

ANNA – PIA HÄGGKVIST

Amming av barn med spesielle behov

– en veileder for helsepersonell



**Med bidrag fra: Anne Bærug, Asbjørn Langslet, Rolf Lindemann,
Gro Nylander og Elisabeth Tufte**

Copyright © Anna-Pia Häggkvist, Mor-barn vennlig initiativ i Norge

Utgitt juni 1998

Trykk: Grafmont AS, Oslo

Opplag: 1000

Optrykk desember 1998: 1000 eks.

Optrykk desember 2000: 2500 eks.

Illustrasjoner:

Hanne Bringager, illustrasjon 1

Ingerid Helsing Almaas, illustrasjon 7, 8, 9, 14, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26 og 27

Marianne Steen, illustrasjon 15

Fra boken «Helping mothers to breastfeed», F. Savage King, African Medical and Research Foundation, 1992. Med tillatelse fra forfatteren; illustrasjon 4, 10, 12, 13 og 16

Fra WHO/UNICEF's «Breastfeeding counselling: A training course», 1993, med tillatelse fra WHO/UNICEF, illustrasjon 2, 3, 6 og 11

Fra WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen «How to support success. A practical guide to healthworkers, 1996, med tillatelse fra WHO, Copenhagen, illustrasjon 5

Omslagsfoto: Anna-Pia Häggkvist, brukt med tillatelse fra foreldrene

Språklig bearbeiding: Turid Lilleng

Innholdsfortegnelse

FORORD	7
FORFATTERENS FORORD	9
KAPITTEL 1: HVILKE OPPGAVER OG HVILKET ANSVAR HAR VI SOM HELSEPERSONELL I FORHOLD TIL AMMING AV SYKE NYFØDTE?	11
Å forberede foreldre til møtet med neonatalavdelingen	11
Samarbeid mellom barneavdeling og barselavdeling	12
Når die-barnet blir lagt inn på sykehus	12
Individuell veiledning	13
Dokumentasjon	14
Ammeprosedyre	14
Første gang et nyfødt barn skal legges til brystet	16
Miljøet på avdelingen	16
Motivasjon til å pumpe	16
Mødre som ikke kan eller vil amme	17
Hjemreise fra neonatalavdelingen	17
Helsestasjonen overtar oppfølgingen	18
Nytenkning innen neonatalomsorgen	18
KAPITTEL 2: AMMEFYSIOLOGI	21
Prolaktin og oxytocin - viktige hormoner for melkeproduksjonen	21
Ammestilling og riktig sugeteknikk	22
- <i>Ammeobservasjons-ark</i>	24
- <i>Sjekkliste for å evaluere ammesituasjonen:</i>	24
Start av melkeproduksjon med pumpe	25
- <i>Dobbelpumping</i>	26
Håndmelking	27
KAPITTEL 3: OPPBEVARING OG HÅNDTERING AV MORSMELK	29
Morsmelkens holdbarhet, fersk melk og nedfrosset melk	29
Tining og oppvarming av morsmelk på sykehus	29
Transport av morsmelk	30
KAPITTEL 4: GENERELLE AMMEPROBLEMER	31
Dårlig eller manglende utdrivningsrefleks	31
For lite melk	32
- <i>Metoclopramide (Primperan®) ved for lite melk</i>	34
- <i>Akupunktur ved for lite melk</i>	34
Såre brystknopper	34
- <i>Ammestilling og sugeteknikk</i>	34

Store flate brystknopper	37
Innadvendte brystknopper	37
- <i>Bruk av Niplette</i>	38
- <i>Bruk av avskåret sprøyte for å behandle innadvendte brystknopper</i>	38
Tilstoppede melkeganger og mastitt (brystbetennelse)	39
Behandling ved mistanke om infeksøs mastitt	40
- <i>Antibiotika-behandling</i>	41
Bryst-abscess	41
- <i>Bør barnet få melk ved mastitt eller brystabscess?</i>	41
- <i>Hva med avvenning?</i>	42
KAPITTEL 5: ALTERNATIV TIL BRUK AV FLASKESMOKK	43
Hvorfor bør smokk unngås?	43
Kan man forutsi hvilke barn som blir sugeforvirret?	44
- <i>Et nyfødt barn som er skilt fra moren har økt risiko for å utvikle sugeforvirring</i>	44
Hva med narresmokk til barnet som er skilt fra moren?	45
Sondeernæring	45
Koppmating - et alternativ til flaskesmokken	45
- <i>Hvilke fordeler er det med koppmating?</i>	46
- <i>Finnes det noen ulemper med koppmating?</i>	46
Andre alternativ til flaske	47
Når kan man introdusere flaskesmokken?	47
KAPITTEL 6: AMMING AV BARN MED SPESIELLE BEHOV	49
Bli barn med startvansker ammet?	49
- <i>Ammeforekomst på neonatalavdelinger i Norge</i>	49
- <i>Selvevaluering av ammepraksis på neonatalavdelinge</i>	50
Bruk av vekt før og etter amming	50
- <i>Et alternativ til å veie: vurdere barnets innsats ved brystet</i>	51
Barn som er født prematurt	51
- <i>Kengurumetoden</i>	51
- <i>Faktorer som påvirker ammeforekomsten</i>	52
- <i>Ammehjulet</i>	53
- <i>Noen viktige poeng i forhold til amming av premature barn</i>	55
- <i>Stimulering av det sugesvake premature barnet</i>	55
- <i>Stimulering av sultfølelse</i>	55
Sugesvake barn	56
- <i>Tiltak for å stimulere et sugesvakt barn:</i>	56
Barnet skriker ved brystet/nekter å ta brystet	58
Amming av nyfødte fullbårne barn som er syke, eller som er til observasjon på barneavdeling	58
Amming av barn med leppe/gane-spalte	58
- <i>Tiltak for å hjelpe mor og barn</i>	59
- <i>Bruk av flaske</i>	60
Amming av barn med hjertefeil	61
Amming av barn med Downs syndrom og andre barn med nevrologiske problemer	62
Amming av barn med behov for surstoff eller respiratorbehandling	62

Amming av flerlinger	63
- <i>Amme en eller to av gangen?</i>	63
- <i>Trillinger og firlinger</i>	64
Amming av barn med andre sykdommer og problemer	65
Hvordan avslutte melkeproduksjonen hvis barnet dør	65
- <i>Hvordan avslutte melkeproduksjonen uten medikamente</i>	65
- <i>Bruk av medikamenter for å avslutte melkeproduksjo</i>	66
KAPITTEL 7: HJELPEMIDLER - BRUK AV BRYSTSKJOLD OG «HJELPEBRYST»	67
Bruk av brystskjold	67
- <i>Tenk alternativ til brystskjold</i>	69
- <i>Barnet er blitt avhengig av brystskjoldet - hvordan venne barnet av?</i>	70
Bruk av hjelpebryst (lactaid)	70
- <i>Hjemmelaget hjelpebryst</i>	71
- <i>Andre alternativ til hjelpebryst</i>	72
- <i>Noen refleksjoner ved bruk av hjelpebryst</i>	72
KAPITTEL 8: AMMING OG HYPERBILIRUBINEMI (FYSIOLOGISK GULSOTT	73
Tidlig fysiologisk hyperbilirubinemi hos nyfødte - kan det forebygges	73
Væsketilskudd ved lysbehandling/lysterapi	74
Sen gulsott - «Morsmelkindusert» hyperbilirubinemi	74
- <i>Når trenger barnet å behandles?</i>	74
KAPITTEL 9 MORSMELK SOM MAT OG MEDISI	77
Morsmelk til syke og premature nyfødte	77
Morsmelk som ernæring	77
- <i>Morsmelkfett</i>	77
- <i>Kaloriinnhold i morsmelk</i>	77
- <i>Proteiner</i>	77
- <i>Jern</i>	78
- <i>Tilskudd til morsmelken?</i>	78
Morsmelk som forebyggende medisin	78
- <i>Antistoffer</i>	78
- <i>Hvite blodlegmer</i>	79
Andre hjelpsomme infeksjonsbekjempere	79
- <i>Necrotiserende enterocolitt</i>	80
- <i>Neonatalsepsis</i>	80
KAPITTEL 10: MOR-BARN VENNLIG INITIATIV I NORGE (MBVI	81
MBVI og neonatalavdelingene	81
KAPITTEL 11: MØDRES OPPLEVELSER FRA AMMING AV BARN MED STARTVANSKER	83
Amming av premature tvillinger	83
Amming av et barn med hjertefeil	86
Amming av et barn født med leppe-spalte	90
Slik greide vi situasjonen da vår sønn ble født med spalte i gane	93

LITTERATURLISTE	97
ILLUSTRASJONER, OVERSIKT	101
VEDLEGG	103
I) WHO/UNICEFS «Ti trinn for et Mor-barn vennlig sykehus»	
II) MBVIs forslag til «Ti trinn for en ammevennlig neonatalavdeling» med kommentarer	
III) Ressursgruppen for å fremme amming på neonatalavdelingen (RAN)	
IV) Informasjonsfolder for mødre om amming og pumping når barnet er på barneavdelingen	
V) Ammehjulet som dokumentasjon	
VI) Barn med økt risiko for hypoglykemi og/eller lav vektøkning - oppfølging på barselavdelingen. Retningslinjer fra MBVI	
VII) Et eksempel på en ammeprosedyre	
VIII) Ammeobservasjonsark	
IX) Retningslinjer ved koppmating	
X) Forslag til et lite ammebibliotek på avdelingen og adresser til ammeorganisasjoner i Norge	
XI) Videoen «Bryst er best» på flere språk, adresser for bestilling i utlandet	
XII) Bestillingsliste for videoen ”Bryst er best	

Forord

"Breast is best!" - det velkjente slagordet understreker det selvfølgelig at morsmelk er den riktige ernæringen for barn de første levemånedene - og enda lenger. Dette gjelder for friske fullbårne barn, og det gjelder for nyfødte med ulike sykdommer og medfødte feil. Jo mer det forskes på morsmelk, jo sterkere blir forståelsen for hvor unik denne biologiske væsken er. Med sitt spesielle innhold av proteiner, karbohydrater og fett, essensielle fettsyrer, vitaminer og mineraler, med antistoffer, hormoner, vekstfaktorer og levende celler er morsmelken ikke bare et spesielt tilpasset næringsmiddel for barnet, men like mye et levende vev og en livseliksir som fremmer helse og forebygger sykdom.

For syke nyfødte er optimal ernæring meget viktig. Men de trenger også å styrke sitt infeksjonsforsvar, og de har behov for at hjerne, benvev og kroppens øvrige organer programmeres slik at utvikling og vekst blir optimal. Mest tydelig kommer dette fram i ernæringen av sterkt premature barn, der morsmelken forebygger alvorlig sykdom som nekrotiserende enterokolitt og på lang sikt fremmer barnets mentale utvikling. Det høye proteininnholdet i melk fra mødre som føder prematurt synes å gjøre deres melk spesielt tilpasset barnets behov. Kroppen tolererer også generelt morsmelk bedre enn kommersielle morsmelkerstatninger. Til premature kan det likevel være nødvendig å forsterke morsmelken («lacto-engineering») for at ikke sykdommer og dårlig vekst p.g.a. mangel på kalk, fosfat, sink eller andre essensielle stoffer skal oppstå. Spesielt gjelder dette ved bruk av «bankmelk». På lengre sikt synes morsmelksernæring å bedre toleransen overfor andre næringsstoffer som introduseres i barnets kosthold. Dette er av betydning for å redusere risikoen for utvikling av f.eks. næringsmiddelallergier og intoleranser.

Undersøkelser utført bl.a. av hovedforfatteren av denne veilederen har vist at mødre som føder prematurt har stor evne til å få i gang og vedlikeholde melkeproduksjonen over lang tid. Den positive psykologiske betydningen av å hjelpe til med ammingen hos mødre som føder prematurt eller får et sykt barn, kan vanskelig verdsettes høyt nok. Mødrene trekkes på denne måten inn i omsorgen for sitt eget barn sammen med de profesjonelle helsearbeiderne. Disse har en stor og viktig oppgave med å hjelpe mødrene med ammingen. Vi befinner oss her i et felt hvor basale biologiske og psykologiske behov hos mor og barn må ivaretas og integreres i en medisinsk og pleiemessig totalomsorg.

Anna-Pia Häggkvist er intensivsykepleier ved neonatalavdelingen på Ullevål Sykehus. Hun har i en årrekke arbeidet både praktisk og teoretisk for å fremme morsmelksernæring til premature og syke nyfødte. I denne veilederen «Amming av barn med spesielle behov - en veileder for helsepersonell», presenterer hun - sammen med medarbeidere i prosjektet «Mor-barn vennlig initiativ» og andre ressurspersoner - et vell av kunnskap og praktiske råd for at amming skal lykkes når barnet har spesielle behov. Spesielt for neonatalavdelinger, men også for barneavdelinger, barselavdelinger, og helsestasjoner vil denne boken være av stor verdi.

Tønsberg, september 1996

Alf Meberg

Avdelingsoverlege, Barneavdelingen

Vestfold Sentralsykehus, Tønsberg



Forfatterens forord

Den spede begynnelse til denne veilederen for helsepersonell, om amming av barn med spesielle behov, var et enkelt hefte med retningslinjer som jeg utarbeidet i 1988, for neonatalavdelingen på Ullevål sykehus. Det ble etterhvert interesse for heftet ved andre sykehus og det ble kopiert og spredt. Helsedirektoratet ga støtte til utarbeidelse av manuskriptet til denne veilederen og seinere har arbeidet vært en del av Mor-barn vennlig initiativ (MBVI) sin satsing på amming ved neonatalavdelingene.

Det finnes lite tilgjengelig litteratur på norsk om dette temaet. Det er en av grunnene til at veilederen ikke er i stikkordsform, noe som hadde vært praktisk for å finne lett fram i den i en travel hverdag, i stedet er den utformet mer som en lærebok. Med en detaljert innholdsfortegnelse håper jeg den likevel vil kunne fungere godt også som et oppslagsverk i det praktiske arbeidet på avdelingen. Det er oppgitt referanser ved beskrivelse av tiltak som ikke er alminnelig praksis idag, og der det kan være av generell interesse for leseren å fordype seg.

Veilederen er ment som et hjelpemiddel for helsepersonell som arbeider med barn med spesielle behov, først og fremst på neonatal- og barneavdelinger, men også på føde-, barselavdelinger og helsestasjoner. Den er praktisk rettet, men tar også opp medisinske problemstillinger rundt amming og morsmelk. Veilederen er vel egnet i grunn- og videreutdanning for helsepersonell.

Arbeidet med veilederen har strukket seg over flere år, og jeg har hatt mange hjelpere som alle på sin måte har vært helt uunnværlige. De absolutt viktigste hjelperne har vært alle mødre, fedre og barn jeg har møtt på min vei som sykepleier og ammehjelper. Min beundring for disse mødrene, som på tross av alle startvansker, bekymringer og uro, går i gang med å produsere melk til sine barn, er enorm. Ved å lytte til mødrene og ved å prøve å forstå barnets behov og ressurser, har jeg fått kunnskap som ikke er mulig å få gjennom litteratur. Takk til alle mødre, fedre og barn som har lært meg så mye, og gitt meg arbeidsglede og inspirasjon!

Takk til Statens helsetilsyn som gjennom sitt engasjement og bevilgninger har gjort dette arbeidet mulig. Prosjektleder i Mor-barn vennlig initiativ, dr.med. Gro Nylander, overlege ved kvinneklinikken på Rikshospitalet, har bidratt, ikke bare med sin store viten og erfaring rundt amming og morsmelk, språklig bearbeidelse og pedagogisk opplegg, men også med sin varme personlighet og urokkelige tro på at dette blir bra! Flere kapitler er skrevet i samarbeid med Gro Nylander. Cand.scient. i ernæring, Anne Bærug, ansatt ved fylkeslegens kontor i Finmark, og med i prosjektledelsen for MBVI, har lest korrektur, bearbeidet språklig og kommentert innholdet utfra sin spesielle ammekompetanse. Hun har også vært min nærmeste arbeidskollega, helt uunnværlig sådan, alltid behjelpelig med store og små spørsmål og en fantastisk støtte når arbeidet har gått i stå. Ved hjelp av telefon og fax har kontakten mellom Oslo og Vadsø vært av stor verdi for meg. Laktasjonsspesialist, helsesøster og prosjekt-medarbeider Elisabeth Tufte, med unike kunnskaper i praktisk ammeveiledning, har i samarbeid med meg skrevet kapitlet om bruk av hjelpemidler og i tillegg slutført alt praktisk arbeid i forhold til trykkeri og layout. Professor dr.med. Asbjørn Langslet, overlege ved barneavdelingen på Ullevål sykehus, har med sin store innsikt i morsmelkens fordeler, vært en av forfatterne til kapitlet «Morsmelk som mat og medisin», sammen med dr.med. Gro Nylander. Overlege dr.med. Rolf

Lindemann, også ved barneavdelingen, Ullevål sykehus, har kommentert og gitt av sin viten i kapitlet «Amming og hyperbilirubinemi». I tillegg har han i en årrekke vært en støtte og inspirator for meg i arbeidet med å fremme amming. Dr.scient. Elisabet Helsing, konsulent ved internasjonal avdeling, Statens Helsetilsyn, har generøst gitt meg tillatelse til å omarbeide og bruke deler fra hennes bok «Boken om Amming». Forskningssykepleier Kari Gloppestad ved barneklubben på Rikshospitalet har delt villig med seg av sine erfaringer rundt bruk av dobbeltpumping.

