eller hvis barnet ikke får mulighed for at tage brystet umiddelbart efter fødslen (se side 24-31).

I vestlige kulturer er amme problemer i takt med den stigende hospitalisering af fødslerne blevet tiltagende hyppige.

Mange barselgange havde – i hvert fald tidligere – rutiner, der virkede direkte hæmmende på amningen. Fx adskillelse af mor og barn, regler om kun at måtte amme hver fjerde time, kun i få minutter pr. bryst de første dage, stigende til højst ti minutter pr. bryst efter nogle dage, ammeskemaer hvor der kun er plads til otte-ti amninger i døgnet, så det antydedes, at dette var det normale eller forventede, kontrolvejning af børnene og ukritisk anvendelse af tilskud.

Vi ved nu, at alle disse faktorer virker negativt på amningen, og rutinerne er da også forladt på de fleste danske barselgange.

Alligevel har man tidligere i stedet for at stille spørgsmålstejn ved barselgangs rutinerne ment, at vestlige kvinder måtte have sartere hud end kvinder fra andre kulturer.

Denne misforståelse har dannet grundlag for mange af de råd om brystvorteforberedelse, som der gives både før og efter fødslen.

9.2. Forberedelse af brystvorterne

Forberedelse af brystvorterne er unødvendig.

Hverken brystvortehærdning under diverse former, påsmøring af cremer, eller udpresning af colostrum har nogen som helst påviselig effekt i forebyggelsen af amme problemer (1-4).

Man har heller ikke kunnet påvise forskel i hyppighed af brystvorte problemer hos førstegangs- og flergangsfødende (5-7). Der er heller intet holdepunkt for, at lyshudede/blonde/rødhårede kvinder hyppigere skulle få brystvorte problemer end andre (1, 8, 9).

De, der er nysgerrige efter at se, hvordan colostrum ser ud, kan selvfølgelig presse en smule ud uden nogen som helst skade. Udpresning af colostrum under graviditeten har ingen virkning på senere mæketilløb eller mælkeproduktion (10, 11).

Ingen form for »forberedelse« af brystvorterne kan sikre problemfri amning. I stedet må man oplyse om principperne i god ammeteknik, og at amningen – bortset fra den nævnte begynderømhed – bør være smertefri. Hvis der er smerter ved amning, er dette ikke uundgåeligt, men tegn på at ammeteknikken er forkert.

9.3. Pleje af brystet i ammeperioden

9.3.1. Renlighed

Almindelig personlig hygiejne er alt hvad der behøves.

Afvaskning af brystet før hver amning anbefales ikke længere. (Dog anbefales håndvask og afvaskning af brystet før udmalkning til nedfrysning).

Brug af sæbe, sprit eller chlorhexidin øger incidensen af ømme brystvorter (12), og kan ikke forebygge sår på brystvorterne (13, 14).

9.3.2. Cremer og salver

Der er ingen holdepunkter for at cremer, lotions, sprays, salver eller lignende har nogen som helst værdi i at forhindre ømme brystvorter. I stedet bør man, hver eneste gang barnet dier, være opmærksom på, om det er lagt rigtigt til.

Nogle cremer øger ligefrem hyppigheden af beskadigede brystvorter, mens andre blot ikke har påviselig virkning (8, 9, 12, 15, 16).

Brugen af visse tætsiddende ammeindlæg kan medvirke til opblødning af huden og dermed øge risikoen for revner og sår i brystvorterne.

9.3.3. Begrænsning af suttetid

Denne praksis, som man begyndte at anbefale i starten af 1900-tallet, var en følge af den fejlopfattelse at vorterne behøvede tilvænnning, for at amningen kunne blive smertefri. Ømme brystvorter påvirkes ikke af varigheden af måltidet, men begrænsning af suttetiden vil have en uheldig virkning på amningen som helhed (17, 18).

9.3.4. BH

En kvinde, der ammer, bør undgå BH, der strammer over brysterne.

10. Almindelige ammeproblemer – forebyggelse og behandling

10.1. Ømme brystvorter

Ømme brystvorter kan opstå både i forbindelse med at brystet skal vænne sig til amningen og brystvævet strækkes ud, og som følge af forkert sutteteknik.

En del kvinder oplever ømhed eller smerte i brystvorten i de første minutter, umiddelbart efter at barnet er lagt til, selvom barnet ligger rigtigt.

Denne »initiale« brystvorteømhed skyldes det kraftige sug, som især ivrige babyer udøver. Så snart nedløbsrefleksen virker, og mælken løber, bliver suget mindre, og smerten aftager.

Denne brystvorteømhed giver ikke sår og revner, og aftager i løbet af et par uger (1, 2).

Hvis barnet ikke er lagt rigtigt til, vil amningen være smertefuld. Når barnet ikke har rigtig fat på brystet, løber mælken ikke ordentligt til, og suget på brystvorten forbliver vedvarende kraftigt. Derved beskadiges vorten, og der opstår sår og revner. Situationen bliver ikke bedre af, at barnet prøver at holde på den smule vorte, det har fået fat i ved at øge suget.

10.1.1. Behandling af sår og revner

Målet på lang sigt i behandlingen af sårede og revnede brystvorter må være at opnå smertefri, vellykket amning.

Indtil videre har man sammenlignet følgende metoder: (I) at tage barnet fra brystet og malke ud, (II) fortsat amning og brug af suttebrik, og (III) korrigerende af barnets stilling ved brystet, så det ligger rigtigt og har ordentligt fat (3).

De er lige virksomme i at hele revner og sår.

Ved alle tre metoder opnår man altså, at brystvorterne ikke længere beskadiges.

At fjerne et barn fra brystet vil logisk nok hele beskadigede brystvorter, men kun på samme måde som det vil forhindre problemet i at opstå ved helt at undlade at amme. Det at tage barnet fra brystet vil øjeblikkeligt skabe problemet med at opretholde mælkeproduktionen (se næste afsnit).

Når man anvender suttebrik, opstår ligeledes problemer med opretholdelse af mælkeproduktion (se næste afsnit).

Det mest effektive er derfor at *sørge for, at barnet tager brystet rigtigt, og derefter fortsætte amningen uden begrænsninger.*

De fleste, som får barnet lagt rigtigt til, vil pludseligt opleve, at amningen ikke længere gør ondt, og vil sidenhen ikke undgå at mærke, hvis barnet får forkert fat og rette det.

Vorterne vil derefter heles spontant i løbet af et par døgn. I mellemtiden kan det hjælpe at malke lidt ud med hånden, så mælken løber før barnet lægges til, og at lægge barnet til det mindst ømme bryst først. Andre råd er at »bedøve« brystvorten med knust is før amning, at lade brystet lufttørre efter hver amning og undgå sæbevask og ammeindlæg. Hvis ammeindlæg bruges, er det bedst med lanolinholdige uld-ammeindlæg.

Ingen af de gængse anbefalede cremer, lotions eller lignende, som man kan smøre på, har påviselig effekt m.h.t. at hele sårede vorter (4).

At smøre colostrum eller mælk på brystvorten efter måltidet kan heller ikke nedsætte hyppigheden af ømme brystvorter (5), men gør ingen skade.

10.1.2. Problemer ved brug af malkemaskine

En malkemaskine/brystpumpe fremkalder undertryk omkring brystvorten, men stimulerer ikke areolas nerveender direkte (6). Derfor vil den prolaktinstigning, der normalt følger barnets sutning (og som er delvist ansvarlig for mælkedannelsen), være nedsat eller mangle helt, når der anvendes malkemaskine (7).

Malkemaskinen er ikke nær så effektiv til at tømme brystet som barnet, der bruger kæbe og tunge.

Mindre mælk vil kunne udtømmes fra brystet ved udmalkning sammenlignet med amning (8, 9).

Begge disse forhold vil derfor medføre, at mælkeproduktionen falder. Endvidere er brugen af malkemaskine ikke helt atraumatisk. I ovennævnte undersøgelse (3) var der hos 6 kvinder opstået nye revner i brystvorterne, heraf havde 4 brugt malkemaskine (se også side 120-121).

10.1.3. Suttebrikker

Nogle mødre kan have gavn af rationel brug af en tynd, latex suttebrik, især hvis deres brystvorter er blevet voldsomt beskadigede af forkert sutteteknik. Mælketransporten er dog forringet, og den tilgængelige mælkemængde er signifikant nedsat ved brug af suttebrik (10). Barnet skal derfor have tilbudt brystet i længere tid.

Brugen af suttebrikker i de første levedøgn kan medføre, at barnet senere afviser brystet, hvilket kan være særdeles vanskeligt at rette op igen. Længere tids brug kan også mindske moderens mælkemængde, da gummilaget forhindrer barnets tunge i at kunne malke effektivt. Dette gælder specielt de vanlige tykke gummi suttebrikker (10). Nogle barselafdelinger anvender en almindelig kort flaskesut. Her gælder det samme (silikone suttebrikker er endnu ikke undersøgt videnskabeligt).

10.1.4. Udmalkning med hånden

Følgende instruktion kan gives til kvinden:

1. Tag fat om brystvorten og det brune område med tommelfingeren ovenpå og pegefingern nedenunder.
2. Pres brystet indad og klem fingrene mod hinanden.
3. Tag fat et nyt sted og pres brystet indad og klem fingrene mod hinanden. Flyt fingrene rundt på forskellige punkter af cirklen, så alle mælkekamrene, der ligger herunder, tømmes.
4. Vent et øjeblik til kamrene fyldes igen og gentag så.

10.2. **Brystspænding – forebyggelse og behandling**

10.2.1. Fysiologisk brystspænding

Under graviditeten forbereder kroppen brysterne anatomisk og fysiologisk til laktationen (11). I løbet af graviditeten stimuleres væksten af kirtelvæv og udførselsgange i brystet, mens mælkeproduktionen hæmmes af østrogen og progesteron dannet i placenta. Efter fødslen falder disse hormonværdier hurtigt og kan derfor ikke længere hæmme prolaktins virkning. Dannelse og sekretion af mælk kan begynde.

Mælkedannelsen kræver omfattende kardiovaskulære ændringer hos moderen, og blodgennemstrømningen (bloodflow) i brysterne (samt i mavetarmkanal og lever) øges (12). Den brystspænding, som opstår i de første 2-4 døgn efter fødslen, skyldes derfor stase (venøs og lymfatisk) på grund af øget blodforsyning til brystet. Denne tidlige brystspænding skyldes ikke, at brysterne er overfulde af mælk (13). Derfor hjælper hverken udmalkning eller oxytocinbehandling.

10.2.2. Mælkebrystspænding = galactostase (eng. Milk – engorgement)

Både de vaskulære ændringer i brystet og mælkesekretionen skyldes, at prolaktin efter fødslen får lov til at virke uhæmmet. Der vil derfor være overlapning mellem fysiologisk brystspænding og mælkebrystspænding.

Mælken oplagres i alveolerne, som omgives af myoepiteliale celler (se side 21). Når barnet har rigtigt fat ved brystet, vil den oxytocin, der frigøres ved sutningen, medføre sammentrækning af disse celler. Herved presses mælken ud i mælkekamrene bag areola, hvorfra den kan udtømmes af barnet. Hvis mælken ikke udtømmes, efterhånden som den dannes, vil mælkemængden i brystet hurtigt overstige alveolernes kapacitet. Dette sker både, hvis barnets adgang til brystet begrænses, eller ved forkert sutteteknik, som medfører ineffektiv tømning af brystet.

Når alveolerne overfyldes medfører det, at de mælkeproducerende celler bliver flade, udspændte og endda brister (14), hvorved yderligere mælkeproduktion hæmmes.

I nogle tilfælde bliver trykket i alveolerne så stort, at mælken presses ud i de omliggende kapillærer og/eller i bindevævet. Dette medfører lokal inflammation (ikke infektion). Oftest er begge bryster store, ømme og spændte, og kvinden kan få influenzalignende symptomer med ømhed i hele kroppen, puls og temperaturstigning, evt. ledsaget af kulderystelser (15). Disse er de klassiske symptomer på ikke-infektøs brystbetændelse.

10.2.3. Forebyggelse

Mælkebrystspænding opstår, hvis barnets adgang til brystet begrænses, eller hvis sutteteknikken er forkert, så mælken ikke tømmes effektivt ud. Brystspænding opstår sjældent, når mødre ammer deres børn »efter behov« dag og nat (16-18) (se side 64-65). Den kan yderligere forebygges ved at sikre, at barnet har rigtigt fat ved hver amning, så nedløbsrefleksens stimuleres effektivt, og mælken effektivt kan tømmes ud.

Senere i ammeforløbet kan brystspænding opstå, hvis et ammemåltid springes over, når barnet pludseligt sover igennem, eller hvis mor og barn bliver adskilt.

10.2.4. Behandling

Får en ammende mor brystspænding, skal årsagen om muligt findes. Hvis årsagen er, at moderen forsøger at regulere varighed eller hyppighed af ammemåltiderne, skal hun rådes til at lade barnet bestemme, hvornår det vil die.

Hun tror måske fejlagtigt, at barnet skal sutte fra begge bryster ved hvert måltid (se side 63-64). Hendes ammeteknik bør undersøges, og om nødvendigt skal hun hjælpes til at opnå, at barnet får rigtigt fat. I de fleste tilfælde er det nok at tømme en smule mælk ud af brystet før måltidet, så det bliver blødt og lettere at få fat i. Nogle kvinder har lettest ved at gøre dette i et varmt bruse- eller karbad.