Fra «Ressursgruppen for å fremme amming på neonatalavdeling» har intensivsykepleier og ammehjelper Marianne Bergstrand, jordmor Lise Thomassen på Føde- og barselavdelingen, Regionssykehuset i Tromsø og sykepleier Nina Boye Pedersen ved Prematuravdelingen på Rikshospitalet, bidratt. De har lest og kommentert kapittel 1 og 2. Nina Boye Pedersen har også bidratt med sine spesielle kunnskaper og erfaringer i avsnittet om amming av barn med hjertefeil. Ann-Sofie Pettersen og Anne Hagen fra Melkekjøkkenet på Rikshospitalet har kommentert kapitlet om oppbevaring og håndtering av morsmelk.

Sykepleier Nina Lindberg, kontaktsykepleier for barn med leppe-gane spalte på Rikshospitalet, har kommentert avsnittet som handler om disse barna.

Diana Trejos, Kirsti Bokn, Eline Huitfeldt Aspelund og Guri Verne er alle mødre til barn med spesielle problemer og har forskjellige amme-erfaringer. Disse gir leseren en uvurderlig innsikt i hvordan dette kan oppleves som mor, både når det gjelder møtet med helsepersonell, hvordan takle spesielle situasjoner og følelsemessige opplevelser. Guri Verne har i tillegg kommentert avsnittet om amming av barn med hjertefeil og Diana Trejos har bidratt i avsnittet om amming av flerlinger.

Ullevål sykehus har vært velvillig innstilt til alle mine permisjonssøknader. Mine gode kolleger på neonatalavdelingen har vært mine «prøvekluter», og alltid delt generøst av sine kunnskaper og erfaringer med meg.

Ammehjelpere rundt omkring i landet har bidratt med inspirasjon og erfaringer samt ved å stille spørsmål som har ansporet meg til å søke mer kunnskap.

Min datter Malin fortjener å bli nevnt ettersom det er hennes fødsel og min erfaring som mor og melkeprodusent som en gang for 10 år siden vakte min interesse for amming, en spesiell takk til hennes overbærenhet med en mor som stadig sitter ved PC'en. Min samboer Ebbe Aarvåg har med sine språkkunnskaper, edb-kunnskaper og tålmodighet, lært meg opp til å bli en brukbar tekstbehandler. Han har også lest korrektur. Ebbe er sannsynligvis en av landets mest ammekompetente mannlige bibliotekarer og har lagt ned atskillige timer for den gode sak - å fremme amming.

En stor, stor takk til alle som er nevnt, og til alle andre som på en eller annen måte har bidratt med å finne referanser og artikler, har stilt de rette spørsmål og gitt av sine erfaringer. Uten alle dere ville ikke denne veilederen vært mulig å realisere.

Oslo, september 1996
Anna-Pia Häggkvist

Kapittel 1

Hvilke oppgaver og hvilket ansvar har vi som helsepersonell i forhold til amming av syke nyfødte?

Helsepersonells ansvar og oppgaver:

- Inneha basis-kunnskaper om ammingens fysiologi
- Oppmuntre til start og opprettholdelse av melkeproduksjon
- Støtte mor i hennes valg og ønsker
- Gi ensartet, men individuell veiledning og informasjon

God omsorg for en mor og hennes nyfødte barn innebærer mange oppgaver for helsepersonell. Det gjelder når barnet er født for tidlig, er sykt ved fødselen eller har spesielle behov av andre grunner. Én av oppgavene er å hjelpe mor og barn fram til en vellykket amming. Det handler denne veilederen handler om, mens andre sider av omsorgen og de medisinske tiltakene ikke vil bli berørt.

Teoretiske kunnskaper om ammingens fysiologi bør danne basis for utviklingen av praktiske ferdigheter blant helsepersonell. Det er også nødvendig med teoretiske kunnskaper om symptomer og tiltak ved de vanligste problemer som f.eks. for lite melk, tilstoppede melkeganger og brystbetennelse. Som ved all annen form for omsorg og pleie er det viktig å øve og skaffe seg erfaring. Personalet bør ha som mål at ingen skal mislykkes med ammingen på grunn av manglende kunnskaper eller støtte. Alle trenger ikke å være “amme-eksperter”, men et grunnleggende kunnskapsnivå er nødvendig. Ved spesielle problemer holder det med kunnskap om hvor man kan finne opplysninger eller hvem man kan henvende seg til for ytterligere hjelp. Hver avdeling bør ha minst en person som får mulighet til å tilegne seg solide kunnskaper om amming.

Å forberede foreldre til møtet med neonatalavdelingen

Det er en stor fordel om foreldrene er forberedt på møtet med neonatalavdelingen. Mange av mødrene som føder prematurt er innlagt i en periode før fødselen, da kan det være en god anledning til å vise foreldrene neonatalavdelingen. Er ikke dette mulig kan sykepleier eller barnepleier fra neonatalavdelingen komme på besøk. Innarbeidet praksis ved de fleste sykehus er at barnelegen informerer de blivende foreldrene, dette er selvfølgelig også viktig for foreldre til premature barn. Informasjon fra sykepleier vil ha ulik fokus fra legens. Sykepleieren tar utgangspunkt i hva som skjer med barnet etter fødselen, hvilken rolle pappa har og hans deltakelse den første tiden. I tillegg til samtale kan en presentasjonsperm med stikkord og foto være et hjelpemiddel slik at alle foreldre får lik basisinformasjon. Informasjon om betydningen av tidlig pumpestart og om hvor ofte man skal pumpe er en naturlig del av forberedelsene. Hvis det er mistanke om at barnet ikke er levedyktig eller det forventes et meget sykt barn, bør denne informasjonen gis ut fra respekt for morens følelser. Grunnholdningen bør være at det er håp så lenge det er liv. Å informere om igangsetting av melkeproduksjonen blir i denne sammenhengen en måte å formidle håp på. Det er i dag flere neonatalavdelinger i Norge som har et slikt tilbud til

gravide, særlig der det er forventet at barnet skal flyttes til barneavdeling etter fødselen (Knudsen et al., 1995).

Samarbeid mellom barneavdeling og barselavdeling

Mange mødre som blir skilt fra sine barn rett etter fødselen, opplever at de ikke hører hjemme hverken på barse- eller barneavdelingen. Det er derfor svært viktig å ha et avklart forhold mellom avdelingene når det gjelder hvem som har ansvar for informasjon til mor. Det vil være naturlig at det er personalet på barse som har ansvar for å tilby brystpumpe og gi veiledning om start av melkeproduksjon, transport av morsmelk til barneavdelingen, hygiene ved pumping og oppbevaring av morsmelk. Det er svært positivt for foreldrene om kontaktperson fra barse viser interesse for barnet og for eksempel blir med og besøker det på neonatalavdelingen.

De aller fleste kvinner er innstilt på å amme sine barn, men vi må alltid være våre for at noen ikke ønsker å amme. Når et barn er sykt fra fødselen bør mødre oppmuntres til å pumpe seg, bortsett fra når det er medisinske grunner til at barnet ikke skal ha morsmelk (svært sjelden) eller når moren ikke ønsker eller ikke kan amme. Erfaring viser at de fleste kvinner ønsker å gi morsmelk til sitt syke nyfødte barn, selv om de senere ikke ønsker å amme. Det er svært viktig når kontakten mellom mor og barn etableres, at moren føler at barnet har behov for henne. Gi morsmelk er det kun mor som kan gjøre, ingen kan erstatte henne. Det er uheldig å gi medikamenter som stopper melkeproduksjonen de første dagene etter fødselen. Foreldrene er i en krisesituasjon og mor kan ha sterke følelser, særlig hvis barnet er misdannet eller født svært mye for tidlig. I den situasjonen kan tanken på amming føles helt uoverkommelig. Da er det viktig å vise respekt for morens følelser, men samtidig fortelle at hun kanskje vil angre seg etter at det første sjokket er over. Hvis hun tar medisiner for å stoppe melkeproduksjonen, vil det være vanskelig å komme igang igjen etterpå.

Når die-barnet blir lagt inn på sykehus

Situasjonen er noe annerledes når barnet blir lagt inn på sykehus etter utskrivning fra barse. Den største forskjellen ligger i at foreldre-barn kontakten er etablert ved innleggelse og at foreldrene føler et klart eierforhold til sitt barn, noe som ikke alltid er tilfelle på neonatalavdelingen. Når det helt nyfødte barnet blir lagt inn på en spebarnspost, gjelder de samme prinsipper som for barnet på neonatalavdelingen. Die-barnet har et alders-spenn fra nyfødt til et barn i 1-2 årsalderen og i noen tilfeller opp til 3-4 års alder. Årsaken til innleggelse har som oftest ikke noe med ammingen å gjøre, selv om ammesvikt i det første levehalvåret en sjelden gang kan være grunnen for innleggelsen. Et mer vanlig problem er dårlig vekttoppgang hos barn med hjertefeil eller andre kroniske lidelser (se kap. 6). For å kunne hjelpe et mor-barn par som virkelig har problemer med ammingen, kreves det god kunnskap og systematisk gjennomgang både av mors totale situasjon og av ammesituasjonen. Som hjelpemiddel kan ammeobservasjonsarket brukes (se vedlegg VIII). En sjelden gang kan problemer i forhold til tilknytning og samspill være bakgrunnen for ammeproblemer. I slike situasjoner kan det være nødvendig med oppfølging fra psykolog eller annen terapeut.

Personalets holdninger til amming, spesielt langtidsamming, kan skape problemer for mødre. Det er viktig at helsepersonellet ikke lar egne vurderinger og holdninger til langtidsamming eller langvarig nattamming bli en belastning for moren. Det finnes mange myter om at barn da blir for

bundet til mor og at det blir vanskelig å venne av osv. Dersom mor og barn har en bindning seg imellom som ikke er sunn, er f.eks. langvarig amming eller nattaming snarere et symptom enn en årsak. Hvis mor selv tar opp eventuelle problemer, og ønsker råd om avvenning eller vil slutte med nattaming, skal vi selvsagt bidra med veiledning. Å langtidsamme sitt barn er en privatsak og det er sørgelig at mange mødre “gjør det i smug”. En slik «hemmelighet» kan bli vanskelig å skjule ved en sykehusinnleggelse.

Hvis barnet er meget sykt og sugesvakt, er det viktig at moren får informasjon om å pumpe seg i tillegg til ammeforsøkene. Brystene bør stimuleres minimum 6-7 ganger i døgnet for å opprettholde melkeproduksjonen, (se s. 25) Dette er også svært viktig informasjon til mødre med diebarn som skal gjennomgå et kirurgisk inngrep.

En sliten og urolig mor trenger oppmuntring og støtte for sin helt spesielle innsats. For en mor som gjerne vil amme fungerer velmente råd som “Du burde ikke streve med ammingen nå når alt er så slitsomt”, lite konstruktivt og oppmuntrende, og kan til og med bidra til å svekke tilliten mellom mor og helsepersonell. På neonatalavdelingen er foreldrenes stell av barnet viktig for tilknytning og trygghet i forhold til barnet. Når foreldre-barn kontakten er godt etablert før innleggelse kan det finnes behov for avlastning og hjelp til stell. En mor til et hjertesykt barn uttrykker seg slik:

“Det har stor betydning at sykehuspersonalet viser at den innsatsen man gjør for å gi barnet morsmelk blir verdsatt. Det betyr mye å få hjelp og avlastning i den tiden som går med til pumping og det er viktig at de praktiske rutinene rundt pumping legges til rette” (Verne, 1995).

Eksempler:

- hente pumpen og pumpeglass etter avtale uten at mor må be om det hver gang
- gi mor flaske med etikett så hun selv kan helle over melken og merke den
- tilby å stille barnet mens mor pumper seg, spesielt under morgenstellet (Verne, 1995)

Individuell veiledning

Muntlig informasjon og veiledning bør være individualisert ettersom hvert enkelt mor-barn par er forskjellig. Noen mødre har en utdrivningsrefleks som tar lang tid, hos andre renner melken over. Noen har melk i overflod, andre har lite. Noen er førstegangsfødende og har ingen ammeerfaring, andre har ammet tidligere, og hver enkelt far har sin erfaring. Noen har dårlige ammeerfaringer, andre gode. Noen barn er ivrige etter å suge, andre trenger mye stimulering. Informasjonen må være enhetlig og gjerne følge en pleie-plan slik at mor ikke får mange forskjellige råd om samme problem i løpet av kort tid. Samtidig må veiledningen tilpasses situasjonen hos hvert enkelt mor-barn par. Å lytte til foreldrene, for å finne ut hva den enkelte har av forventninger og problemer er viktig. Fram for alt må en være åpen for foreldrenes egne tanker om forslag til løsninger. Ved hjelp av nedenstående sjekkliste kan man få innspill til hva som er viktig å legge vekt på. Det kan også være nyttig med et dokument som beskriver ammesituasjonen grundigere, både med tanke på oppfølging og som et hjelpemiddel i forbindelse med opplæring av nyansatte. Ammeobservasjons-arket er et eksempel på et godt hjelpemiddel (se vedlegg VIII).

Sjekkliste for veiledning ved ammesituasjoner

Lytte og lære

- ✓ Bruk et positivt kroppsspråk
- ✓ Still åpne spørsmål
- ✓ Vis engasjement
- ✓ Følg opp mors utsagn
- ✓ Vis medfølelse
- ✓ Unngå dømmende uttrykk

Vurdering av et brystmåltid

- ✓ Barnets kroppsstilling
- ✓ Samspillet mellom mor og barn
- ✓ Følelsesmessig binding
- ✓ Brystets anatomi

- ✓ Sugeteknikk
- ✓ Sugetid

Gi mor tillit og støtte

- ✓ Akseptér hva mor sier
- ✓ Gi ros for det som er riktig
- ✓ Gi praktisk hjelp
- ✓ Gi relevant informasjon
- ✓ Bruk et enkelt språk
- ✓ Gi ett eller to forslag

Bakgrunn

- ✓ Barnets nåværende ernæring
- ✓ Barnets helse og adferd
- ✓ Graviditet, fødsel, den første ammingen
- ✓ Mors helsetilstand og opplevelse av situasjonen
- ✓ Tidligere ammeerfaring
- ✓ Familiesituasjon og sosial situasjon

fra WHO/UNICEF, *Breastfeeding Counselling: A training course*

Dokumentasjon

Ammeforløpet må være en selvsagt del av dokumentasjonen. Oppdatert pleieplan med problemer, tiltak og framskritt i forhold til amming og pumping er et hjelpemiddel. Dette sikrer mor og barn enhetlig hjelp og veiledning. Åpne pleieplaner der mor kan ta del og være en ressurs styrker selvtillit og innflytelse over egen situasjon. "Ammehjulet" som er beskrevet i kapitlet om premature barn, er et annet hjelpemiddel. Observasjonskurver til barn som er over sin kritiske fase, bør utformes slik at det er rikelig plass til notater om hva som skjer når barnet spiser. Det kan også være en idé å lage et notat over mors tidligere ammeerfaring, forventninger og motivasjon

Ammeprosedyre

Hver avdeling bør ha skrevet ned rutiner i forhold til amming og ammeveiledning. Ammeprosedyren kan med fordel ta utgangspunkt i det norske forslaget: "Ti trinn for vellykket amming på neonatalavdeling", (se vedlegg II). Opplæringsplan for nyansatte er vanlig på neonatalavdelinger. Den bør inneholde teoretisk og praktisk opplæring, amming av såvel friske barn som amming av barn med spesielle behov. Forslag til studieopplegg finnes i vedlegg X.

Et ammevennlig miljø

- Døgnåpen avdeling
- Lun og god atmosfære
- Gode pumpemuligheter
- Bekvemme stoler å amme i
- Muligheter for å spise og drikke
- Muligheter for å hvile seg

LYTTE OG LÆRE



Mor: Jeg kan ikke amme. Jeg har ikke nok melk.
Hjelper: Hvorfor tror du det?



Mor: Babyen vil ha bryst hele tiden og gråter igjen etter en kort stund. Brystknoppene er såre, og det blør og gjør vondt når jeg legger til.
Hjelper: Jeg forstår du er sliten.

GI STØTTE OG TRYGGHET



Hjelper: Du er virkelig bekymret for at barnet ikke får nok melk?



Hjelper: Du har gjort en kjempejobb ved å legge han til brystet så ofte. Det stimulerer din melkeproduksjon.

GI PRAKTISK HJELP



Hjelper: Nå må babyen lære seg hvordan den skal få nok melk ved å gape høyt og ta en stor munnfull med bryst. Han må også ligge tett inntil kroppen din, mave mot mave. Jeg skal hjelpe deg.



Hjelper: Hvordan føler du det nå?
Mor: Mye bedre! Jeg kan riktig føle at han får melk. Han tar lange dype tak som synes langt bak ørene. Og vet du, det gjør ikke vondt lenger!

Illustrasjon 1: Kommunikasjon mellom helsepersonell og ammende mor

Første gang et nyfødt barn skal legges til brystet

Når et friskt nyfødt barn blir lagt opp på morens mage eller bryst rett etter fødselen, skjer det en rekke ting som er av betydning. Barnet vil lukte og se, orientere seg, prøve å finne ut hvor brystknoppen er, søke, slikke, smake, for til slutt å begynne å suge. Det er uheldig å forstyrre dette samspillet rett etter fødselen, og det er derfor en fordel å vente med rutineoppgaver som f.eks. veiing og bading.