Kun hvis der er opstået mælkeknuder/tilstoppede mælkegange, kan det være nødvendigt at tømme brystet efter måltidet (med hånden eller brystpumpe), indtil der er frit afløb (19) (se nedenfor).

Nogle kvinder synes, at kolde omslag mellem ammemåltiderne virker lindrende.

10.3. **Brystbetændelse – forebyggelse og behandling**

Brystbetændelse er ikke synonymt med »brystinfektion«. Brystbetændelse kan være forårsaget af en bakteriel infektion, men er det sjældent (19-21). *Rutinemæssig antibiotika behandling er derfor ikke hensigtsmæssig.*

10.3.1. Mælkeknuder – Ikke-infektøs brystbetændelse

Tømmes mælken ikke ud af brystet i takt med, at den produceres, stiger trykket i alveolerne. Denne trykstigning kan være generaliseret som ved brystspænding, eller lokaliseret som følge af en eller anden specifik, ekstern eller intern obstruktion. En sådan obstruktion kan være forårsaget af en tilstoppet mælkegang, kvæstelse efter traume eller hårdhændet behandling af brystet, kompression fra fingre, der holder om brystet, en stram BH eller forkert ammeteknik.

Ikke-infektøs brystbetændelse udvikler sig hurtigt over ganske kort tid. Kvinden klager over influenzalignende symptomer med pludselig temperaturstigning, ømhed i hele kroppen og påvirket almentilstand. Ved

udspørgen og undersøgelse er der altid også lokaliseret ømhed (mælkeknode) eller generaliseret ømhed (brystspænding) i brystet.

En mælkeknode føles som et knudret, hårdt, ømt område i brystet. Hvis denne tilstand ikke behandles, vil overtrykket i alveolerne kunne klemme mælken ud i det omgivende væv (se side 101) og medføre inflammation (der ikke er infektiøs). Herved bliver huden over området rød og spændt.

10.3.2. Forebyggelse af ikke-infektiøs brystbetændelse

Denne tilstand er ofte en følge af brystspænding, lokaliseret eller generel, og skal forebygges på samme måde som denne (se side 101). Mælkekner kan forebygges ved at undgå tøj, der strammer omkring brystet, at håndtere brysterne blidt for at undgå traumatisering, ikke at gribe fast om brystet under amning og skifte amnestilling jævnlgt, således at alle områder i brystet tømmes. Ammende kvinder bør gøre det til en vane at føle efter ømme eller knudrede områder i brystet efter hvert ammemåltid og behandle sådanne med det samme.

Rigtig ammeteknik er væsentlig for at forebygge denne tilstand.

10.3.3. Behandling af mælkekner – ikke-infektiøs brystbetændelse

Det vigtigste overhovedet er at sørge for at skaffe afløb fra det tilstoppede område. Afløbet fra det tilstoppede område skal genetableres ved blidt at stryge hen over området med retning ned mod brystvorten, mens barnet sutter. Kvinden rådes til at gå i seng, amme hyppigt, især fra den afficerede side og blidt massere brystet som nævnt ovenfor. Hvis sutteteknikken er forkert, skal den rettes. Hvis der fortsat er knudrede områder efter amningen, skal hun forsøge at malke disse ud med hånden (for nogle er dette lettest under en varm bruser). Så snart der er skaffet afløb fra det tilstoppede område, falder temperaturen markant i løbet af få timer, ligesom almentilstanden hurtigt bliver bedre.

Ophør med amning er direkte kontraindiceret, da det vil øge risikoen for abscesdannelse.

Rutinemæssig antibiotikabehandling er unødvendig og uhensigtsmæssig.

10.3.4. Infektiøs brystbetændelse/mastitis

Brystinfektion kan opstå overfladisk på huden i forbindelse med sår og revner eller i kirtel- eller bindevævet i dybden af brystet. Med mindre denne behandles, kan der komme abscesdannelse.

10.3.5. Forebyggelse af infektiøs brystbetændelse/mastitis

Bakteriel infektion forudsætter, at mikroorganismene trænger gennem hudens beskyttende barriere og derefter formerer sig trods kroppens immunforsvar.

Den væsentligste forebyggelse består derfor i at holde huden hel/ubeskadiget. God almen sundhedstilstand, tilstrækkelige jerndepoter (som har betydning for en god antistofdannelse (15)) og god ernæring (22) er faktorer, der styrker kroppens immunforsvar. Undgå rygning, som måske påvirker immunforsvaret negativt (23).

Epitelet i brystet og vorten kan beskadiges af forkert ammeteknik og nogle gange ved brug af cremer, som kvinden er overfølsom overfor, og som derfor ødelægger huden (se side 94).

Hvis først huden er beskadiget med revner eller sår, så undgå den type ammeindlæg, der holder brystvorterne våde, fordi dette vil fremme bakterieformeringen.

Ubehandlet ikke-infektiøs brystbetændelse kan udvikle sig til infektiøs brystbetændelse/mastitis (19).

10.3.6. Behandling af infektiøs brystbetændelse/mastitis

I de senere årtier har det været almindelig praksis at behandle enhver inflammation i brystet systemisk med antibiotika. Dette skyldes nok dels, at man ikke vidste, at inflammationen ikke nødvendigvis var forårsaget af en infektion (20, 21), og dels at dyrkning af en mælkeprøve tog for lang tid til, at resultatet kunne bruges som basis for at påbegynde behandling.

En dansk undersøgelse (19) viser, at en effektiv differentialdiagnose kan stilles ved mikroskopi med tælling af leukocyt- og bakterietal i en prøve brystmælk.

Undersøgelsen viste, at kvinder, der udviste tegn på mastitis, men hvor mælken indeholdt færre end 10^6 leukocytter pr. ml og færre end 10^3 bakterier pr. ml, ikke behøvede anden behandling end fortsat amning.

De kvinder, hvor mælkeprøven viste færre end 10^6 leukocytter, men flere end 10^3 bakterier, fortsatte ligeledes amningen, men havde gavn af at malke ud efter måltiderne.

Kun de kvinder, hvor mælkeprøven viste flere end 10^6 leukocytter og flere end 10^3 bakterier, fik diagnosen infektøs mastitis og fik antibiotika som supplement til fortsat amning og udmalkning efter måltiderne.

Er denne metode til hurtig differentialdiagnose til rådighed, kan ovennævnte undersøgelsesresultater være vejledende for valg af behandling.

Er denne metode ikke til disposition, er det rimeligt at vente med antibiotikaterapi i det mindste i 6-8 timer, mens man forsøger de behandlingsmetoder, der er nævnt under afsnittet om ikke-infektøs brystbetændelse *under forudsætning af, at moderen kan følges tæt*. Hvis tilstanden ikke bedres inden for dette tidsrum, bør man påbegynde behandling med bredspektret antibiotikum (som fx flucloxacillin).

De fleste antibiotika, som moderen indtager, optræder ikke i ammemælken i en mængde, der påvirker barnet (24), selvom bivirkninger er beskrevet, især udslæt, diarre og svampeinfektion (25). (Disse stoffer kan give lignende bivirkninger hos moderen).

Amningen bør fortsætte uden begrænsning.

Såfremt det ikke er muligt at tilbyde tæt overvågning og støtte til en mor med infektøs brystbetændelse, vil profylaktisk antibiotikabehandling være indiceret med det samme.

Der er ingen rimelighed i at råde en ammende kvinde med mastitis til at ophøre med at amme. Tværtimod vil pludselig afvænnning øge sandsynligheden for, at kvinden udvikler en brystabsces (21) (se også side 111).

10.4. »For lidt mælk«

Den hyppigste årsag der gives til ammeophør er »for lidt mælk«.

Da hovedparten af alle kvinder teoretisk set vil være i stand til at amme, har »for lidt mælk« ofte at gøre med fejlagtig ammeteknik, forkert vejledning og manglende støtte fra omgivelserne, hvilket kan medføre at kvinden mister selvtilliden.

»For lidt mælk« forebygges ved at lægge barnet rigtigt til hver gang, lade det sutte, så længe og så ofte det vil, og give kvinden fornuftig vejledning og megen støtte.

Den hyppigste årsag til »for lidt mælk« er, at barnet ikke har rigtigt fat og derfor ikke stimulerer brystet nok, hvilket igen betyder, at prolaktinværdierne bliver for lave, og mælkedannelsen ikke stimuleres. Barnet får for lidt mælk, idet det kun får fat i den mælk, der står i mælkekanalerne, men ikke får nedløbsrefleks til at virke. Når brystet ikke tømmes ordentligt, medfører dette i sig selv laktationshæmning.

Hvis barnet ikke får lov til at sutte ubegrænset, ikke får lov til at die om natten eller får tilskud, så dets interesse for at die hos moderen bliver mindre, vil det medføre nedsat stimulation af brystet og laktationshæmning.

Løsningen på problemet er derfor at øge antallet og varigheden af ammemaåltiderne, tilbyde begge bryster hver gang og undgå tilskud.

At give tilskud vil blot øge problemet (se side 72-75).

Det kan være mest hensigtsmæssigt, at kvinden går i seng og tager barnet med sig og lader andre tage sig af det praktiske og eventuelle andre børn.

I reglen er mælkeproduktionen oparbejdet i løbet af et par døgn på ovenstående regime.

Nogle kvinder tror fejlagtigt, at der ikke er mere mælk i brysterne, når disse bliver mindre og blødere og ikke er så struttende som på barselgangen. Dette skyldes, at den fysiologiske brystspænding er aftaget, hvilket plejer at ske efter en uges tid, i reglen på den tid kvinden kommer hjem fra barselafdelingen. Hvis hun ikke er klar over, at dette er helt normalt, kan hun tro, at der ikke er mere mælk.

Nogle kvinder får det forkerte råd at give barnet tilskud efter hver amning eller springe et brystmåltid over og erstatte det med tilskud, »for at brystet skal fyldes«. Ved at gøre dette starter man på en ond cirkel, der til sidst medfører ammeophør pga. for lidt stimulation af brystet. I stedet bør man lægge barnet til hyppigere og lade det sutte, så længe det har lyst.

Mange kvinder oplever at have rigelig mælk om morgenen og først på dagen, og aftagende mælk hen på eftermiddagen og først på aftenen, ofte sammenfaldende med den øvrige families »ulvetimer« og eventuelt også barnets urolige timer. Dette fænomen er helt normalt, og der er ikke nogen nem løsning på problemet. Prøv at sørge for mere hjælp til det praktiske, hvil nogle timer i løbet af dagen, gerne om eftermiddagen og lad ammebarnet ligge ved brystet uafbrudt, hvis det er det, barnet vil.

Anvendelse af P-piller af kombinationstype (indeholdende både østrogen og gestagen) virker laktationshæmmende, og må derfor frarådes til ammende kvinder (se dog side 110).

Rygning virker laktationshæmmende, og man må fraråde, at ammende kvinder ryger, ligesom deres alkoholforbrug bør være beskedent, da alkohol udskilles i modermælken. (se også side 83-84).

10.5. For meget mælk

Nogle kvinder har mere mælk, end barnet behøver.

Mælkeproduktionen indstiller sig imidlertid gradvist efter barnets behov. Hvis barnet ikke tømmer brysterne helt, vil mælkeproduktionen falde, med mindre kvinden tømmer brysterne ved at malke ud, efter at barnet har spist.

Hvis kvinden kun ønsker den mælkemængde, barnet har brug for, skal hun derfor undlade at udmalke, eller kun udmalke den lille smule, som er nødvendig for at fjerne et evt. ubehageligt tryk i brysterne.

Hvis kvinden derimod ønsker overskudsmælken for at fryse den ned eller for at sælge den til en mælkecentral (Mælkekøkkenet på Hvidovre Hospital tlf. 36322140 eller Ammemælkscentralen på Århus Kommunehospital tlf. 89494949), kan hun opretholde mælkeproduktionen ved at tømme brysterne hver gang.

10.6. Opbevaring og opvarmning af modermælk

Ved udmalkning af mælk, som skal gemmes, er god hygiejne vigtig. Nedenstående procedure skal følges, hvis mælken skal sælges:

Inden udmalkningen afvaskes brystet i rent vand.

Den første spiseskefuld mælk kasseres (den mælk der sidder yderst i mælkegangene er altid ret bakterieholdig).

Mælken udmalkes i rengjorte, desinficerede beholdere, som herefter straks afkøles under rindende koldt vand.

Mælken kan holde sig i køleskab i 72 timer ved +5 grader.

Når mælken skal bruges, skal den blot opvarmes til spisetemperatur og ikke koges.

Mælken kan fryses i dybfryseren (ved mindst -18 grader). Mælken skal nedfryses straks efter udmalkningen. Den kan holde sig i fryseren i 3 måneder.

Mælken kan tages ud af fryseren aftenen før den skal bruges og sættes i køleskabet til langsom optøning.

Den optøede mælk skal anvendes indenfor 24 timer.

Hurtig optøning af mælken kan ske i varmt vand eller i mikrobølgeovn.

Tidligere advarede man mod opvarmning af modermælk i mikrobølgeovn, da der var usikkerhed om opvarmningsmetodens virkning på mælkens indhold af antistoffer.

En ny undersøgelse fra Levnedsmiddelstyrelsen (26) viser imidlertid, at indholdet af antistoffer ikke er afhængigt af opvarmningsmetoden men kun af temperaturen.

Da opvarmning af modermælk i mikrobølgeovn sker hurtigt, er det nødvendigt at være ekstra opmærksom på temperaturen. Der kan være stor forskel på mælkens temperatur i bunden og i toppen af en sutteflaske. Hvis mælkens temperatur kommer over 60 grader ødelægges immunglobulinerne. Modermælken skal sædvanligvis kun opvarmes til spisetemperatur (36-37 grader). En ovnindstilling på 100% effekt i 50-60 sekunder vil oftest være passende, men det kan være lidt forskelligt for forskellige ovne, hvorfor det vigtigste er at kende sin egen ovn.