Syke nyfødte går vanligvis glipp av denne første kontakten. Når et barn som har blitt skilt fra sin mor rett etter fødselen skal legges til brystet, bør en ha den normale adferd i tankene. Det betyr at man ikke bør skru opp mors forventninger med utsagn som “nå skal du få amme for første gang”. Det handler mer om at de skal få lov til å bli kjent med hverandre. La barnet få hud-mot-hud kontakt først, observér barnets reaksjoner og vurder barnets evner og interesse. Hvis barnet gjør søke- og sugebevegelser, bør mor hjelpes til å finne en god ammestilling. Legg barnet med magen mot morens mage og hjelp det til å få et godt tak om brystknoppen. Hvis barnet viser liten interesse, kan man prøve å presse ut litt melk på barnets lepper eller i munnen. Pleieren kan eventuelt stå ved siden av med en sprøyte med melk som forsiktig dryppes i barnets munnvik for å stimulere barnets reflekser. Man skal aldri ta hardt tak i barnets nakke og presse barnet til å suge. Det kan føre til at barnet avviser brystet, og det vil heller ikke gi mor noen god følelse. De første gangene ved brystet bør ikke tiltakene for å stimulere et sugesvakt barn være for intense, spesielt ikke hvis barnet er konvalesent. Om barnet blir urolig, bør forsøket avbrytes og mor kan bli instruert til å ta opp barnet, få øyekontakt og snakke beroligende til det. Mor kan fortelle barnet hva som skal skje, gi ros og kos med myk og vennlig stemme. Litt utpumpet melk i en kopp kan også hjelpe. Etter dette prøver man en gang til, eventuelt kan man bytte side. Prøv aldri å dytte brystknoppen inn i munnen på et barn som skriker desperat!

Miljøet på avdelingen

Miljøet på avdelingen vil være av betydning for ammingen. Et prematurt, følsomt barn eller et cerebralt irritert barn trenger rolige og ikke altfor lyse omgivelser under sine ammeforsøk, ettersom altfor mange stimuli kan svekke barnets ressurser (Kleberg et al., 1995). Også mødrene kan oppleve det tekniske miljøet som stressende og savne muligheten til å få sitte uforstyrret og amme. (Hedberg Nyqvist et al., 1994).

Motivasjon til å pumpe

I noen tilfeller er det nødvendig å pumpe over et tidsrom på flere måneder for å opprettholde melkeproduksjonen innen ammingen kan komme igang. Da er det nødvendig at mor er godt motivert. Her spiller både faren, venner, pårørende og helsepersonellet en viktig rolle. Mødrene opparbeider iblant et slags “hat” til den mekaniske pumpen, og mange har beskrevet at de føler seg som en "melkeku". Det er viktig å være oppmerksom på disse frustrasjonene og gi støtte og oppmuntring. Ettersom alle er forskjellige, vil noen oppleve at bare en ukes pumping er nok til å tære på motivasjonen. Hvis avdelingen har gruppetreff med mødre/foreldre kan det være en arena der mødrene kan gi hverandre støtte. Ammehjelpen kan også kontaktes når en mor ønsker råd og oppmuntring. De kan også formidle kontakt til mødre som har lignende erfaringer. Det hender at man er nødt til å hjelpe en mor til å slutte med pumpingen.

Mødre som ikke kan eller vil amme

I dagens Norge ønsker de aller fleste mødre å ernære sine barn med morsmelk. For et prematurt eller sykt barn vil morsmelken i tillegg bli betraktet som medisin. På barneavdelinger vil det alltid finnes mødre som ikke klarer å få igang melkeproduksjonen med pumpe eller har så stor bekymring for barnet at det blir vanskelig å beholde melken. Ved noen former for medisinerings av moren kan det være kontraindisert å amme. Det er heller ikke uvanlig at mødre bærer på skyldfølelse over at det er noe de har gjort under svangerskapet som er årsaken til at barnet ble født prematurt, eller med en eller annen form for sykdom eller misdannelse. Mødre som ikke får til å gi sin melk til barnet, føler seg ofte mislykket. Dette forsterkes ofte av at barnet hun bar på, heller ikke ble slik som hun hadde forestilt seg. Disse mødre trenger mye støtte i form av gode samtaler med personell de føler tillit til. Ofte har barnet fått litt av morens melk den første tiden, og dermed en god start. I tillegg har de ofte strevd og gjort en beundringsverdig innsats som de trenger å få all mulig ros for. Hvis barnet er glad i brystet selv om det er lite melk igjen, og moren synes det er koselig å legge til, går det fint an å fortsette å «koseamme». Hvis barnet ikke klarer å die på grunn av sugesvakhet eller tekniske vanskeligheter, kan moren oppleve det som om det er hun som har mislykkes. Det er viktig å finne ut hvorfor ammingen ikke lykkes og gi mor trygghet uavhengig av årsak til at det ikke lykkes.

Noen mødre ønsker av forskjellige grunner ikke å amme. Å stå fram med dette valget kan være en stor belastning for moren i vår etterhvert sterke ammekultur. Alvorlige hendelser som f.eks. voldtekt, incest eller tidligere depresjoner kan være grunner til at enkelte ikke ønsker å amme. Noen kan oppleve at nærheten og intimiteten blir for sterk, også uten at dette har sammenheng med noen alvorlig hendelse. Andre lar være å amme fordi de er engstelige for at brystenes utseende skal bli forandret eller ødelagt, eller for at melk skal renne ut og klær skal bli sølete. Det er vanskelig å si hvor mye man skal gå inn og samtale med mor om hennes valg. Her får man ta i bruk all sin intuisjon og profesjonalitet. Det må være mulig å velge bort amming uten å bli betraktet som en dårlig mor, og uten å bli sett på som en som ikke ønsker det beste for sitt barn.

Helsing legger i sin bok vekt på at amming bør være et virkelig valg som er basert på rikelig med kunnskap om morsmelk, og på hvordan man lykkes med amming. Amming skal ikke baseres på morens personlige offer (Helsing, 1995, s. 266).

Det er viktig at alt personell er klar over at moren har sluttet å pumpe seg eller å amme, eller ikke ønsker å amme, da vil hun slippe å få dette spørsmålet om og om igjen. Det kan f.eks. skrives på hovedkortet i kardex.

Noen ganger kan det være på sin plass å være litt pågående overfor kvinner som ikke ønsker å amme. Kvinner som f.eks. har en mislykket ammeerfaring bak seg, bør få hjelp til å gjennomgå hva som gikk galt. Dersom moren så blir motivert til å prøve påny, bør hun få ekstra hjelp til å forebygge at problemene gjentar seg.

Hjemreise fra neonatalavdelingen

Det er et hovedmål at foreldrene skal føle seg trygge på stell og omsorg for barnet ved hjemreisetidspunktet. Ammingen bør være etablert da. Erfaring tilsier at det er svært vanskelig å komme i gang på egen hånd etter at barn og foreldre har forlatt sykehuset, hvis ikke det er en meget god polklinisk oppfølging. Det er dessuten svært tidkrevende å både pumpe, gi med

flaske og amme. En måte å skape trygghet på er fokusering på det friske og sunne hos barnet. Et tiltak som fremmer trygghet i forhold til amming, er å la være å veie barnet hver dag når det begynner å bli medisinsk stabilt. Det er også viktig å kunne akseptere en vektstillstand, og kanskje til og med en liten vektnedgang når barnet går over til bare å die fra mors bryst. For foreldrene kan dette være en vanskelig situasjon da mye oppmerksomhet har vært knyttet til barnets vekt, spesielt hvis barnet er født prematurt. Personalet må derfor ha et klart og enhetlig syn på at det er helt greit at barnet står stille i vekt i noen dager ved overgang fra sonde/kopp til fullamming. Det er en fordel hvis mor har hatt anledning til å amme barnet om natten på sykehuset før hjemreise. Permisjoner fra sykehuset til hjemmet, av økende varighet, er også en måte å gjøre overgangen mykere på. Selvregulering er et begrep som er viktig å ta opp med foreldrene. På neonatalavdelingen blir gjerne måltidsrytmen styrt av bestemte tidsintervaller, selv om man i dag i stor grad prøver å komme bort fra det etterhvert som barnet friskner til. Foreldrene må derfor få informasjon om at når de kommer hjem, er det barnet som bestemmer måltidsintervallene, og at det er normalt at barnet ønsker å die 8-12 ganger i døgnet eller mer. Hvis vektoppgangen er dårlig og barnet sover lengre enn 3-4 timer mellom hver amming (på dagtid), må barnet vekkes. 6-8 våte bleier pr. døgn er en god målestokk på at barnet får nok væske. Dagens bleier har god sugsevne, og det er ikke lett å kjenne om de er våte, men det går an å kjenne på tyngden.

Helsestasjonen overtar oppfølgingen

Helsestasjonen overtar oppfølgingen etter hjemreise. Det bør opprettes god kontakt med helsesøster, enten i form av besøk på avdelingen, i brev eller pr. telefon. Foreldrene må føle seg trygge på at de kan henvende seg til helsestasjonen eller til avdelingen hvis det er noe de lurer på. Informasjon om Ammehjelpen bør gis til alle, avdelingen bør ha plakater og foldere. I tillegg bør foreldrene få informasjon om andre foreldreorganisasjoner som kan være av interesse f.eks. Foreldreforeningen for premature barn, Tvillingforeldreforeningen eller Foreningen for hjertesyke barn.

Nytenkning innen neonatalomsorgen

God kontakt mellom barnet og foreldrene, både når det gjelder trygghet, samspill og forståelse av barnets behov og følelsesmessige bånd, er selve grunnmuren for en vellykket amming. Alle tiltak og forandringer som styrker kontakten og forbedrer samspillet er dermed også til fordel for ammingen. Hud-mot-hudkontakt, tidlig kontakt mellom barn og foreldre utenfor kuvøse og at foreldrene tidlig får begynne å stelle sine barn på sykehuset, er eksempler på forandringsarbeid som har forbedret omsorgen de siste årene. Det finnes avdelinger som virkelig har gjennomført tiltak som styrker foreldrenes rolle. Neonatalavdelingen på Sundsvalls Sjukhus i Sverige er organisert som en integrert barselavdeling. Det innebærer at moren (og evt. far hvis det er godt om plass) og det stabile barnet deler rom og er sammen 24 timer i døgnet, hvis foreldrene ønsker det (Häggkvist, 1996). Hvis barnet har behov for mye pleie og hjelp fra helsepersonell, kan mor bo i et rom ved siden av barnet. Neonatalavdelingen i Tallin, Estland, med overlege Adik Levin som initiativtaker, har i mange år drevet en avdeling med mor innlagt på avdelingen, der hun fungerer som den viktigste omsorgspersonen for sitt barn (Levin, 1994 og 1995, Häggkvist 1997).

«Tidlig hemvård från neonatalavdelingen» er tittelen på en studie fra Sachsska Barnsjukhuset i Stockholm, der fordeler og ulemper med tidlig utskrivelse er vurdert. Barna reiser hjem før amming eller flaskemating er etablert og får tett oppfølging i hjemmet (Örtenstrand, 1992b, Häggkvist, 1995a).

NIDCAP (Neonatal Individual Development Care and Assessment Program) gir økt forståelse for barnets modning og gjør det mulig med mer individuelt tilpasset omsorg for barnet. Det gir også store muligheter for å hjelpe foreldrene med å se sitt premature barns behov, og gi rett stimulering til rett tidspunkt (Kleberg et al., 1995).

Alle neonatalavdelinger som bygges i dag bør ta utgangspunkt i at foreldre og barn hører sammen, at det er rikelig med plass til foreldre og at det finnes overnattingsmuligheter.



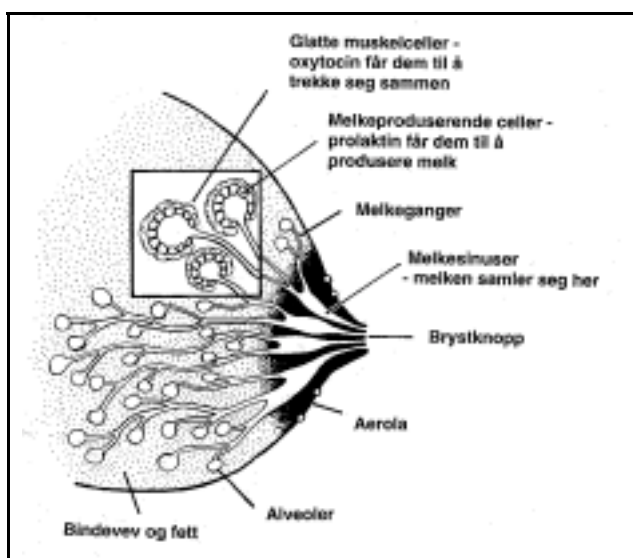
Kapittel 2

Ammeфизиologi

Prolaktin og oxytocin - viktige hormoner for melkeproduksjonen

Melkeproduksjonen er avhengig av både hormoner og reflekser. Med hormonpåvirkning blir brystene under graviditeten forberedt til å produsere melk. **Prolaktin** er kroppens melkeproduserende hormon og produseres i hypofysens baklapp. Nivået av prolaktin i blodet stiger i løpet av graviditeten, men blir hemmet av progesteron og østrogen som er høyt i samme periode. Når livmoren har støtt ut placenta synker progesteron og østrogeninnholdet i morens blod, og hormonet prolaktin får fritt spillerom. Når barnet suger på brystet vil det gå signaler til hypofysens baklapp som gjør at prolaktin produseres og påvirker brystets epitelceller til å lage morsmelk. De første ukene er spesielt avhengig av prolaktin, seinere i ammeforløpet styres melkeproduksjonen i større grad av hvilke mengder melk barnet drikker. Hyppig stimulering av brystet fører til et høyt prolaktin-nivå og en høy melkeproduksjon. I tillegg til sugefrekvensen påvirkes prolaktinnivået av intensiteten og varigheten av bryststimuleringen. Nattetid er prolaktinresponsen økt, det vil si at nattamming er en viktig faktor for at få en god melkeproduksjon.

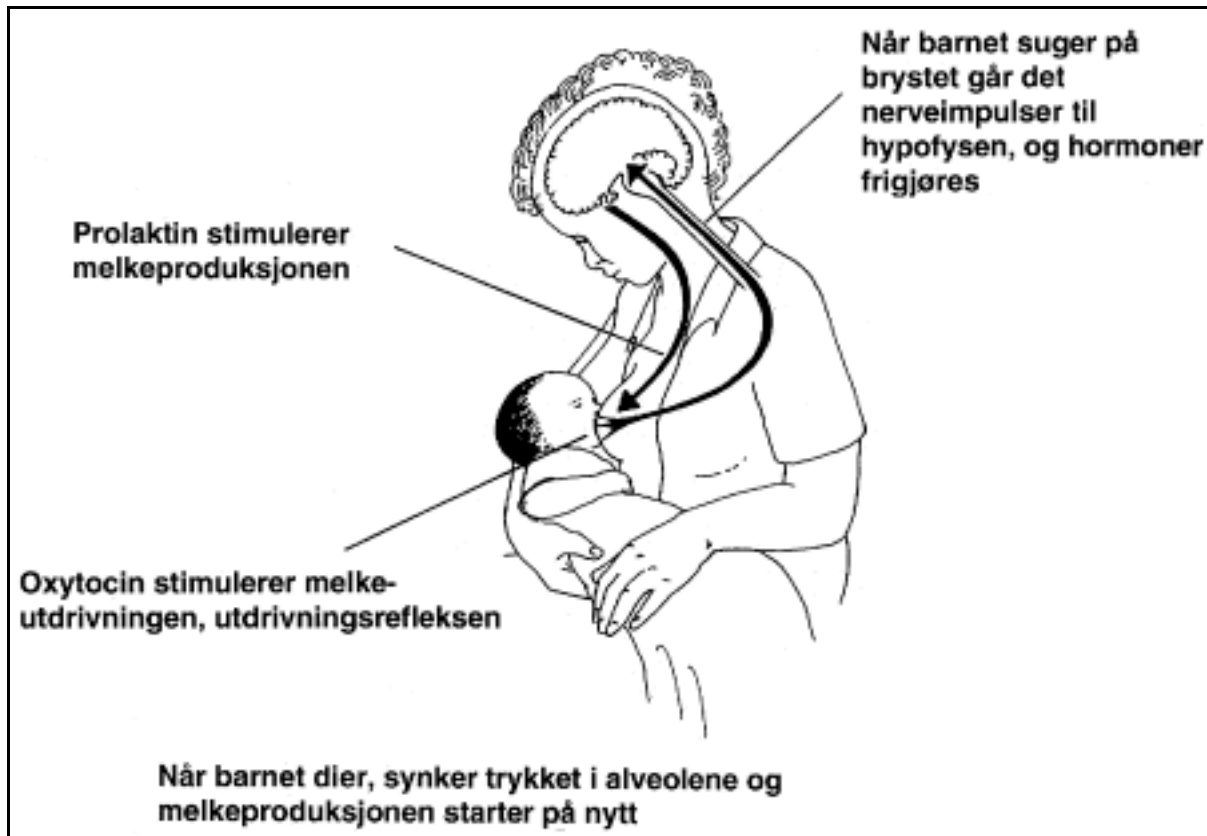
Colostrum, den gylne råmelken, finnes i brystene fra fødselen, hos noen allerede under graviditeten. Den egentlige melkeproduksjonen kommer som regel i gang 2.-3. døgn etter fødselen. I denne perioden er brystene ofte hovne og spente og kvinnen får brystsprenng. Den beste profylaksen og behandlingen mot brystsprenng er hyppig amming, eller pumping hvis barnet ikke er tilgjengelig eller kan suge.



Illustrasjon 2: Brystets anatomi

Melken som epitelcellene produserer blir lagret i alveolene, en slags “melkesekker”. Hver alveol omslutes av glatte muskelceller, disse muskelcellene er avhengig av hormonet **oxytocin** for å kunne trekke seg sammen og hjelpe melken ut i de 10-15 melkesjøene (melkesinusene) som ligger i utkanten av brystknoppen og aerola (det brune området rundt brystknoppen). Oxytocinresponsen er et resultat av at særlig brystknoppen blir stimulert. Noen kvinner

kjenner utdrivningsrefleksen som en prikkende, stikkende følelse i brystet, noen beskriver det som å ha ”farris” i brystet. Oxytocin motvirkes av adrenalin slik at ved uro, sinne eller høyt stressnivå kan det være vanskelig å få utløst denne refleksen. Det er imidlertid individuelt hvordan man reagerer. Melkeproduksjonen er også avhengig av at brystet får slippe ut melk. Mengden som blir sluppet ut erstattes ved ny produksjon. En manglende eller svak utdrivningsrefleks vil over tid føre til en minkende melkemengde, ettersom brystet ikke gir fra seg melken på en effektiv måte. Melkeproduksjonen er særdeles effektiv under og rett etter ammingen og det er i praksis umulig å tømme brystet helt.



Illustrasjon 3: Prolaktin og oxytocinrespons

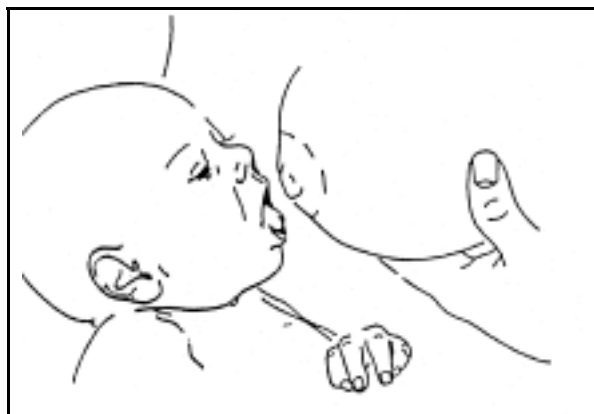
Ammestilling og riktig sugeteknikk

Riktig sugeteknikk og god ammestilling kan forebygge mange av de vanligste ammeproblemene som for eksempel såre brystknopper, tilstoppede melkeganger og for liten melkeproduksjon.



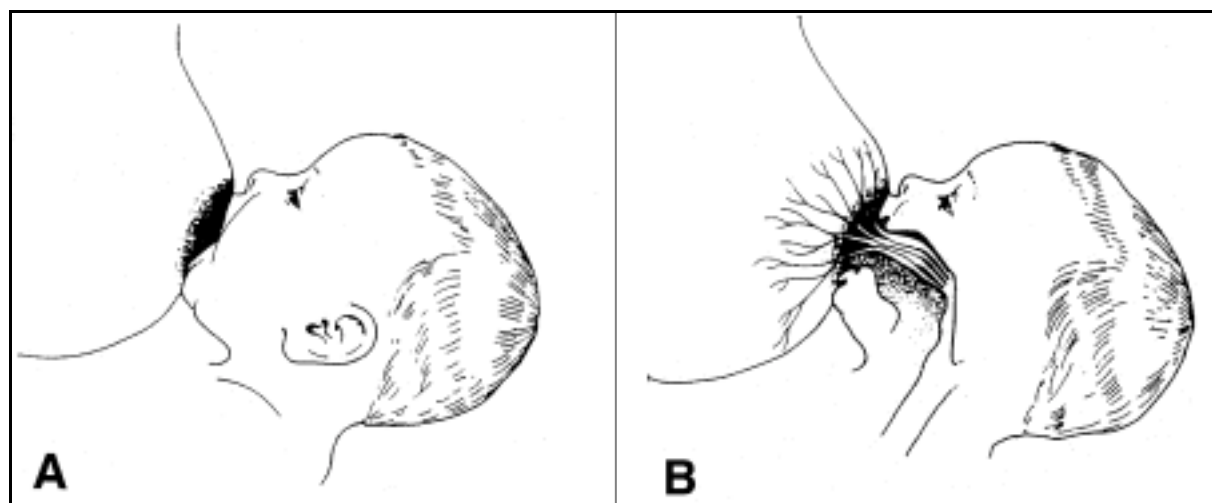
Illustrasjon 4 : Brystet tilbys barnet, lett støtte med hånden fra undersiden

Barnet skal legges til brystet og ikke brystet til barnet. Diebarnet skal ha tett kontakt med morens kropp, barnet ligge med sin mave mot morens kropp. Munnen skal være i høyde med brystknoppen, og barnet må gape høyt og føres mot brystknoppen slik at brystknoppen kommer inn i den øverste delen av munnen (se Illustrasjon 5). Brystet tilbys ved å støtte det fra undersiden (se Illustrasjon 4) unngå å forme brystet som en smokk. Munnen skal være vidåpen,



Illustrasjon 5: Barnet gaper høyt før det legges til brystet .

haken i kontakt med brystet og underleppen godt krøllet utover. Hvis barnet bøyer nakken for mye framover, graver nesen seg ned i brystet, og det blir i tillegg vanskelig for barnet å svelge. Det er ofte bare å få barnets nederdel tettere til mors kropp, så kommer nesen fri. Mor bør sitte eller ligge godt, slik at hun slapper av i rygg og skuldre. Stolen hun sitter i bør ha rak rygg slik at brystene henger litt framover. Puter brukes til å støtte mors hode ved liggende stilling og under armene ved sittende stilling (se Illustrasjon 7, s. 24).



Illustrasjon 6: A) En god sugeteknikk, barnet har godt tak, gaper høyt, haken er i kontakt med brystet, munnen er full av bryst, barnet har ingen trutmunn og underleppen er krøllet litt utover. B) Tverrsnitt av barnets munn og brystknoppen ved godt sugetak.

Ammeobservasjons-ark

Som et hjelpemiddel og opplæringsredskap i forhold til vurdering av et brystmåltid kan Helen Armstrongs ammeobservasjons-ark være en god hjelp (se vedlegg VIII). Det er basert på friske, fullbårne barn, men kan med fornuft og kunnskap også brukes ved bedømmelse av et ammemaåltid hos et prematurt eller et sykt barn. En kortfattet sjekkliste er utarbeidet av Morbarn vennlig initiativ og er et annet hjelpemiddel, se ramme nedenfor.

Sjekkliste for å evaluere ammesituasjonen:

Tegn som kan tyde på en god ammesituasjon:	Tegn som kan tyde på mulige problemer:
Mors stilling: <ul style="list-style-type: none">✓ avslappet, understøttet✓ ser på barnet✓ holder godt	Mors stilling: <ul style="list-style-type: none">✓ bundet, anstrengt✓ stirrer bort✓ holder ikke godt tak
Barnets kropp: <ul style="list-style-type: none">✓ ligger vendt mot mor✓ meget tett inntil✓ støtte også for kroppen	Barnets kropp: <ul style="list-style-type: none">✓ vendt delvis bort fra mor✓ har siden til mor, litt unna✓ bare skuldre/hodet støttet
Barnets hode: <ul style="list-style-type: none">✓ haken i kontakt med mors bryst✓ hodet bøyd litt bakover	Barnets hode: <ul style="list-style-type: none">✓ nesen klemt inn i brystet✓ hodet bøyd fram
Barnets suging: <ul style="list-style-type: none">✓ vidåpen munn full av bryst✓ kjevene beveger seg helt bak mot ørene✓ dype sug-svelg høres eller ses	Barnets suging: <ul style="list-style-type: none">✓ trutmunn, halvlukket munn, tar bare tak rundt brystknoppen, suger mest med leppene✓ bare (rask) overflatisk suging
Tid: <ul style="list-style-type: none">✓ 5-30 minutter✓ barnet slipper selv	Tid: <ul style="list-style-type: none">✓ kort eller lang ammetid✓ mor skifter bryst for tidlig✓ ammingen avbrytes for tidlig

Ammeveiledning på helsestasjonen, MBVI, 1996



Illustrasjon 7: Gode amместillinger: A) med barnet liggende på madrassen, morens skulder på madrassen og puter under morens hode B) med barnet liggende på en pute (“Rachels knep”).



Illustrasjon 8: Gode ammestillinger: A) sittende på en vanlig stol med rett rygg gir brystet god form, lett å få godt sugetak for barnet B) sittende i en sofa med puter bak slik at ryggen blir rett.

Start av melkeproduksjon med pumpe

De fleste kvinner som får sitt barn overført til en neonatalavdeling blir nødt til å bruke brystpumpe for å starte melkeproduksjonen eller for å holde den ved like. Studier har vist at det er nødvendig for de fleste å pumpe mer enn fem ganger pr. døgn for å oppnå en optimal melkemengde og å bruke over 100 minutter pr. døgn (Hopkinson, et al., 1988). Man bør starte så snart som mulig og helst innen 6 timer etter fødselen, fordi oxytocinreseptorene i brystet er særlig følsomme de første timene post partum. Stimulering av brystknoppen bør starte allerede på fødestua. Oxytocinresponsen vil også være gunstig for å trekke sammen livmoren. Her har innsatsen til personalet på føde- barselavdelingen stor betydning. Deres service og støtte til den nybakte mor i denne fasen er en stor oppmuntring og dessuten helt nødvendig. Hvis man tar utgangspunkt i normal ammeфизиologi ville det være naturlig å oppmuntre disse kvinnene til å pumpe opptil 7-8 ganger i døgnet i barseltiden og pumpe om natten hvis de er motivert for det. Mødrene bør informeres om at høy pumpefrekvens i barseltiden vil være gunstig for melkemengden og kan være med på å øke mulighetene for vellykket amming (Häggkvist m.fl., 1993).

Etter hjemreise avhenger pumpefrekvensen av melkemengden. Om det er lite melk bør mødrene fortsette å pumpe seks eller flere ganger i døgnet, ved stor produksjon kan pumpefrekvensen

eventuelt reduseres. Mødrene bør informeres om fordelene med dobbeltpumping. Ved bruk av brystpumpe blir brystknoppen lite stimulert, og det er derfor viktig at brystknoppen blir stimulert manuelt ved å dra forsiktig i brystknoppen eller trille den forsiktig mellom fingrene før pumpestart for å få en bedre oxytocinrespons. Varme på brystene letter utdrivningsrefleksjonen, varme håndklær eller varmeflaske kan f.eks. benyttes. En kopp med noe varmt å drikke kan også være til hjelp. Å sitte ved kuvøsen og pumpe, gjerne med barnet på fanget hos mor, er en ypperlig måte å stimulere utdrivningsrefleksjonen på. Hvis utdrivningsrefleksjonen uteblir etter at alle "naturlige" tiltak er prøvd, kan syntocinon-spray være en hjelp, det er kunstig oxytocin i form av neseppray. Det bør ikke være en rutine å dele ut dette til alle mødre som pumper, da vi i dag ikke vet hvilke langtids effekter middelet har, og kvinnene dessuten ofte klarer det med kroppens egenproduserte oxytocin.

Når bør en starte med pumping etter fødselen?

Manuell stimulering av brystknoppen rett etter fødsel (f.eks. mens man venter på at placenta skal komme)
 Bruk av pumpe innen seks timer etter fødselen eller når mor er klar til å forholde seg til det

Hvor ofte?

6-8 ganger pr. døgn 1. uke
 5-6 ganger pr. døgn når melkeproduksjonen er kommet igang

Hvor lenge?

Ca. 10 minutter på hvert bryst

Forberedelser

Nøye håndvask
 Stimulere brystet og brystknoppen med fingrene
 Sjekk at brystglasset har rett størrelse - hvis ikke, bruk innlegg til glasset. Ved feil størrelse blir det problem å få til et vakuum
 Bruke varme på brystene
 Drikke noe varmt
 Avslapningsøvelser, spesielt hvis mor har problem med utdrivningsrefleksjonen

Eventuelle tiltak under pumping

Bytte mellom høyre og venstre bryst
 Massere brystet
 Stimulere brystknoppen på det andre brystet under pumping
 Regulere vakuumstyrken til det som kreves for effektiv pumping
 Slutte å pumpe når det ikke kommer mer melk/renner svært lite

Gjør det hyggelig!

Les et blad eller en bok
 Se på TV
 Lytt på behagelig musikk
 Se på et bilde av barnet, evt. lukte på et klesplagg
 Avdelingen gjør i stand et varmt og hyggelig pumperom

Dobbeltpumping

Det har vist seg å være gunstig å pumpe begge brystene samtidig, såkalt dobbeltpumping. Dette gir økt prolaktin-nivå i blodet, akkurat som hos tvillingmødre som ammer sine barn samtidig (Saint et al., 1986), og kan gi en økt melkemengde også hos en pumpebruker. I tillegg reduseres pumpe tiden betraktelig (Groh-Wargo et al., 1995). Det finnes spesielle dobbeltpumpesett som man kan få kjøpt som ekstra tilbehør. Disse flaskene har en ventil som forhindrer synkende pumpe styrke ved dobbeltpumping. Den vanlige pumpen kan ved hjelp av et Y-stykke

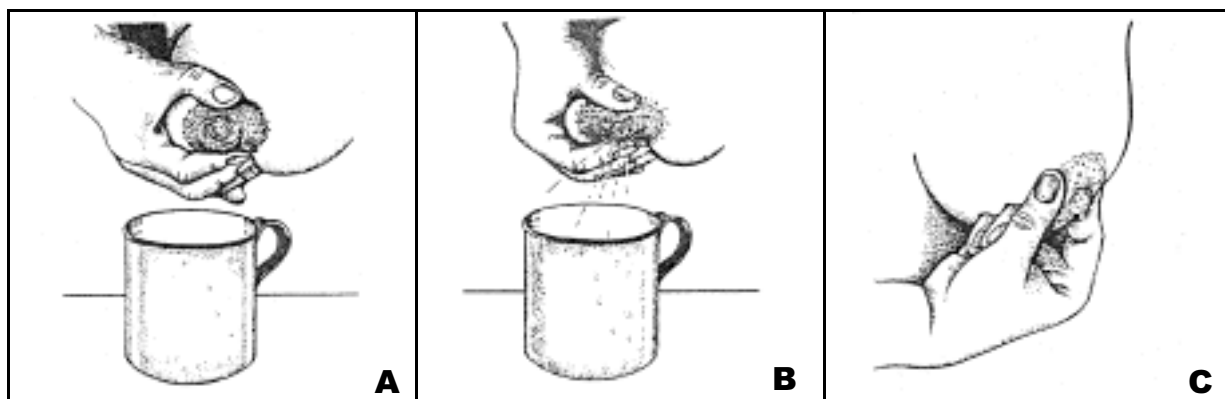
dobbelkobles til vanlige pumpeglass. Sugestyrken minker da noe, men Gloppestad har vist i en studie at ved bruk av den gamle Egnell-pumpen og vanlige 250 ml. melkeflasker, økte melkehastigheten ved denne type dobbelpumping med 56% (Gloppestad et al., 1995). Sugestyrken minker mindre dersom man bruker små pumpeglass (mindre enn 250 ml.) eller dobbelpumpesett, og dersom slangene fra maskinen til pumpeglassene er så korte som mulig.



Ill. 9: Dobbelpumping - sparer tid og kan gi økt melkemengde

Håndmelking

Håndmelking er en teknikk alle mødre bør ha fått opplæring i før hjemreise fra barsel, også mødre med barn på barneavdelingen. Håndmelking er til og med en raskere teknikk for noen, og den minsker følelsen av å være en «melke-ku» og gjør dessuten ikke moren avhengig av en maskin. Selv om de fleste foretrekker bruk av elektrisk pumpe ved pumping over lengre tid, er håndmelking et realistisk alternativ for dem som ønsker det. Med litt trening vil mødre kunne melke ut begge bryst på 20-25 minutter. Det er også en måte å føle seg litt fri på, å kunne bevege seg uten elektrisk pumpe på slep. En studie viser at melken fra kvinner som håndmelker seg har et høyere fett- (ref. kontakt med Lang 1995) og natriuminnhold enn maskinmelket morsmelk (Lang, et al., 1994a)



Illustrasjon 10: Teknikk ved håndmelking

Hvordan håndmelke?

1. Grundig håndvask
2. Bruk et egnet kar, gjerne kokt i 5 minutter hvis melken skal brukes til et for tidlig født barn.
Mor skal sitte godt. Pumpekaret plasseres enten på lårene eller på et lavt bord.
3. Stimuler utdrivningsrefleksen. Begynn gjerne med brystmassasje med lette sirkelbevegelser, stimuler brystknoppen forsiktig ved å gni varsomt eller trille den mellom fingrene slik at den reiser seg.
4. Tommelen plasseres på oversiden av brystet, i utkanten av areola og pekefingeren på samme sted på undersiden av areola. De andre fingrene støtter brystet - uten å presse mot melkeganger eller alveoler (se Illustrasjon 10A).
5. Fingrene presses inn i retning mot brystkassen. Det skal ikke gjøre vondt, men de første takene kan kjennes ubehagelige, spesielt på et fullt bryst.
6. Deretter presses de to fingrene mot hverandre. Kvinnen kan godt lukke øynene og tenke på at melken skal ut og at den renner. Noen kvinner kan kjenne melkesjøene, mens andre ikke kjenner disse i det hele tatt (se Illustrasjon 10B).
7. Fingrene presses innover, sammen, utover, slipper, presses sammen, innover, slipper osv.
8. Når melkesjøene kjennes myke etter en stund, flyttes fingrene og prosedyren gjentas rundt hele areola (se Illustrasjon 10C).
9. Fingrene skal ikke gli på huden - tørk hvis de blir våte.
10. Det skal ikke gjøre vondt å håndmelke, unntatt en ømhet ved melkespreng ved de første melketakene. Hvis det er vondt må man i felleskap finne ut hva som er feil.
11. Bruk 3-5 minutter på én side, flytt over til den andre, og gjenta deretter på begge sider en gang til, eller dersom det føles bedre, melk det ene brystet først og det andre etterpå. Utmelkingen tar vanligvis ca. 20-30 minutter, for noen går det enda raskere.
12. Det bør ikke tas noen pause i løpet av prosedyren.