Sutteflasken (eller den beholder mælken opvarmes i) skal altid rystes og mælkens temperatur skal checkes ved et dryp på armen inden den bruges.

11. Andre ammeproblemer og -forhold

AIDS og amning

I Danmark og andre I-lande overfører ca 13% af HIV-inficerede mødre smitten til deres foster under graviditeten. Er barnet ikke smittet in utero, kan det ske under selve fødslen. Der er ingen holdepunkter for, at en bestemt fødselsmåde er at foretrække for at mindske smitterisikoen.

Det er også vist, at HIV kan overføres fra mor til barn under amningen, og at risikoen øges med ammevarigheden (3).

Selvom risikoen må anses for lille, anbefales det i Danmark, at HIV-positive mødre undlader at amme deres børn. Baggrunden herfor er, at der trods alt findes gode erstatninger for modermælk i I-landene.

Andre infektioner

Hepatitis B, syfilis og tuberculose kan også smitte ved amning. Sygdommene er meget sjældne hos danske nyblevne mødre. Børnene kan godt ammes. Hvis moderen er HBsAg positiv, skal barnet have immunglobulin. Ved de andre sygdomme skal moderen være i behandling.

Allergi og amning

Til børn i højrisikogruppe for at udvikle allergi anbefales i Danmark følgende:

- at barnet udelukkende ammes mindst de første 4 måneder, da modermælk er den sikreste ernæring til allergibørn,
- at ethvert tilskud af komælksbaseret modermælksersatning undgås, både de første levedøgn før mælken er faldet til, og desuden de første fire levemåneder,
- at fast føde undgås i de første 4-6 måneder,

Gravide og ammende kvinder behøver sædvanligvis ikke at holde diæt for barnets skyld. Hvis det ammede barn får symptomer på komælksallergi, bør moderen dog undgå mælkeprodukter i sin kost.

Hvis amningen ikke kan gennemføres, tilrådes et hypoallergent produkt (profylac, nutramigen) i de første fire levemåneder (4).

Antikonception og amning

Amning som antikonception anvendes på verdensplan hyppigere end alle andre metoder tilsammen. Laktationel amenorrhoea kan være en god metode til antikonception for mange kvinder, såfremt der ikke ønskes eller behøves en høj grad af sikkerhed mod graviditet (15).

Såfremt barnet udelukkende ammes, og moderen endnu ikke menstruerer, yder amning ca. 98% beskyttelse mod graviditet, hvis barnet ammes ofte dvs. *mindst* 5 gange i døgnet både nat og dag, og det ikke får sutteflaske, udmalket mælk eller narresut. Selv korte ophold i amningen på grund af sygdom hos mor eller barn kan betyde, at ovulationshæmningen bortfalder.

I Danmark anbefales antikonception til kvinder, som ikke ønsker ny graviditet, fra det tidspunkt hvor samlivet genoptages.

Som antikonception kan anvendes kondom, pessar, spiral eller minipiller/P-piller.

Kombinations P-piller med mere end 20 mikrogram ethinylestradiol bør ikke ordineres til ammende kvinder, da en lille del af hormonerne går over i brystmælken og påvirker barnet, som kan få gynækomasti, vaginalblødning og forlænget icterus neonatorum. Endvidere nedsættes mælkemængden ved brug af disse P-piller.

P-piller med kun 20 mikrogram ethinylestradiol (lavdosisøstrogen P-piller) virker ikke laktationshæmmende, og der er aldrig set gynækomasti eller vaginalblødning hos børnene som følge af disse P-piller, idet hormonmængden, der går over i mælken, er meget lille.

Minipiller kan anvendes, fordi kun meget små mængder syntetisk gestagen går over i mælken.

Antikoagulationsbehandling

Heparin og warfarin kan gives til ammende kvinder (6). Øvrige præparater kun som specialistbehandling.

Blod i mælk/colostrum

Denne tilstand optræder sjældent og er tilsyneladende harmløs.

Årsagen er uklar, og normalt ophører blodtilblandingen, når amningen er etableret. Amningen kan fortsætte, men hvis tilstanden vedvarer, eller moderen er nervøs, bør hun henvises til nærmere undersøgelse.

Blodige opkastninger

Hvis en nyfødt har blodige opkastninger eller blodige afføringer (melæna spuria), stammer blodet ofte fra en revne i brystvorten. Amning bør fortsætte, og årsagen til beskadigelsen bør rettes (se side 97-98). Hvis diagnosen er usikker, bør man undersøge, om blodet indeholder voksent eller føtalt hæmoglobin.

Brystabsces

Abscesdannelse sker, hvis mikroorganismer får adgang gennem en læsion i hudens beskyttende barriere, og formerer sig trods kroppens immunsystem. Abscesser kan opstå overfladisk, ofte tæt ved areola eller dybt inde i brystsubstansen. Disse dybe abscesser skyldes ofte ubehandlet ikke-infektøs brystbetændelse, som har læderet vævet og gjort det modtageligt for infektion. Hvis først der er dannet en brystabsces, er det nødvendigt at incidere og drænere den. Med mindre incisionens placering gør det umuligt, bør amning fortsætte, da denne fremskynder helingen (7). Alternativt kan abscessen aspireres, hvilket kan gøres ambulant, så indlæggelse kan undgås (9). Amning bør fortsætte uforstyrret på den raske side, og barmet lægges til den syge side så snart som muligt.

Brystkirurgi

Kvinder, som har fået foretaget unilateral mastektomi (fjernet det ene bryst), kan amme uden besvær, forudsat det andet bryst fungerer normalt. Kvinder, som har fået foretaget reduktions-mammoplastik (opereret brysterne mindre) eller fået implanteret silikoneproteser (gjort brysterne større), kan godt være i stand til at amme, hvis nerverne til brystvorten og mælkegangene er bevaret intakte. Såfremt brystvorten er blevet flyttet, er det mindre sandsynligt, at amning vil kunne gennemføres. Det bør dog altid komme an på en prøve.

Brystvorteeksem

Mange kvinder med atopisk eksem har brystvorteeksem, også under graviditet og amning. Man vil anbefale brug af steroidcremer i så lav en styrke som muligt og tilråde afvaskning af brystet forud for amningen.

Kvinder kan udvikle udslæt på brystet eller brystvorterne ved brug af lanolincreme, andre salver, cremer m.m. eller fra vaskepulverrester i tøjet. Brug af cremer m.m. bør ophøre. Ammeindlæg af den type, der bevirker, at vorterne er fugtige hele tiden, bør undgås. Uld-ammeindlæg er gode, hvis kvinden ikke er overfølsom for lanolin. Hvis det er sandsynligt, at hudirritationen skyldes BH'en, kan man forsøge at bruge bomulds-BH og vaske tøjet i allergitestet vaskepulver eller sæbspåner.