Bearbeidet versjon fra "Boken om amming", med tillatelse fra forfatteren Elisabet Helsing

Kapittel 3

Oppbevaring og håndtering av morsmelk

Morsmelk er ferskvare som helst bør gis til barnet i ubehandlet form, dvs. ikke frosset eller pasteurisert, dette er for at den skal beholde sin unike immunologiske kvalitet. Mødrene bør oppmuntres til å levere fersk melk daglig og til å fryse ned resterende mengder til seinere bruk. Det er en fordel om morsmelken ikke blir fylt i mange forskjellige beholdere før den kommer til barnet. Det ideelle er å oppbevare melken i kjøleskapet i flasken som tilhører pumpesettet. Det går også bra å bruke vanlige melkeflasker som skrur sammen med selve pumpekjoldet. Melken bør merkes tydelig med navn og dato, og frossen melk må etter tining merkes at den har vært frossen og med dato for tining. Mødrene må få opplæring i god hygiene. Alltid håndvask før pumping, ikke ta unødig inne i pumpeglass og pumpekjold.

Morsmelkens holdbarhet, fersk melk og nedfrosset melk

Morsmelkens holdbarhet:

I kjøleskap	
- Fersk	48 timer
- Opptinet	24 timer
Tilsatt glukose, protein etc.	24 timer
I fryseren	3-6 måneder

Fersk morsmelk er holdbar i kjøleskap (4 grader) i 48 timer. Opptinet melk er holdbar i 24 timer i kjøleskap. Fersk og opptinet morsmelk som er tilsatt forsterkning av protein eller andre tilsetninger er holdbar i 24 timer i kjøleskap. I fryseren er melken holdbar i 3-

6 måneder avhengig av hvor fet melken er. Meget fet melk vil harskne fort. Unngå å fryse melken i plastposer da fettene lett henger igjen. Dette er dessuten sølete, og det er vanskelig å håndtere melken på en hygienisk måte. Morsmelk som skal fryses settes rett i fryseren. Det går fint å helle fersk melk rett over i emballasjen som inneholder allerede frossen melk fra før (NB! Mengden allerede frosset melk bør overstige den nyutpumpede melken, ellers er det risiko for at det tiner). Bankmelk bør pasteuriseres hvis den inneholder gramnegative bakterier. E-coli, klebsiella og/eller gule stafylokokker, hvite stafylokokker er godtatt hvis verdien <100.000/ml (Morsmelksentralen, Ullevål Sykehus).

Tining og oppvarming av morsmelk på sykehus

Tining av morsmelk foregår best i kjøleskapet over natten. Hvis det er nødvendig med rask tining kan beholderen holdes under rennende kaldt vann. Mikrobølgeovn skal ikke brukes ved tining (Sigman, 1989). Morsmelk må varmes forsiktig og aldri over 40 grader. Det er uheldig å bruke mikrobølgeovn da den gir ujevn oppheting og det kan skade melkens immunologiske egenskaper. Oppvarming av morsmelk bør skje i vannbad eller eventuelt med elektrisk flaskeoppvarmer, ikke i mikrobølgeovn.

Transport av morsmelk

For noen mødre som bor langt fra barneavdelingen, kan det være nødvendig å transportere frossen melk til sykehuset. Melken transporteres i kjølebagg med fryseelementer. Ved overflytting av barn fra et sykehus til et annet, bør kjølebagg med fryseelementer tas med. Fersk melk som transporteres i lengre tid enn 30-60 minutter bør også være i kjølebagg for å unngå oppvekst av bakterier.

Kapittel 4

Generelle ammeproblemer

Anna-Pia Häggkvist og Gro Nylander

Dårlig eller manglende utdrivningsrefleks

Utdrivningsrefleksen er avhengig av god oxytocinrespons for at de glatte muskelcellene rundt brystknoppen skal slappe av, melkekjertlene skal trekke seg sammen og melken skal dryppe, renne eller sprute ut. Hvis utdrivningsrefleksen fungerer dårlig over lengre tid vil dette lede til for lite melk, ettersom brystet da ikke gir fra seg melken på en effektiv måte. Problem med utdrivningsrefleksen kan også være årsaken til et urolig og skrikende barn ved brystet. Ved bruk av brystpumpe blir brystknoppen lite stimulert og det er derfor viktig med manuell stimulering av brystet før pumping. Oxytocin har adrenalin som antidot og man ser ofte at mødre får problemer med utdrivningsrefleksen, og at melkemengden blir mindre hvis barnets tilstand blir dårligere. Før bruk av kunstig oxytocin i form av nesenspray bør alle andre tiltak for å fremme utdrivningsrefleksen være utprøvd. Ved langvarig og kontinuerlig bruk over flere uker finnes risiko for tilvenning og at kroppens egen produksjon blir hemmet (Lawrence, 1994, s. 558). Mødre som har født prematurt og bruker brystpumpe er en gruppe som kan ha utbytte av syntetisk oxytocin (Syntocinon® nesenspray) (Ruis, et al., 1981).

Årsak til manglende utdrivningsrefleks:

- Lite stimulering av brystknoppen. F.eks. fordi barnet er sugesvakt eller etter bruk av pumpe
- Høyt adrenalininnhold i blodet - f.eks. ved uro, nervøsitet og sinne
- Smerte, f.eks. såre brystknopper
- Lite søvn og sliten mor

Tiltak:

- Støtte mor, gi henne tro på seg selv tro på at problemet kan løses
- Stimulere brystet og brystknoppen før hver pumping eller amming. Massere brystet med hendene. Rulle brystknoppen forsiktig mellom fingrene slik at den reiser seg og det drypper melk
- Varme brystene før pumping, med varmeflaske eller varme håndklær
- Hud-mot-hud kontakt med barnet, barnet på fanget, sitte ved kuvøsen under pumping
- Se på bilder av barnet, lukte på barneklær eller noe annet med barnets lukt
- Skjerming fra omgivelsene med skjerm Brett, eller gi mulighet til å pumpe i eget rom
- Unngå å pumpe seg rett etter spesielt stressende opplevelser
- Hvis mulig, hvile 5 - 10 min. før hver pumpestund
- Rutine kan ha positiv innvirkning; prøve å amme/pumpe i et fast rom og ha regelmessige pumpetider
- Massasje av kvinnens rygg før pumping (se Illustrasjon 11, s. 32)
- Syntocinonspray når ingen andre tiltak hjelper.



Illustrasjon 11: Massasje av kvinnens rygg for å stimulere utdrivningsrefleksen

For lite melk

Antakelse om at det er for lite melk er ikke nok, det må skaffes full visshet. Det er dessverre slik at mange mødre tror at det ikke er nok melk til barnet, f.eks. når barnet er urolig. Dårlig vektøkning hos et brystbarn der andre årsaker er helt utelukket (f.eks. hjertefeil eller infeksjon) er det eneste sikre tegn på for lite melk. For lite melk har oftest sin årsak i en ineffektiv sugeteknikk eller at barnet dier for sjelden. Mødre som pumper seg trenger spesielt mye støtte når melkemengden minker. Gi råd og veiledning og vær lydhør for den enkelte mors respons. Hvis hun ikke orker å pumpe seg mer enn hun allerede gjør, er det noen ganger bedre å støtte henne med å beholde den melkemengden hun har, hvis barnet seinere kan ta over og stimulere til økt melkeproduksjon. Det går også an å få i gang igjen en melkeproduksjon som har opphørt helt, men det krever en stor porsjon pågangsmot, et sugevillig barn og et sterkt ønske om å få det til. Noen ganger er det også riktig å støtte en mor til å avslutte pumping hvis det er en stor belastning for henne.

Årsak til for lite melk:

- For sjelden amming i forhold til barnets behov

Tiltak:

- Støtte mor, gi henne tro på seg selv
- Amme ofte, minst 10-12 ganger pr. døgn i 2-3 dager. Effekten kommer etter ca. 2 døgn
- Ta livet med ro, gjerne ligge i sengen
- Avlastning med husarbeid og barnestell
- Urtete enten av bringebærblad, lusern, fennikel, rødkløver eller vallørt, evt. ferdig blandete «ammeteer». Bland ikke urter selv (Nufer, 1993 og Lawrence, 1993 s. 344-345). Må ikke overdoseres ved tillaging, drikk ca. 3 kopper pr. dag. Effekten er ikke vitenskapelig dokumentert.

-
- Barnet er slapt, sover mye
 - Mor pumper for sjelden og lite effektivt
 - Bryst som krever uvanlig mye stimulering
 - Feilaktig sugeteknikk hos barnet, slik at brystet blir ineffektivt tømt
 - Manglende eller lite virksom utdrivningsrefleks
 - Uro, nervøsitet, stresset og sliten mor
 - Morkakerest som hemmer melkeproduksjonen
 - Mor røyker, reduserer prolaktin-nivå i blodet
 - Se «tiltak ved sugesvakt barn» - s. 56
 - Eventuelt bruke pumpe/håndmelking ved siden av amming
 - Se også tiltak ved for sjelden amming
 - Stimulere utdrivningsrefleksen før pumping - se forrige avsnitt. Evt. bruke syntocinonspray
 - Pumpe 8-10 ganger pr. døgn i 2-3 dager.
 - Prøve dobbeltpumping
 - Pumpe 1 gang om natten hvis det ikke blir en belastning for kvinnen
 - La barnet ligge mye hud mot hud
 - La barnet ha kontakt med brystet. Slikke, sutte og hvis moden for det; suge.
 - Intensivere alle tiltak som er nevnt ovenfor hvis moren er innstilt på det.
 - Behandling med metoclopramide (Primperan®) - se eget avsnitt i dette kap.
 - Korrigere ammestilling og sugeteknikk - se s. 22
 - Stimulere utdrivningsrefleksen - se s. 22
 - Gå gjennom den enkelte mors hverdag. Prøve å hjelpe henne med å redusere antall gjøremål og minske stress. Ved sykt barn, gi trygghet med korrekt informasjon om barnets tilstand og gi håp. Viktig med fars behov og ressurser.
 - Symptomene er at livmoren ikke trekker seg sammen, uvanlig stor blødning. Må utredes og behandles.
 - Gi støtte til å redusere eller slutte å røyke. Hvis hun ikke klarer å slutte helt; amme, ta en 1/2 røyk etter amming og vente med neste halve røyk til etter neste amming.

Hvis effekten uteblir og mor sliter fælt med pumping og melkemengden bare minker, bør hun få god støtte til å slutte å pumpe hvis hun ønsker det.

Metoclopramide (Primperan®) ved for lite melk

Flere studier har vist at Primperan har en forbigående positiv effekt på prolaktin-nivået og melkeproduksjonen (Ehrenkranz, et al., 1986, Kauppila, et al., 1985 og Gupta, 1985). Det gis i form av en kur med Primperan® peroralt 10 mg x 3 i 5-10 dager. I de tilfelle Primperan® faktisk gir økt melkemengde vil effekten komme etter ca. 2 døgn. Melkemengden kan synke igjen når Primperan® er seponert. Bruksområdet for Primperan® er derfor svært begrenset og med tanke på bivirkninger av medikamentet bør det kun ordineres etter nøye overveielse. Før Primperan® gis skal alle andre tiltak for å øke melkemengden være utprøvd. I noen tilfeller kan det imidlertid være viktig for mor å se at hun lager mer melk, det kan være en støtte i en overgangsperiode. Min erfaring er at den beste effekten fås ved å gi tablettkuren til en mor med svært lite melk, kuren gis når barnet skal utskrives og har blitt flink til å suge. Barnet er den absolutt beste stimulansen for melkeproduksjon og en pumpe vil aldri kunne erstatte dette. Andre situasjoner hvor Primperan® kan være verdt et forsøk, er hos en kvinne som svært gjerne vil beholde melken, men trenger oppmuntring i form av økt melkemengde for å holde ut med pumpingen. Det kan også være en hjelp ved amming av adoptivbarn.

Akupunktur ved for lite melk

Effekten av akupunkturbehandling av kvinner med for lite melk er ikke vitenskaplig dokumentert. Det har derimot vist seg i praksis at noen ser ut til å ha god effekt av dette. Hvis sykehuset har egen akupunktør til smertebehandling kan det kanskje være mulig for kvinnene å få behandling på sykehuset. Ellers vil dette bli en behandling kun for kvinner med interesse for alternativ medisin og som kan prioritere dette økonomisk. Erfaringer tyder på at det ikke er så mange behandlinger som skal til for å få effekt, dessuten er alternativet, morsmelkerstatning, heller ikke gratis.

Såre brystknopper

Ammestilling og sugeteknikk

Den vanligste årsaken til såre brystknopper er feilaktig sugeteknikk eller ammestilling (se Illustrasjon 16, s. 44).

Forebyggende:

- Vær nøye med ammestilling og barnets sugeteknikk (se Illustrasjon 12)
- Brystknoppene smøres inn med noen dråper brystmelk etter hver amming
- La brystene luft-tørke
- Bruk ikke såpe på brystene, det virker uttørrende
- Hvis brystene lekker - skift kluter ofte.

Tegn på at barnet tar brystet riktig:

- Barnet gaper høyt, ingen trutmunn
- Underleppen er krøllet litt utover
- Munnen er full av bryst
- Kjevemusklene arbeider rytmisk helt bak til ørene.



Illustrasjon 12: Barnet har godt sugetak

Tiltak:

- Riktig ammestilling og god sugeteknikk
- Begynne å pumpe/amme på det minst såre brystet
- Stimulere utdrivningsrefleksen før barnet blir lagt til
- Variere ammestillingen for å avlaste sårt område. Legg f.eks. barnets kropp under armhulen til moren (se s. 64, tvillingamming)
- Unngå «kosesuging», avbryt ammingen når barnet begynner med lange pauser mellom sine suge- og svelgebevegelser
- Håndmelking av brystet før amming hvis det er hardt og spent gjør det lettere for barnet å få godt tak
- Unngå unødig drag i brystknoppen, bruk fingeren forsiktig i barnets munn til å heve vakuum hvis det er ønskelig at barnet skal slippe taket
- Sinkholdig salve virker vannavstøtende og sårtilhørende og kan brukes ved fuktig og sår hud (Norges Apotekerforening, 1995).

Når ingen av disse tiltakene hjelper ...

- Brystknoppen har dype sprekker
- Pensle med Nelex eller Lapis (sølvnitrat). Om kvelden i 3 dager, dette koagulerer blødning og er antiseptisk (Norges Apotekerforening, 1995). Ikke vitenskaplig dokumentert. Utføres av helsepersonell som kjenner bruken av Lapis/Nelex
- Brystknoppen har sår selv etter korrekt amnestilling og sugeteknikk
- Ammepause med håndmelking, barnet får melk med kopp eller skje
- Mild kortisonkrem 1% eller middels sterk. Smøre på 2-3 ganger daglig, ikke mer enn en uke. Unngå at barnet får i seg salven, tørk forsiktig av med vann
- Brystskjold løser ikke problemet, men kan gi avlastning, brukes som en siste nødløsning. (se s. 68)
- Soppinfeksjon. Brystknoppen kan være bringebærrød, svært sår. Noen kan kjenne «glødende strenger» i brystet ved amming. Barnet kan ha trøske i munnen eller mor kan ha soppinfeksjon i underlivet.
- Brystknoppen behandles med soppdrepende middel i 7-10 dager. Noen ganger nødvendig med peroral behandling av mor. Når mor har soppinfeksjon skal sopp (trøske) hos barnet alltid behandles. Det bør vurderes å behandle barnet også når det ikke er tegn til trøske
- Brystknoppen har eksem-lignede utslett
- Henvis til hudlege

Mulige tegn på feilaktig amnestilling (se s. 44):

- Sammenpressede lepper, «trutmann»
- Sammenpresset og fargeløs brystknopp umiddelbart etter amming
- Såre brystknopper og smerter
- Innsugde kinn
- Mye lyder under ammingen
- Barnet slipper brystet og kaster seg bakover
- Mellomrom mellom hake og bryst
- Stadig langvarig amming, mistriksel hos barnet
- Liten vektøkning og stor, løs avføring pga. lavt fettinntak
- Mange sugebevegelser for hver svelging. Perioder der det er ett sug pr. svelging, gjennom hele amnestunden. Åpenbar mistriksel og sult hos barnet.

Maureen Minchin, Positioning for breastfeeding

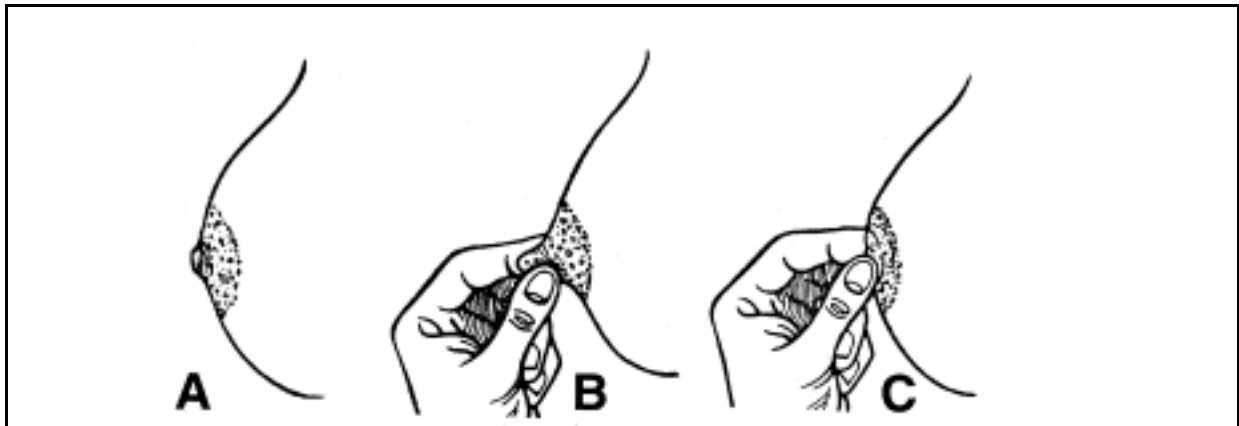
Store flate brystknopper

Dette trenger ikke å være et problem, men blir det når barnet ikke klarer å få et bra feste til brystet.

Tiltak

- Oppmuntre mor med at det blir lettere når brystet blir mykere, etter at melkeproduksjonen har tilpasset seg barnets behov og hevelsen i brystet har lagt seg. Dessuten vokser barnets munn raskt
- Hvis årsaken er mye melk i brystet, kan det hjelpe å pumpe/håndmelke litt før amming
- Varier ammestillingen. Å holde barnets kropp under armen (se s. 64 , tvillingammning) kan f.eks. gi en annen form på brystet slik at det er lettere for barnet å få et godt feste
- Hvis absolutt ingenting annet hjelper, bruk et tynt brystskjold av latex, men vær oppmerksom på de uheldige effektene ved bruk av brystskjold (se s. 68).

Innadvendte brystknopper

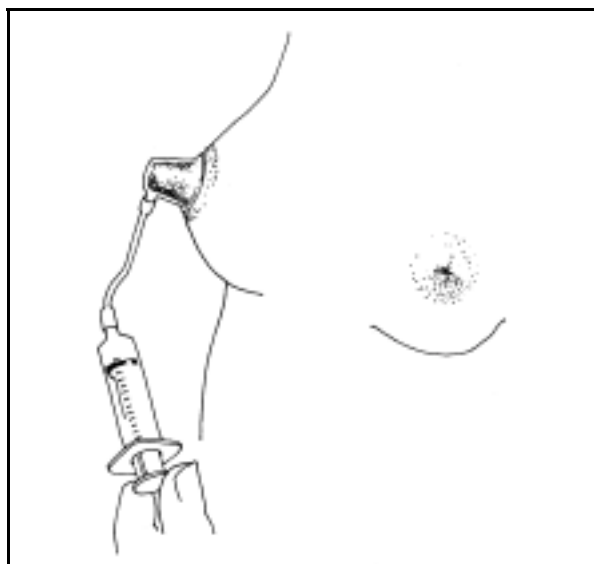


Illustrasjon 13: Innadvendte brystknopper. A) Brystknoppen ser flat ut. B) Når man klemmer på brystknoppen kommer den ut, den er ikke innadvendt. C) Når man klemmer på brystknoppen kommer den ikke ut, men går innover, den er innadvendt.

Det er kun når kvinnen har ekte innadvendte brystknopper at det vil kunne bli et reelt ammeproblem. Barnet får vanskeligheter med å få tak og får lite sugestimulus i ganen, ettersom det ikke blir mulig å suge ut brystknoppen. Ved innadvendte brystknopper vil tiltakene være de samme som ved store og flate brystknopper. Amming skal bestå i at barnet suger på brystet og ikke bare på brystknoppen. Det er særdeles viktig at barnet blir lagt til brystet før melkeproduksjonen kommer igang og brystet blir hardt, spent og fylt av melk og lymfevæske, og brystknoppen blir vanskelig å få tak i. Ved ekte innadvendte brystknopper vil knoppen gå innover i brystet når man klemmer rundt areola (se Illustrasjon 13 C). Behandlingen går ut på å strekke strengene som drar brystknoppen innover. All slik stimulering av brystet kan gi oxytocinrespons og gi premature rier. Brystvorteformere og manuell tøying av brystknoppene «Hoffmans exercises» som tidligere var anbefalt har trolig liten verdi. En randomsisert studie konkluderer med at bruk av brystvorteformere til og med kunne redusere kvinnens muligheter for vellykket amming (Aleksander et al., 1992).

Bruk av Niplette

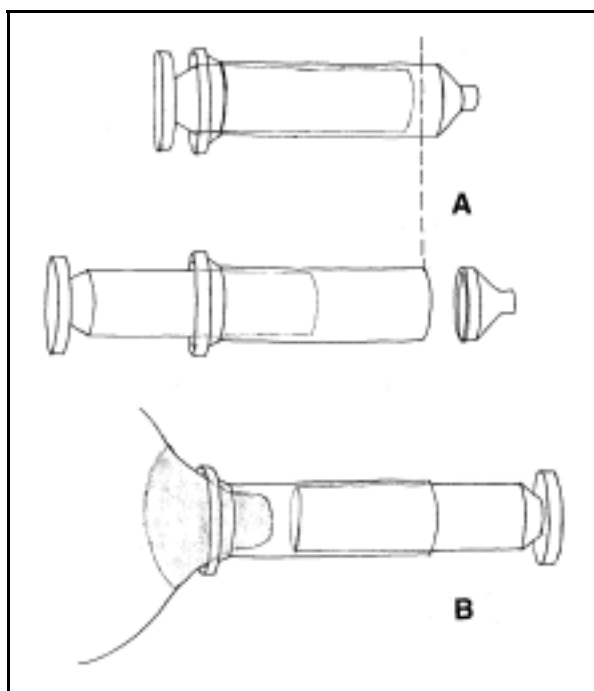
Niplette© fås kjøpt på apoteket og består av en liten plastkopp og en sprøyte som trekker ut luft slik at det dannes et vakuum som holder brystknoppen ute (se **Error! Reference source not found.**). Koppen skal helst sitte på hele dagen. Dette hjelpemiddelet er litt dyrt. Hvis begge brystene har innadvendte brystknopper holder det med én Niplette som alternerer fra det ene brystet til det andre. Den kan brukes under graviditeten og rett etter fødselen, men kan være vanskelig etter fødselen da koppen lett fylles med melk og vakuemet blir borte (McGeorge, 1994). Niplette skal alltid brukes under oppfølging av lege p.g.a. risikoen for premature rier.



Illustrasjon 14: Niplette

Bruk av avskåret sprøyte for å behandle innadvendte brystknopper

En rimeligere variant er en avskåret 10 ml. sprøyte. I en liten studie med åtte kvinner hadde syv av dem effekt av dette hjelpemiddelet (Kesaree, et al., 1993).



Illustrasjon 15: Avskåret sprøyte til bruk ved innadvendte brystknopper.

A) Kapp tvers av enden der spissen skal sitte (stiplet linje) på en 10 ml. Sprøyte.

B) Dra ut stemplet og sett det inn motsatt vei (slik at den kuttete enden ikke berører brystet). Den åpne enden av sprøyten plasseres mot huden over den innadvendte brystknoppen. Stemplet dras forsiktig ut til brystknoppen blir tøyd ut i ca. 30-60 sekunder eller så lenge det kjennes behagelig, stemplet skyves inn og vakuemet slipper. Det skal ikke gjøre vondt, bare tøye.

C) Prosedyren gjentas 3 ganger om dagen i ca. 10 minutter hver gang og før amming (Myr, 1995 og Kesaree, et al., 1993).

Tilstoppede melkeganger og mastitt (brystbetennelse)

Ved tilstoppede melkeganger blir melken av forskjellige grunner stående i ett område av brystet. Det blir en uheldig situasjon der ødem i vevet forårsakes av økt blodtilstrømning, dårlig venøs tømning og forplantet trykk fra melkeoppnopning i gangsystemet. Dersom en tilstoppet melkegang ikke blir tømt kan det lett gå over til mastitt. Overgangen mellom tilstoppede melkeganger og brystbetennelse er glidende. Mastitt kan forekomme både uten patogene bakterier (inflammasjon) og med patogene bakterier (infeksjon), og det kan utvikles enten i melkekjertlene eller i melkegangsystemet og/eller interstitielt, som er sjeldnere. Det bør være økt mistanke om infeksjon hvis kvinnen har såre eller sprukne brystknopper, ettersom dette kan være inngangsport for bakterier. Mødre som har barn innlagt på sykehus er spesielt utsatt p.g.a. særlig mange sykdomsframkallende sykehusbakterier. Det bør alltid tas en bakterieprøve av melken før evt. start med antibiotika (se prosedyre i ramme). Uansett om det er bakteriell mastitt eller ikke, er hyppig og grundig tømning av brystet et svært viktig tiltak, det vil vanligvis ha dramatisk effekt og ofte overflødiggjøre antibiotika, selv ved bakteriell mastitt. Bakterier trives ikke i en rislende bekk, men derimot i en stillestående dam!

Prosedyre for melkeprøve til bakteriologisk prøve:

- Grundig håndvask før prøvetaking
- Utdrivningsrefleksens settes igang (se s. 31)
- Brystet vaskes med sterilt vann eller NaCl 0,9%
- De første dråpene som melkes ut kastes
- Melken håndmelkes rett i et sterilt glass (se s. 27).

Årsaker, symptomer og behandling

Årsaker:

- Forsømt brystsprenng
- Dårlig drenasje av brystet p.g.a.:
 - Stram BH-kant, trykk over brystet
 - Feilaktig sugeteknikk, brystet blir dårlig tømt
 - Anatomiske forhold (tidligere traume mot brystet, medfødt krokete eller smal melkegang)
- Uteblitt tømning (f.eks. opphør av nattamming)
- Manglende eller dårlig utdrivningsrefleks
- Overproduksjon
- Kulde eller trekk

Symptomer ved tilstoppede melkeganger:

- Et område av brystet er hardt, ømt og oftest rødt
- Generell brystsprenng kan forekomme
- Klumpen forsvinner ikke under amming
- Moderat feber

Tilleggsymptomer ved bryst-betennelser:

- Brystet er hovent, vondt, varmt, rødt og kan være hardt
- Høy feber, evt. frostanfall
- Generell sykdomsfølelse, symptomer som ligner på influensa.
- Det kan være palpable lymfekjertler i armhulen og av og til røde striper fra armhulen til brystet

Behandling:

- Hyppig og grundig tømning av brystet hver andre time hele dagen, samt et par ganger om natten. Evt. bruke pumpe/håndmelking (se s. 25) hvis barnet er lite interessert. NB! det er ikke mulig å tømme et bryst helt p.g.a. topp-produksjon nettop under melking
- Forsiktig massasje av klumpen(e) i brystet, i retning mot brystknoppen, under amming eller pumping/håndmelking, etter at utdrivningsrefleksen er satt igang og melken har begynt å dryppe.
- Sjekke at barnet har riktig sugeteknikk
- Hvile, prøve å holde sengen hvis sykdomsfølelse
- Variere ammestilling, f.eks legge til barnet med kroppen under morens arm (se Illustrasjon 23, s. 64, tvillingamming). En god måte å få ut melken på er å legge barnet til slik at haken peker mot det affiserte området. Mors stilling og tyngdekraften kan også bidra til å forbedre tømningen, mor kan f.eks. stå på alle fire. Se også forslag til drenasjestilling i videoen «Bryst er best»

Smertelindring:

- Uttømming vil vanligvis gi umiddelbar smertelindring
- Smerte kan være et hinder for utdrivningsrefleksen og motivasjonen til å massere brystet. Bruk av smertestillende kan være nyttig, f.eks. et paracetamolpreparat
- Varme brystet før amming. F.eks. med varme håndklær, varmepose eller lignende. Holde brystene varme f.eks. med ullinnlegg
- Varm dusj eller bad ved håndmelking samt massasje kan lette på utdrivningsrefleksen
- Hvis det er store problemer med utdrivningsrefleksen, og stimulering av denne ikke hjelper, kan Syntocinonspray tas i bruk.

Uttømming av brystet bør forsøkes hyppig og grundig i 12-24 timer før det gis antibiotika, dersom mor ikke er svært syk (feber over 40°C, i redusert allmenntilstand eller har sepsistegn.)

Behandling ved mistanke om infeksjøs mastitt**Disponerende faktorer:**

- Sprekker i brystknoppen
- Gule stafylokokker i miljøet
- Ineffektiv behandling av ikke-infeksjøs brystbetennelse/tilstoppet melkegang
- Kvinner med svakt immunforsvar

Behandling:

- Start eller fortsett samme behandling som ved tilstoppede melkeganger/brystbetennelse, se ovenfor
- Bakterieprøve av melken før start av antibiotika
- Antibiotikum, se eget avsnitt nedenfor

Antibiotika-behandling

Antibiotika gis når høy feber vedvarer til tross for uttømmingsregime i ett døgn, eller når tilstanden er så alvorlig at man ikke tør å vente på effekten av dette. Uansett må antibiotika kombineres med uttømming fordi stase gir lav konsentrasjon av antibiotika i brystet og fordi melken som blir stående i gangsystemet gir gode vilkår for vekst av bakterier.

Flere undersøkelser tyder på at rundt halvparten av bakterielle mastitter, i alle fall noen år tilbake, var forårsaket av *Staphylococcus aureus*, de fleste av dem penicillinase-produserende. Faktorer som trekker i den retning er infeksjoner som kommer de første ukene post-partum (sykehusinfeksjoner), stadige recidiv av mastitt, behandlingsresistens mot førstevalgs-antibiotika og abscess-dannelse. I slike tilfeller kan man tillate seg å behandle direkte med spesialantibiotika mot gule stafylokokker, f.eks. (Di)kloxacillin, selv før svar på resistensbestemmelse ved bakterieundersøkelse av melken foreligger.

Andre vanlige bakterier i melk er betahemolytiske streptokokker og pneumokokker. Det bør observeres at i normalflora fra friske melkedonorer er det påvist koagulasenegative stafylokokker hos 86%, *Streptococcus viridans* hos 8% og *Staphylococcus aureus* hos 4%.

Norsk Legemiddelhåndbok anbefaler generelt Fenoxymethylpenicillin som førstehandspreparat. Erytromycin (gule stafylokokker er ofte resistente), Cefalosporiner og Klindamycin er andre alternativer. Behandlingslengden bør alltid være minst 10 dager, lengre ved recidiv.

Konsentrasjonen av antibiotika i morsmelk beregnes til ca. 1-5% av mors serumkonsentrasjon. D.v.s. at barnet får en minimal dose, men det kan selvsagt sensibiliseres. Dette velger man å risikere for å opprettholde melkeproduksjonen (dette avsnittet er i sin helhet tatt fra permen «Ammeveiledning på helsestasjonen, MBVI, Nylander, 1996).

Bryst-abscess

Man kan få mistanke om at det foreligger en abscess dersom brystet er særlig ødematøst, hele brystet er forstørret eller man kan palpere en fluktasjon (et område med flytende innhold). Det kan være vanskelig å palpere dypere abscesser og ved mistanke bør det henvises til ultralydundersøkelse, vanligvis på røntgenavdelingen. I akutfasen får kvinnen en betydelig nedsatt almentilstand. Hvis behandling uteblir kan det lede til sepsis hos mor eller en innkapsling av byllen. Ved innkapsling vil allmenntilstanden bedres og feberen gå ned. Bryst-abscess må behandles med incisjon og drenasje. Barnet bør legges inn sammen med mor og amme på det friske brystet. Det angrepne brystet må avlastes for melkespreng ved amming hvis det ikke tømmer seg puss i melkegangene (se neste avsnitt), eller gjennom håndmelking/pumping. En motivert mor kan som oftest gjenoppta ammingen på begge bryst etter en tid. Hvis ikke det er mulig er det ingenting i veien for at barnet til og med fullammes kun fra det ene brystet (Nylander, 1988).

Bør barnet få melk ved mastitt eller brystabscess?

Ammingen kan fortsette ved de aller fleste tilfeller av mastitt, også under antibiotikabehandling og etter incisjon av abscess. Det eneste unntaket er der hvor en abscess tømmer seg i melkegangene. Man kan teste dette slik: Vanligvis vil melk gli inn i en vattdott mens puss vil legge seg utenpå. Sammenlign med melk fra det andre brystet. Det er også viktig å amme da

barnet er den beste til å tømme brystet. En pumpe vil aldri kunne erstatte effektiviteten hos et barn med en god og energisk sugeteknikk. Det kan derimot forekomme at barnet avviser brystet. Dette kan skyldes en endret permeabilitet i brystepitelet som gir en litt saltere melk og/eller endret pH med tilsvarende smaksforandring

Hva med avvenning?

Avvenning ved tilstoppede melkeganger eller brystbetennelse bør som hovedregel ikke forekomme. Avvenning kan derimot være aktuelt dersom det er stadige recidiv i et bryst. Avvenningen må ofte skje under dekke av antibiotika fordi man nødvendigvis får en melkeretensjon. Brystet tømmes best mulig og bindes deretter opp så det klemmes varsomt mot brystkassen. Deretter bare uttømming når nødvendig, og bare nok til at brystet igjen kjennes rimelig behagelig. Det skal ikke brukes medikamentell laktasjonssupresjon, da dette har liten effekt ut over den første tiden post-partum og dessuten har betydelige bivirkninger.