Diabetes mellitus (sukkersyge)

Denne kontraindicerer ikke amning. Hvis kvinden har insulinkrævende diabetes mellitus, skal hendes insulinregime justeres efter fødslen. Såfremt kvinden ammer, vil hendes insulinbehov ofte være mindre (9, 10).

Down's syndrom (mongolisme)

Disse børn behøver ekstra hjælp i begyndelsen. Det kræver megen tid og tålmodighed at sikre sig, at de har rigtigt fat om brystvorten ved hvert eneste måltid. Det kan være nødvendigt for moderen at malke ud, mens denne indlæringsproces foregår. Fordelene ved amning er af særlig stor betydning for disse børn.

Epilepsi

Medikamenter, som anses som ufarlige for fosteret under graviditeten, vil heller ikke indebære risiko for barnet i ammeperioden, da stofferne passerer placentabarrieren i højere koncentrationer, end de udskilles i mælken. Hvis moderen har tendens til krampeanfald, bør hun amme på en sådan måde, at barnet har mindst mulig risiko for at komme til skade. (Det ammede barn er afgjort ikke i større fare end det flaskeernærede i sådanne tilfælde. Da kvinden kan amme liggende, kan det endda være sikrere for barnet).

Ganespalte

Med mindre ganespalten er meget lille, vil denne tilstand volde store problemer. Barnet kan ikke skabe et segl mellem sin mund og brystvorten, og kan derfor ikke danne en »sut« af brystvorten og areola, hvilket er forudsætningen for effektiv udtømmelse af mælken.

Det ser ud til, at sutrefleksens mest effektivt stimuleres ved brystvortens berøring mod barnets gane (11,12), hvorfor denne stimulus er svært nedsat hos disse børn.

Mødre som gerne vil give deres egen mælk til deres nyfødte, må oftest malke ud og give barnet mælken med ske eller med en blød plastflaske med en blød sut (ballonsut), hvor hullet sidder på siden.

Amning kan forsøges og sågar lykkes, hvis moderen har et stort smidigt bryst og en kraftig uddrivningsrefleks. Det vil da være en fordel med den amnestilling, hvor barnet sidder lodret op ad moderen.

Amning af ganespaltebørn frarådes dog af sundhedsplejerskekonsulenterne i læbe-ganespalte plejen, da det oftest er en falsk forhåbning at give mødrene, eftersom børnene erfaringsmæssigt altid taber sig, da de ikke får mælk nok, fordi de ikke kan danne tilstrækkeligt undertryk, når de dier.

Herpes simplex infektion

Hvis en mor har en herpeslæsion på sit bryst, må denne anses for smittefarlig i de første fem døgn (14). I denne periode kan barnet risikere infektion, hvis det dier direkte fra brystet. Moderen kan anvende en suttebrik, for at barnet ikke skal komme i direkte kontakt med brystet, eller moderen kan malke ud (for at vedligeholde laktationen), og den udmalkede mælk kan gives til barnet med ske eller flaske efter nogle timers henstand. (Da moderen vil have haft infektionen forud for læsionens opståen, vil hendes mælk indeholde antistoffer mod virus. Disse vil forblive i mælken efter udmalkningen, og yde nogen grad af beskyttelse af barnet. Ved at lade nogle timer gå efter udmalkningen, før barnet får mælken, vil indholdet af virus i mælken være lavere pga. mælkens anti-virale egenskaber (15)).

Hvis herpeslæsionen ikke er på brystet, og barnet ikke formodes at komme i direkte kontakt med den, kan amning fortsætte, men moderen bør udvise speciel omhu med sin hygiejne, herunder håndvask, før hun ammer – og i det hele taget pusler barnet (16).

Hvide brystvorter

Dette fænomen optræder hos enkelte kvinder: Ved amning eller endda blot berøring af brystvorterne blegner disse, oftest ledsaget af smerte. Tilstanden kan have forbindelse med andre kredsløbsproblemer. Barnets stilling ved brystet bør kontrolleres, da forkert ammeteknik kan udløse tilstanden. Man kan forsøge at amme i varmere rumtemperatur.

Indadvendte brystvorter

De allerfleste kvinder med flade eller indadvendte brystvorter vil kunne amme vellykket uden behandling (17).

Hverken brug af brystskaller eller andre teknikker under graviditeten er virksomme (se side 93-94). Brystvortefacon (eller mangel på samme) betyder mindre end elasticiteten af det omgivende væv, da det er denne som afgør barnets mulighed for at tildanne en effektiv »sut« af brystet (11).

Man bør ikke udtale sig negativt om muligheden for vellykket amning på grundlag af brystvorternes udseende i løbet af graviditeten. Store ændringer i form sker ofte omkring fødslen (se side 25). Hvis man i første omgang ikke kan få barnet til at tage rigtigt fat, kan laktationen initieres og vedligeholdes ved hjælp af en malkemaskine. Det kan være lettere for barnet, når mælken er faldet til, og brysterne er blevet blødere.

Kompetent hjælp til at lægge barnet til ved brystet de første dage er særlig vigtig i disse tilfælde.

Læbespalte

Børn med en isoleret læbespalte kan i reglen ammes uden besvær. Efter korrigerende plastikkirurgi kan barnet ammes allerede 3-4 timer efter operationen.

Svampeinfektion på brystvorterne (trøske)

Denne kan opstå efter en lang periode med problemfri amning. Brystvorten og areola kan være inflammerede og ømme under og mellem måltiderne. Smerten kan også stråle op gennem hele brystet især efter amning. Barnet kan have trøske i munden eller halen. Mor og barn bør begge behandles ihærdigt og vedvarende med et antimykotikum. Når først kvinden er i behandling, vil hun ofte acceptere ubehaget forbundet med amningen, indtil infektionen er helbredt.

Det kan imidlertid ikke altid ses, at brystvorterne er angrebet af trøske, men de skal alligevel behandles ligesom barnets mund, hvis barnet får symptomer på denne lidelse. Husk også at desinficere eventuelle narresutter.

Amning under graviditet og amning af større søskende

Nogle kvinder fortsætter med at amme i løbet af følgende graviditet, og ammer både den nyfødte og dennes storebror/søster efter fødslen. Der er intet, der tyder på, at dette skulle være skadeligt for hverken mor eller børn. Det er dog vigtigt, at spædbarnets behov dækkes først. Spædbarnet skal være helt færdigt ved ét bryst, før det er det store barns tur, fordi der ved et brystmåltid først kommer rigelig tynd mælk og derefter en mindre mængde fed mælk, og spædbarnet skal have begge slags mælk.

Hvis kvinden ønsker også at amme det store barn, kan børnene evt. have hver deres bryst. (I praksis holder mange børn op med at die i løbet af moderens graviditet, måske pga. mindre mælkemængde eller anderledes smag). Det er almindeligt, at kvinder, som ammer under graviditeten, får ømme brystvorter (trods rigtig ammeteknik).

Ved amning af børn efter deres tandfrembrud skal man være opmærksom på, at modermælk er sød og dermed cariogen. Hyggeamning om natten kan derfor være skadelig for barnets tænder.

12. Amning under specielle forhold

En af sundhedspersonalets og ammevejlederens væsentligste opgaver er at sikre, at kvinder, der ønsker at amme, kommer til at gøre dette vellykket. Under omstændigheder hvor kvinden er særligt belastet, eller hvis der forekommer andre specielle forhold, vil moderen have behov for hjælp.

På intensiv neonatalafdeling, prioriteres det højt, at barnet gør hurtige fremskridt og hurtigt kan udskrives.

Dette kan komme i konflikt med etableringen af amningen, hvis afdelingen foretrækker sondemadning og/eller præterm modermælkserstatning frem for at investere ressourcer i, at moderen får den fornødne støtte til at amme. I dag ved man imidlertid, at børn, som tidligt har nær kontakt med deres mor eller far, tager bedre på i vægt og kommer før hjem.

Hvis barnet på grund af præmaturitet har behov for en mælk med større indhold af protein, kulhydrat, mineraler og vitaminer end modermælken, kan dette tilsættes moderens udmalkede mælk som et tilskud, og barnet kan få mælken via sonde, af kop eller flaske.

Barnet får på denne måde både den beskyttelse mod infektioner, som moderens mælk giver, og en ernæring, som er specielt velegnet til det præmature barns store væksthastighed og særlige behov.

Sundhedspersonalet bør gøre alt, hvad det kan, for at værne om og støtte amningen under disse omstændigheder.

12.1. Præmature børn

For mødre, der med held har oparbejdet mælkeproduktionen ved udmalkning med hånd eller med malkemaskine, kan overgangen fra sondemadning til amning være meget svær.

Det præmature sondemadede barn har ikke de sutte- og synkeerfaringer, det ville have fået intrauterint. Hvis barnet har fået sin mors mælk ved hjælp af en flaske, vil det have behov for hjælp til at vænne sig til en ændret sutteteknik, og dets mor har specielt brug for støtte på dette tidspunkt.

Spædbørn er naturligt udstyret med evnen til at die ved brystet. Det er påvist, at præterme spædbørn, som sutter på sut, mens de sondeernæres, ilter blodet bedre (1).

Nylige undersøgelser har også vist, at præterme børn, der fik lov til at ligge med sut, tog hurtigere på i vægt, end dem der ikke fik sut (2).

Barnet kan også sutte på moderens bryst eller en kno, for at undgå suttetforvirring.

Både mor og barn kan have gavn af, at barnet lægges til brystet flere gange dagligt, selvom udbyttet i starten kun er nogle få ml mælk. Spædbørn er neurologisk og udviklingsmæssigt klar til at sutte og synke ved 32. gestationsuge, og denne modningsproces kan måske fremskyndes, hvis barnet får oplevelsen af at die. De bør ikke hindres i at die ud fra ideen om, at det skulle være »for trættende«.

Den nære kontakts betydning for amning ses tydeligt, når man sammenligner børn, der kun har ligget i kuvøse, med dem, der også har ligget hud mod hud mellem moderens bryster («kængurubørn»).

På Hålsingborg sygehus, som er kendt for sit vellykkede miljøarbejde for nybagte forældre, viser en undersøgelse, at kun 43% af de børn, som udelukkende har ligget i kuvøse, bliver ammet, mens tallet var 77% for »kængurubørnene« (3).

Spædbørn helt ned til 1300-1400 gram kan ammes uden særligt besvær (4). Det afgørende for, at så mange for tidligt fødte børn som muligt kan blive ammet i det lange løb, er imidlertid individualiseret, omhyggelig vurdering, rådgivning og ikke mindst støtte til moderen. Der må findes plads på børneafdelingen, hvor behandling/overvågning kan fortsætte, mens mor og barn har ro og tid til at begynde amning.

Oversigter omhandlende problemerne ved ernæring af lavvægtige spædbørn kan rekvireres gratis fra World Health Organisation (5).

Sundhedsstyrelsen udsendte november 1994 rapporten »Ernæring til børn med meget lav fødselsvægt« til landets børneafdelinger og til diætister beskæftiget med børneernæring (16).

12.1.1. HIV og donormælk

Donor ammemælk bruges i mange vigtige situationer fra de første måltider (early feeding) af meget små præmature børn (24-28 uger), som ser ud til at tåle brystmælk bedre end nogen anden form for mælk (6), til de sjældne tilfælde, hvor et ammet barn midlertidigt ikke kan ammes.

Ammemælk fra mælkecentralerne skal gennemgå varmebehandling ved mindst 60° C i 30 minutter. Dette svarer til lavpasteurisering og eventuel tilstedeværende HIV vil blive inaktiveret (7).

Kvinder, der donerer ammemælk, skal undersøges for HIV-antistoffer (8).

12.2. Kejsersnit

En kvinde, der har født ved kejsersnit, kan amme præcis, som hvis hun havde født vaginalt. Det er ligeså vigtigt her, at barnet hurtigt bliver lagt til brystet, som det er efter en vaginal fødsel. Moderen vil sandsynligvis have behov for mere hjælp til at finde en behagelig ammestilling og med at få lagt barnet til i de første dage, end hvis hun havde født vaginalt (9). (Se også nedenfor). En dansk undersøgelse har vist, at børn der fødes ved kejsersnit ammes lige så længe som andre børn.

12.3. Anæstesi og amning

Så vidt muligt bør elektiv kirurgi udsættes til efter ammeperiodens ophør. Såfremt kirurgi skulle blive nødvendig, mens en kvinde fortsat ammer, vil regional analgesi (lokalinfiltration, epidural, spinal m.m.) være at foretrække. Hvis universel anæstesi ikke kan undgås, bør der ved præparatvalg tages hensyn til, at kvinden ammer.

Ved langvarige indgreb kan det være en fordel, at kvinden forinden har malket ud således, at der er mælk til barnet. Så snart kvinden er vågen efter anæstesien, kan barnet lægges til. Med hensyn til postoperativ smertelindring kan morfin, petidin, salicylat og paracetamol uden risiko anvendes i terapeutiske doser (10).

12.4. Tvillinger

Naturen er gavmild, og derfor vil de fleste kvinder have mælk nok til at mætte to børn (se side 36). Forudsat at begge børn dier pænt, vil der vedblivende være nok til to. Moderen bør de første dage amme hvert barn for sig, for hurtigt at få løst de mest almindelige begynderproblemer. Børnene kan hver have deres » eget « bryst, eller de kan bytte plads ved hvert måltid. Nogle kvinder vil foretrække at fortsætte med at amme børnene et ad gangen, nogle vil foretrække at amme dem samtidigt, og andre vil indrette sig efter børnenes egne rytmer (11, 12). (Se også appendiks 2).