Avsnittene om tilstoppede melkeganger og mastitt er i hovedsak basert på dr.med. Gro Nylanders bidrag i MBVIs perm «Ammeveiledning på helsestasjonen».

Kapittel 5

Alternativ til bruk av flaskesmokk

Hvorfor bør smokk unngås?

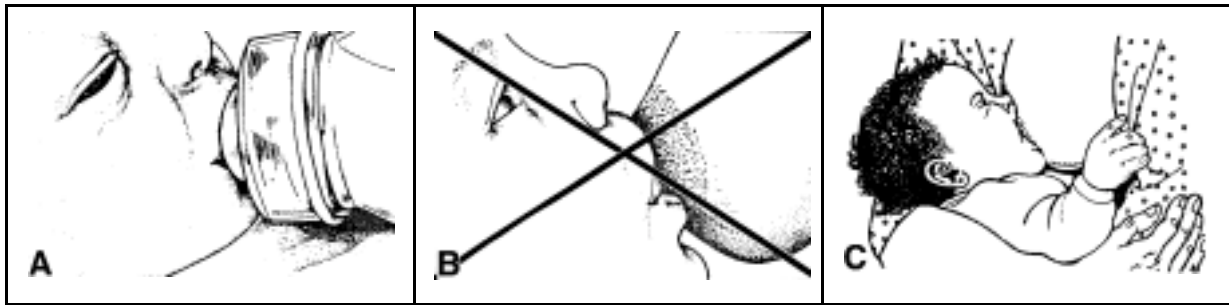
Å unngå bruk av narresmokk og flaskesmokk til brystbarn er et av kriteriene for godkjenning av føde-/barselavdelinger i WHO/UNICEFs Baby Friendly Hospital Initiative. I den norske oppfølgingen, Mor-barn vennlig initiativ (MBVI), er dette punktet noe modifisert ved tilføyelsen «..... i hvert fall til ammingen er vel etablert», dvs. at barnet har god sugeteknikk og mor har rikelig med melk.

En av grunnene til at smokk bør unngås, er at sugeteknikken ved bryst og smokk er svært forskjellig, og barnet kan utvikle «sugeforvirring». Ved brystet er barnets munn vidåpen og det trekker den elastiske brystknoppen langt bak i svelget (Woolridge, 1986). Tungen danner bevegelser som minner om trykkbølger og spiller en aktiv rolle i forbindelse med utmelkingen. Når barnet suger på en flaskesmokk, danner munnen en trut, tungen blir ikke trukket fram og barnet må lage vakuum gjennom å suge, mens tungen er inaktiv (Royal college of midwives, 1992) (se Illustrasjon 16 B). De forskjellige sugeteknikkene ved bryst og flaske innebærer også at barnet har forskjellig pustemønster, sugefrekvens, kjevebevegelser og lengde på måltidene (Riordan, et al. 1993, s. 99).

Feilaktig sugeteknikk kan ikke bare føre til at moren får såre brystknopper, det kan også forårsake mange andre problemer på kort og lang sikt. Barnet kan suge så ineffektivt at det fører til sviktende melkeproduksjon. Barnet får dårlig vektøkning, og kan i verste fall bli dehydrert. Ineffektiv suging kan også føre til at barnet ikke får i seg den fettrike ettermelken, og dette kan gi kolikkplager og urolig mave (Woolridge, 1993). Det er heller ikke uvanlig at moren får tilstoppede melkeganger eller brystbetennelse i forbindelse med feilaktig sugeteknikk. En randomisert studie har bl.a. vist at en ikke korrigert feilaktig sugeteknikk påvirket ammelengden i negativ retning (Righard, 1992).

Det er også risiko for at barnet kan bli «preget» av smokken og at dette kan ha betydning for at barnet velger smokk framfor brystet (Lawrence, 1994, Liseth, 1995). Når det gjelder premature barn og barn som er hypotone med svake reflekser, kan man risikere at barnet blir avhengig av den sterke stimuleringen en hard smokk gir i ganen og derfor blir lite interessert i brystet (Marmet, et al., 1984).

Narresmokk bør unngås p.g.a. risiko for sugeforvirring, men også fordi bruken kan føre til for lav melkeproduksjon. Når barnet signaliserer kontaktbehov eller sult får det tilbud om en narresmokk i stedet for brystet. I verste fall kan dette føre til alt for liten stimulering av mors bryster, og dermed svekket melkeproduksjon og kortvarig amming (Victoria et al., 1993). Når det gjelder premature barn og andre som blir skilt fra sin mor, se avsnitt seinere i kapitlet.



Illustrasjon 16: Forskjellen på barnets lepper når barnet suger på bryst og når barnet suger på flaske. A) Barnet suger med «trutmann» på flaskesmokken. B) Barnet suger med «trutmann» på brystet. C) Barnet har godt tak, gaper høyt, munnen er full av bryst, ingen trutmann og underleppen er krøllet litt utover.

Kan man forutsi hvilke barn som blir sugeforvirret?

Noen blir sugeforvirret, andre ikke. Vi vet ikke på forhånd hvilke barn som vil takle å forholde seg til to forskjellige sugeteknikker.

Noen faktorer som gir mindre risiko for sugeforvirring:

- Et friskt og aktivt barn som har god sugeteknikk fra første forsøk
- Barn som har hatt mulighet til å die i løpet av første kontakt med mor. Mor og barn har hatt uforstyrret kontakt i 2-3 timer etter fødselen slik at de har kunnet lære å kjenne hverandre
- Introduksjon av flaskesmokk/narresmokk er utsatt til barnet har tatt flere ganger fra mors bryst, eller enda bedre, til mor har fått i gang god melkeproduksjon
- Barnet har ingen problemer med å få et godt tak på brystet
- Mor har rikelig med melk
- Mor er «lettmelket», d.v.s. utdrivningsrefleksjonen fungerer godt (Newman, 1990).

Et nyfødt barn som er skilt fra moren har økt risiko for å utvikle sugeforvirring

Et barn som skilles fra moren fra starten, er mer utsatt for sugeforvirring enn det friske nyfødte barnet. I tillegg til risiko for sugeforvirring finnes det også andre viktige grunner til å introdusere mors bryst før flaskesmokken. Et viktig hensyn ved behandling av syke barn som skal begynne å ernære seg selv, er at barnet har helse og krefter nok til å suge selv. Ved å tilby brystet er barnet definitivt sjef, - det er nesten umulig å få et barn til å ta brystet hvis det ikke har nok krefter. Derimot er det mulig å presse i barnet melk ved hjelp av flaskesmokk og stimulering.

Amming er en kompleks prosess der mors evne til å stole på seg selv er av stor betydning. Bruk av flaske etter et mislykket ammeforsøk kan ta fra en mor selvtilliten. Det lønner seg derfor å forberede mor på at det syke barnets første kontakt med brystet ikke nødvendigvis resulterer i amming, samt fortelle at det kan være nødvendig å sondeernære barnet. Erfaring med hyppig bruk av flaske sammen med ammeforsøk, kontra en mye mer tilbakeholden bruk av flaske til brystbarn, har vist at restriktiv flaskebruk ser ut å gi mødrene større tillit til egne evner. Framfor alt stiller de mindre spørsmål ved om barnet virkelig har tatt nok melk ved brystet.

Premature barn har i tillegg andre fordeler ved amming framfor bruk av utpumpet melk på flaske. Studier har påvist tidligere koordinering av suge- og svelgebevegelser, mindre forekomst

av bradykardier og apneer, bedre oksygenering og en bedre temperaturregulering ved brystet kontra flaskesmokk (Riordan et al., 1993, s. 263-267).

Hva med narresmokk til barnet som er skilt fra moren?

Det finnes belegg for at det er gunstig for det premature barnet å suger på narresmokk under sondeernæring (Field, 1982 og Bernbaum, 1983). Å suge på morens bryst bør ha første prioritet, men når dette ikke er tilgjengelig kan narresmokk være en erstatning, gjerne kombinert med litt melk i barnets munn. Morens bryst er også et sted hvor barnet foruten å stille sin sult vil få trøst og ro. Bruken av narresmokk på neonatal-avdelingen er nødvendig, selv om det bør være en bevisst holdning til hvilke barn som får narresmokk og hvorfor. Det vil selvfølgelig være gunstig med en omsorgsmodell der mor har anledning til å være hos barnet sitt på døgnbasis. Det ville sannsynligvis gjøre bruk av både flaskesmokk og narresmokk mindre nødvendig!

Sondeernæring

Når barnet er altfor umodent eller sykt til å ernære seg selv, brukes en sonde lagt ned gjennom nesen eller i munnviken. Hvis barnet har respirasjonsproblemer, bør nesen unngås da det kan blokkere for barnets pust. Nyfødte puster som kjent gjennom nesen. Det bør ikke være noen faste regler for om sonden skal legges ned til hvert måltid eller skiftes hvert døgn. Dette avhenger av hva barnet trives med. Det kan også være fint å informere mor og far om at et nyfødt barn, og da spesielt det premature barnet, ikke har like sterkt utviklede reflekser ved sondenedleggelse som voksne. Foreldre kan oppleve sondemating unødvendig traumatisk.

Under sondemåltidet bør barnet ligge i en god sammenkrøllet stilling med støtte rundt kroppen, og det bør ha kontakt med sine hender. Hvis barnet er våkent bør det oppmuntres til å suge på egne fingre, foreldres eller eventuelt pleiers finger, eller på en narresmokk. Barnet som kan være ute hos foreldrene, har det selvfølgelig best ved mors bryst eller inntil fars hud. Det bør alltid dryppes melk i barnets munn ved hvert sondemåltid, det stimulerer fordøyelses-enzymmer (Hamosh, 1982 og Smith, 1986) og gir barnet en positiv opplevelse.

Ernæringsmessig er det en fordel å gi melken i form av måltider, da flere studier har vist at spesielt fettstoffene i melken setter seg fast i plasten på sprøyten og forlengesslangen under kontinuerlig sondeernæring. Til de minste barna som trenger kontinuerlig sondeernæring kan noen enkle tiltak gjøre fett-tapet mindre:

- Kortest mulig forlengesslange mellom sprøyte og sonde
- Minst mulig innvendig lumen på sonde og forlengesslange
- Sprøyten i skrå opprettet stilling (Riordan, et al., 1993, 258-259).

Koppmating - et alternativ til flaskesmokken

Det er viktig å finne gode erstatninger for flaskesmokken, ettersom det mange ganger vil finnes et behov hos brystbarnet for å drikke selv, når mor ikke er tilgjengelig. For helsepersonell er koppmating en god teknikk fordi den er lett å lære og ikke krever noe spesielt utstyr annet enn det som allerede finnes på posten. Selv om det er enkelt, trenger både den som holder i koppen og barnet øvelse. Hvis du aldri har prøvd, er det lurt å øve seg på et fullbåret barn de første gangene. Medisinglass går fint å bruke. Kanten kan være litt hard, men det kan avhjelpes lett

ved bruk av litt fint sandpapir. Hvis man synes at koppen er for lite bøyelig, blir den myk hvis den kokes. For foreldrene vil koppmating innebære at de tidlig kan ta del i ernæringen av barnet (Lang, 1994c).

Bruk av kopp eller flaske i tillegg til mors bryst i tiden fram til etablert amming kan vise seg å ha betydning for ammeforekomsten. I en studie klarte 90% av barna som diet og fikk tillegg i kopp, å ernære seg totalt gjennom amming ved utreise, mens tilsvarende andel av dem som fikk tillegget i flaske var 50% (Lang, 1994b). Det er imidlertid nødvendig med randomiserte studier for å få bekreftet dette.

Et forandringsarbeid på Saccshka Barnsjukhuset besto bl.a. i å kjøpe gode stoler til å sitte i, tidligere skjematating ble omgjort til å passe barnets individuelle behov, man sluttet å bruke flaskesmokker og barn under 35 ukers modenhetsalder ble kun sondematet og ammet. Barn over 35 ukers modenhetsalder ble ammet og fikk evt. kopp i tillegg. Barnets sultfølelse ble satt i sentrum, og det ble tillatt vektstagnasjon og vektnedgang ved overgang fra sonde til bryst. Forekomsten av fullammede barn økte fra 32% ved utreise til 69% i gruppen av barn født mellom gestasjonsuke 31 og 36. For barn født før gestasjonsuke 30 og fullbårne barn ble det liten eller ingen gevinst. Mødrenes opplevelse av å være helt utenfor barnets omsorg, ble erstattet av ønsket om mer plass for seg selv og sitt barn (Örtenstrand, 1992b).

Hvilke fordeler er det med koppmating?

Fordeler med koppmating

- Krever lite energi
- Barnet regulerer selv mengde og hastighet på måltidet
- Stimulerer leppene og tungen på en måte som er gunstig for barnets ammeteknikk
- Stimulerer koordinering av å lepje (seinere suge), svelge og puste.
- Unngår ubehagelige sondenedlegginger
- Et bra alternativ til flaske

(Lang et al., 1994b og Lang, 1994c)

Koppmating er lite energikrevende for barnet og er derfor en god metode for premature barn, barn med hjertefeil og barn med nevrologiske problem som gir seg utslag i sugesvakhet. Ved neonatalavdelingen i Exeter i England har man funnet at selv små premature med en gestasjonsalder ned mot 30 uker har tilfredsstillende hjertefrekvens, respirasjon og surstoffmetning under koppmåltidet. Det premature barnet vil fra begynnelsen lepje i seg melken, men etterhvert som

barnet modnes vil det klare å drikke små porsjoner. En av ulemper ved å bruke flaske, er at barnet ikke har så stor kontroll under måltidet. Ved koppmating har barnet kontroll over inntaket, hvis ikke melken blir helt i det. Barnet kan selv regulere hvor fort det drikker og ta pauser eller koordinere pusten når det er behov for det. Leppene og tungsens bevegelser blir aktivisert under koppmatingen. Dette har betydning for barnets seinere dieteknikk, fordi tungen spiller en aktiv rolle under diing. Barnet får også trent på koordinering av å lepje (seinere suge), svelge og puste (Lang, 1994c og Lang et al., 1994b). Med melk i munnen vil spesielle fordøyelses-enzymmer som bryter ned fett bli utsondret fra en kjertel på tungen og forbedre barnets fordøyelse (Smith et al., 1986 og Hamossh, 1982).

Finnes det noen ulemper med koppmating?

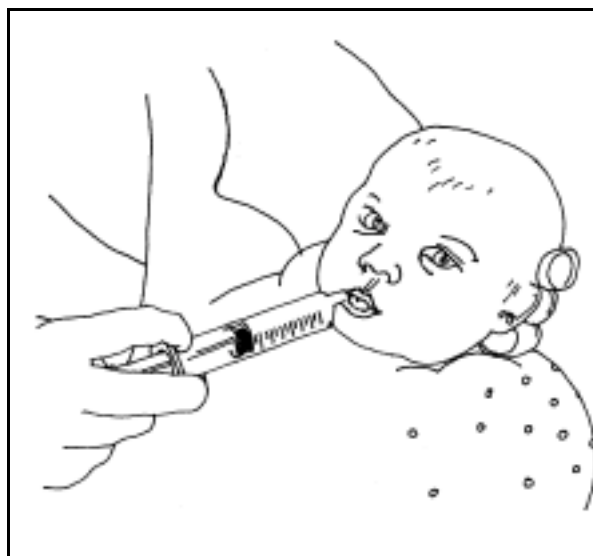
Hvis barnet ikke er holdt i en god oppreist stilling og/eller melken helles inn i barnets munn, finnes det teoretisk sett en liten risiko for aspirasjon akkurat som ved andre metoder. Noen barn nekter å drikke av kopp, spesielt hvis koppen ikke er introdusert tidlig i neonatalperioden. Hvis

barnet har hatt lite kontakt med mor og små muligheter for å die, kan det foretrekke koppen framfor brystet. Barnet «søler» ut melken, dette gjelder spesielt fullbårne barn som har svært aktive tungebevegelser (Lang, 1994c).

Se også vedlegg IX, Retningslinjer for koppmating



Illustrasjon 17: Koppmating



Illustrasjon 18: Bruk av sprøyte som alternativ til flaske.

Andre alternativ til flaske

Bruk av sprøyte (selvfølgelig uten spiss) der man drypper melken forsiktig i barnets munn, er et annet alternativ. Ved skjematning blir melken dryppet fra en flaske til en skje mens barnet gjerne ligger ned, hvilket gir risiko for aspirasjon. Det er derfor ikke noen metode som passer for umodne eller syke nyfødte barn. I stedet for flaskesmokk går det også an å bruke et nebb på flasken. Det gjør at barnet drikker i stedet for å suge. I alle tilfeller er det viktig at barnet har en oppreist posisjon for å unngå aspirasjon, og at en må ta barnets signaler på trøtthet eller metthet alvorlig. Melken skal ikke helles i barnet.

Når kan man introdusere flaskesmokken?

Brystbarnet på neonatalavdelingen bør ha god sugeteknikk, og være i stand til å ta flere måltider fra mor før flasken introduseres. Flaskesmokken kan unngås helt hvis mor får mulighet til å overnatte, eller hvis det gis mulighet for tidlig permisjon til hjemmet. Det er en fordel om avdelingen har en felles prosedyre for når flaskesmokken kan introduseres, selv om det også er nødvendig å ta individuelle hensyn. Mors ønsker er av stor betydning. I MBVIs ti trinn for en ammevennlig neonatalavdeling (se vedlegg II) heter det bl.a.:

«På en neonatalavdeling vil det alltid finnes barn som av en eller annen grunn ikke kan die, eller p.g.a. et langt sykehusopphold må ha flaske for å trives eller en narresmokk til trøst».