12.5. Trillinger

Der er beskrevet mange tilfælde med vellykket amning af trillinger, men det kræver en meget motiveret mor og megen ekstra hjælp og støtte (11, 12).

12.6. Etablering af laktation med elektrisk malkemaskine eller udmalkning med hånd

En malkemaskine og barnets sutteteknik ved brystet har meget lidt til fælles. Man ved, at der frigøres mindre prolaktin, når der anvendes malkemaskine, end når barnet sutter direkte på brystet (13). På trods af dette lykkes det for mange kvinder at etablere laktation ved brug af malkemaskine eller ved udmalkning med hånd. Men hvis barnet ikke kan begynde at die i løbet af anden til tredje leveuge, vil mælkemængden

begynde at svinde, måske på grund af faldende prolaktinniveau (13). Moderen skal opfordres til at udmalke den mælkemængde, som barnet har behov for. Ligesom med amning bør der ikke fastsættes tidsbegrænsninger på, hvor længe hun malke ud hver gang, og moderen kan opfordres til at fortsætte så længe, som et rimeligt volumen opnås. I modsætning til ved amning kan det dog være gavnligt at skifte fra side til side med jævne mellemrum under udmalkningen.

Om muligt bør man opfordre til lejlighedsvis amning, da dette vil virke fremmende på mælkemængden. Moderen skal oplyses om, at malkemaskinen er langt mindre effektiv til at tømme brystet end barnet, og at hun er i stand til at producere mere mælk ved amning end ved udmalkning. (Dette deficit kan reduceres ved brug af oxytocin næsespray til mødre, som er tvunget til at bruge malkemaskine i længere tid (se også side 98).

I mange tilfælde vil håndudmalkning være mere praktisk eller acceptabel, og det ser ud til, at denne teknik medfører højere prolaktinniveauer og dermed større mælkeproduktion (13).

Der findes også flere modeller i håndpumper, som er udmærkede, når først laktationen er etableret, men da de er mere anstrengende at bruge og mindre effektive end håndudmalkning eller maskinudmalkning, vil initiering af laktation med håndpumpe være vanskeligere end ved de andre to metoder.

Man bør være opmærksom på, at malkemaskiner udgør en potentiel smittekilde (15). Slanger, connections (samlinger) og flasker bør være sterile og skiftes hver gang, maskinen har været brugt, og mødre bør instrueres i brugen af maskinen. Speciel omhu bør udvises for at sikre, at der ikke trænger mælk ind i maskinen, og opsamlingsflaskerne skal have tydelig markering af det maksimale tilladelige volumen. Der bør føres bog over, hvilke mødre der anvender malkemaskinen, som med regelmæssige mellemrum bør undersøges bakteriologisk.

12.7. Børn indlagt på andre afdelinger

Under særlige omstændigheder bliver mor og barn adskilt, hvis barnet indlægges på specialafdeling (fx neonatalafdeling, neonatalkirurgisk afdeling, pædiatrisk afdeling). Personalet bør i disse tilfælde overveje, hvordan den ammende mor bedst kan støttes.

12.8. Relaktation eller induceret laktation

Herved forstås at mælken har været helt væk, men at kvinden gerne vil optage eller genoptage amningen. Dette kan lade sig gøre, men kræver ihærdig indsats af moderen og megen støtte fra omgivelserne. Det er lettest for dem, der har været gravide og ammet tidligere (relaktation), men selv kvinder, der aldrig har været gravide og ønsker at amme et adopteret barn, kan oparbejde mælkeproduktionen (induceret laktation). Jo længere tid der er gået, siden kvinden sidst ammede, des længere tid vil det vare, før mælkemængden bliver maksimal.

Et »hjælpebryst« er et system, hvor barnet via en plastikslange fastgjort på moderens brystvorte får donormælk eller modermælkserstatning fra en pose. Da barnet skal sutte på brystet for at få fat i mælken, stimuleres laktationen, hvilket oftest medfører, at mælkeproduktionen kommer i gang.

Nærmere oplysninger fås hos Forældre & Fødsel (se side 150).

12.9. Spædbarnsdød

Både ved sen abort, dødfødsel, eller hvis et barn dør kort efter fødsel samt ved senere spædbarnsdød, vil moderens krop begynde eller fortsætte med at producere mælk.

Brystspændingen kan komme som et stort chok oveni sorgen ved at have mistet barnet.

Der kan tilbydes medicin for at stoppe mælken (fx bromocriptin), men det er dyrt og ofte unødvendigt.

Mange vil foretrække at klare sig uden. Ubehaget ved de spændte bryster kan mindskes ved at udmalke en smule mælk (uden at tømme brystet da dette stimulerer mælkedannelsen). Selve brystspændingen vil virke laktationshæmmende, og mælkeproduktionen vil være ophørt i løbet af 1-2 uger. At binde brystet op virker på samme måde som brystspænding og virker derfor også laktationshæmmende.

I stedet for opbinding af brystet kan kvinden bruge en stram BH.

(For hjælp til forældre, se side 150).

13. Kommentarer til den danske udgave

»Vellykket Amning« er en oversættelse af »Successful Breastfeeding«, som er udgivet af den engelske jordemoderforening.

Da de danske forhold på en del punkter er forskellige fra de engelske, har en betydelig bearbejdning af den oprindelige oversættelse været nødvendig.

Der er på følgende punkter sket ændringer og tilføjelser:

Resultater fra danske og skandinaviske undersøgelser er tilføjet, hvor det er forekommet relevant.

Den engelske udgaves indledning og historiske baggrund er udeladt, og i stedet er de danske forhold omtalt i afsnittet om den historiske udvikling.

Nogle af kapitlerne er blevet ombrudt, i forsøg på at gøre teksten mere overskuelig.

Følgende afsnit er tilføjet og forekommer ikke i den engelske udgave: Modernælkens næringsindhold, rygning og amning, alkohol og amning, lægemidler og amning, forurening og amning, allergi og amning, antikonception og amning, anæstesi og amning, spædbarnsdød, relactation og induceret laktation, for lidt mælk, for meget mælk, opbevaring og opvarmning af modernælk, gennemførelsen af WHO's kodeks i Danmark, forskellige danske og internationale aftaler og resolutioner samt danske og skandinaviske litteraturhenvisninger og organisationer mv.

Hvor det har været muligt er gentagelser strøget, mens der enkelte steder er suppleret med flere oplysninger eller mere vejledning, som er relevant for danske forhold. Desuden er udeladt nogle råd, som ikke er aktuelle i Danmark.

Oversættelsen blev udført med støtte fra Sundhedsministeriets forsøgs- og udviklingspulje i 1991. Nærværende bog er en revision af den første oversættelse.