For eksempel vil det alltid finnes barn som rett og slett trenger meget aktiv stimulering for å komme i gang med egen ernæring. Noen få barn har også så svake reflekser at det er nødvendig med bruk av en flaskesmokk for å sette igang refleksene. Koppmating kan også være et alternativ for barn som hverken kan ta bryst eller flaske (Lang et al., 1994b og Lang et al., 1994b).

Kapittel 6

Amming av barn med spesielle behov

Blir barn med startvansker ammet?

Mødre i Norge ammer sine barn som aldri før. Barna blir ammet lenger og det har vært satset på endring ved de fleste barselavdelinger i Norge bl.a. i forbindelse med prosjektet «Mor-barn vennlig initiativ (MBVI)». Ca. 80% av alle barn som blir født i Norge i 1997 kommer til verden på et Mor-barn vennlig sykehus.

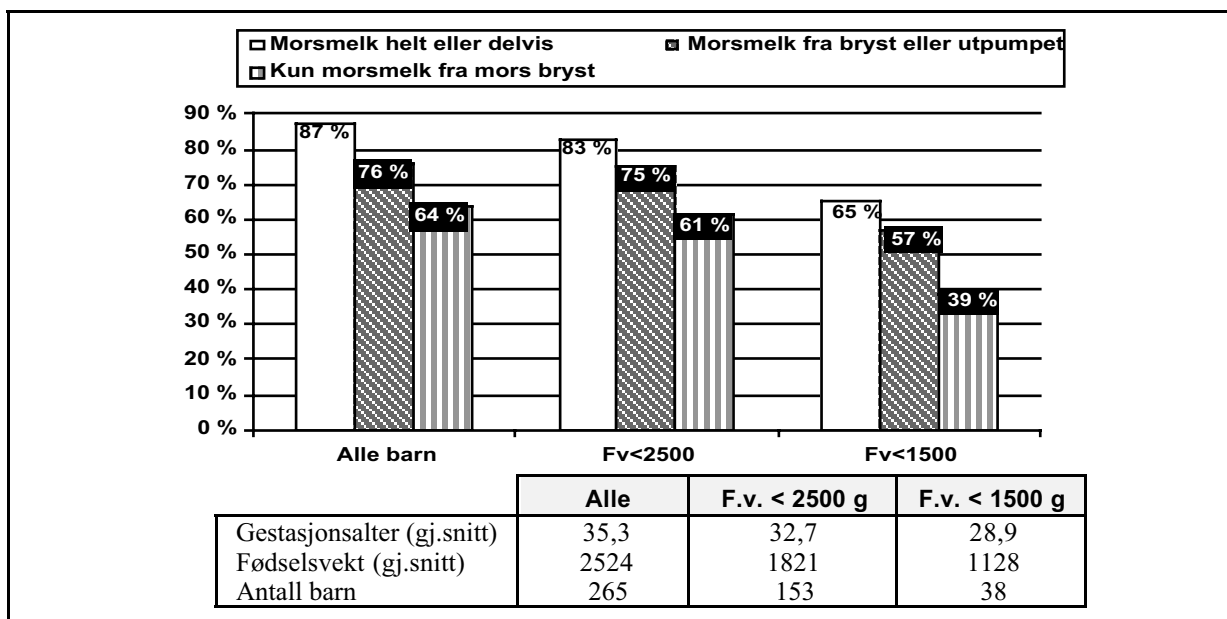
Ammeforekomst på neonatalavdelinger i Norge

I 1995 tok MBVI initiativ til en registrering av ammeforekomsten ved utreise fra neonatalavdelinger. 9 av 21 sykehus deltok og registrerte ammestatus for alle barn som ble utskrevet i en 3-måneders periode. Barna ble inndelt i tre grupper etter graden av morsmelkernæring og om de diet direkte fra morens bryst:

- barn som fikk morsmelk enten helt eller delvis
- barn som kun fikk morsmelk direkte fra morens bryst eller utpumpet morsmelk
- barn som kun fikk morsmelk direkte fra morens bryst

Når man så på gruppen som helhet, uavhengig av fødselsvekt, fikk 87% morsmelk enten helt eller delvis, 76 % fikk kun morsmelk enten direkte fra morens bryst eller utpumpet morsmelk på flaske, med kopp eller sonde, mens 64 % fikk kun morsmelk direkte fra morens bryst. 13 % fikk ikke morsmelk. Figur 1 viser også ammeforekomst i forskjellige vektklasser.

Tabell 1: Ammeforekomst ved utskrivelse fra norske neonatalavdelinger, 1995/96.



Selvevaluering av ammepraksis på neonatalavdelinger

En evaluering av neonatalavdelingenes praksis med amming viste stort sett godt resultat. Avdelingene fikk tilsendt et selvevaluerings-skjema og 18 av 21 avdelinger svarte. 13 avdelinger oppga at de hadde en ammeprosedyre og 11 ga skriftlig materiell om amming og pumping til mødrene. Videoen «Bryst er best» var ganske godt kjent og seks avdelinger hadde personell som hadde gjennomgått studieopplegget til boken «Vellykket amming». Seks sykehus hadde som praksis å la syke- eller barnepleiere besøke de innlagte gravide som forventet overflytting av barnet til neonatalavdelingen. Alle ga foreldre og barn mulighet til utstrakt hud-mot-hud kontakt, men bare seks hadde som rutine å gi mor og det stabile premature barnet hud-mot-hud kontakt rett etter fødselen. Tiltak for å starte opp melkeproduksjonen var generelt godt gjennomført, selv om det var svært lite oppmerksomhet rundt bruk av dobbelt-pumping. 13 sykehus oppga at de hadde morsmelkbank/melkemottak, og bruk av donormelk var vanlig praksis. 10 avdelinger hadde fortsatt begrensede muligheter for foreldrene til å besøke sitt barn. Ammehjulet, som et hjelpemiddel til å forstå ammeprosessen, var meget utbredt og de premature barna fikk tidlig kontakt med mors bryst. 13 av avdelingene unngikk flaskesmokk før ammingen var etablert og kopp, nebb og sprøyte var brukt som alternativer. 17 avdelinger hadde som rutine å kontakte helsestasjon ved hjemreise mens kun tre avdelinger ga informasjon om Ammehjelpen.

Bruk av vekt før og etter amming

Vekten til barnet er noe som opptar foreldrene og personalet fra fødselen og utover hele neonatalperioden. Det vil være av betydning for foreldrenes trygghet for videre amming, at vi så tidlig som mulig avdramatiserer betydningen av hvor mange milliliter barnet får. I noen tilfeller vil det av medisinske grunner være nødvendig å vite hvor mye barnet har fått fra brystet. I denne gruppen vil vi f.eks. finne noen av hjertebarna, barn med ustabil væske/elektrolyttbalanse, barn med risiko for hypoglykemi eller barn med vektproblemer (se også vedlegg VI). Det er svært sjelden nødvendig å veie ved hver amming.

Man bør i alle fall ikke veie før og etter amming før man kan se at barnet suger og svelger over lengre tid. En god regel er også: si aldri til mor at ikke barnet har tatt noe fra brystet. Hvis mor sier at barnet har sugd - ja, da har barnet helt sikkert fått i seg noen milliliter, det kan være dråper som ikke alltid gir utslag på vekten. Man kan testveie over noen måltider for å få en pekepinn på hvor mye barnet drikker fra brystet og deretter vente noen dager for å foreta en sjekk igjen. Når barnet begynner å ta godt fra brystet er det nok at barnet nettoveies hver dag og deretter 2-3 ganger i uken.

Mødrene opplever veiing før og etter amming svært forskjellig. Noen opplever det som en oppmuntring, og står med stor forventning ved vekten for å se hvor mye barnet har tatt denne gangen. Andre opplever det som en kontroll og blir urolige. Hvis avdelingen klarer å skape en gjennomført felles holdning og rutiner i forhold til veiing, og i tillegg lytter til den enkelte mors ønsker, vil det skape et miljø som gir stabilitet for mødrene. Hvis avdelingen bruker vekten ukritisk og svært ofte, vil overgangen til hjemmet uten vekt bli stor. Da er det risiko for at utrygghet og tvil får mor til å gi barnet en bestemt mengde med flaske.

Et alternativ til å veie: vurdere barnets innsats ved brystet

En måte å gjøre dette på er:

- Barnet suger effektivt i mer enn fem minutter - det gis ikke noe med sonde
- Barnet suger effektivt i mindre enn fem minutter - halve måltidet gis med sonde
- Barnet tar ikke tak - hele måltidet gis med sonde

Vurderingen gjøres i samråd med moren og suppleringen med sonde gis fortrinnsvis med barnet liggende ved mors bryst (Stine, 1990).

Som skriftlig dokumentasjon på når barnet har diet og ikke er veid, skal det alltid brukes positive tegn for amming f.eks. et plusstegn. Bruk ikke spørsmålstegn, det er egnet til å skape tvil og usikkerhet hos både mødre og leger, sykepleiere og barnepleiere.

Barn som er født prematurt

Mødre til premature barn har stort potensiale for å produsere melk til sine barn. Flere studier i Norden har konstatert dette (Häggkvist et al., 1993 , Meberg et al., 1982, Verronen 1985 og Wahlberg et al., 1990). Det har også utviklet seg nye metoder i løpet av de siste ti år for å lykkes med amming, bl.a. med bruk av kengurumetoden. Neonatalavdelingen ved Helsingborg Sjukhus i Sverige var tidlig ute med utvikling av dette. De kan vise til en ammeforekomst på 77% ved hjemreise for premature barn med en gjennomsnittlig fødselsvekt på ca. 1500 gram (Wahlberg et al., 1990). I Helsingborg ble også «snattesnurran» utviklet, på norsk oversatt til «ammehjulet». (se Illustrasjon 20)

Kengurumetoden

Fordelen med hud-mot-hud kontakt for å fremme amming av premature barn:

- Forenkler og styrker kommunikasjon mellom mor og barn
- Styrker båndene mellom mor og barn
- Inviterer til tidlig kontakt mellom barnets munn og brystet
- Inviterer til tidlig amming
- Øker muligheten for vellykket amming

(Whitelaw et al., 1986, Affonso et al., 1989 og Wahlberg et al., 1990)

Kengurumetoden er en omsorgsmodell for premature barn som så lyset i Colombia på slutten av 70-tallet (Whitelaw et al., 1985). I Colombia innebærer kengurumetoden at det premature barnet blir lagt mellom mors bryster i oppreist stilling, når det ikke har behov for ekstra surstoff lenger. Der, i varmen fra morens kropp med morsmelken lett tilgjengelig, er barnet 24 timer i døgnet inntil den dagen det er modent nok til å bli behandlet som en vanlig baby (Virgin, 1987). I den industrialiserte verden har slik 24 timers omsorg med hud-mot-hud kontakt mellom mor og barn ikke blitt så vanlig, men de fleste sykehus i Norge driver med «utstrakt hud-mot-hud kontakt» (Andersen, 1991).



Illustrasjon 19: Hud-mot-hud kontakt; barnet holder temperaturen godt inntil foreldrenes kropp

Faktorer som påvirker ammeforekomsten

Det er vist at lav fødselsvekt, lav gestasjonsalder og lang tid i kuvøse påvirker ammeforekomst og ammelengde hos mødre til premature barn i negativ retning (Häggkvist et al., 1993). Røyking hos mor og lav utdanningslengde er faktorer som påvirker ammeforekomsten negativt både hos mødre til premature og fullbårne barn (Häggkvist et al., 1993 og Nylander et al., 1989). Bruk av flaske og flaskesmokk er heller ikke gunstig når et prematurt barn skal lære seg å suge. En rapport fra Sachsska Barnsjukhuset i Stockholm viser at ved forandring av rutiner som bl.a. innebar at premature barn født før svangerskapsuke 36 ikke fikk suge fra flaske, men i stedet fikk sondeernæring og skjemating i tillegg til ammingen, økte ammeforekomsten fra 54% til 65% ved utskriving. Den største gevinsten var hos barn født i svangerskapsukene 31-33, der ammeforekomsten økte fra litt over 20% til 75% amming ved utskriving (Örtenstrand, 1992b). Se også kapittel 5 , «Alternativ til bruk av flaske».

Forandringer som førte til økt ammeforekomst på neonatalavdelingen:

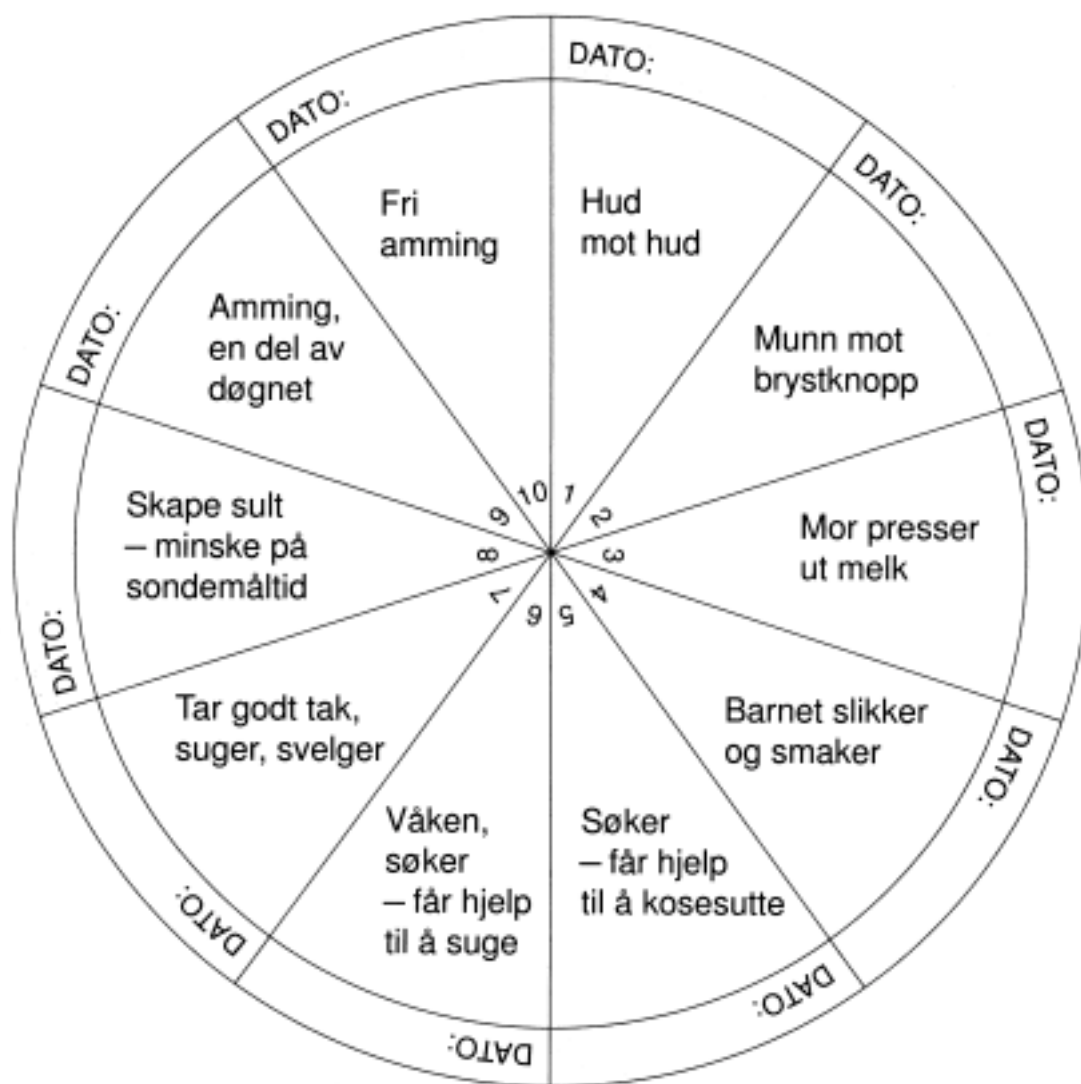
- Innkjøp av gode stoler
- Økt kunnskapsnivå om amming hos personalet
- Barn under GA 36 uker sondes og ammes
- Fullbårne barn ammes og får evt. tillegg med kopp eller skje
- Evt. tillegg ordineres av lege
- Tidlig selvregulering
- Fleksible mattider
- Barna får lov til å føle sult

(Örtenstrand, 1992b, Häggkvist, 1995a)

Ammehjulet

Ammehjulet representerer den prosessen et fullbåret barn gjennomgår de første timene etter fødselen. Først ligger barnet inntil mor, hud mot hud, siden begynner barnet å orientere seg, brystknoppen får kontakt med munnen, det renner kanskje litt colostrum, barnet lukter og smaker, og etterhvert tar det tak og suger på brystet, og det første skrittet for å etablere ammingen er igang. Ammehjulet kan ses på som en kake inndelt i ti «kakestykker». Det er kun de siste kakestykkene som er aktuelle for det for tidlig fødte barnet eller for det syke fullbårne barnet.

"Ammehjulet" er en individuell metode, her finnes ingen faste regler eller grenser for når de forskjellige trinnene eller «kakestykkene» skal nås. Det finnes ikke noe fasit på hvor lang tid det tar å komme fram til målet, nemlig etablert amming. Noen barn bruker timer og dager, de virkelig små premature barna trenger uker og måneder. Det er heller ikke så enkelt at det bare går framover, her kan det gå to trinn fram og eller flere trinn tilbake.



Illustrasjon 20: Ammehjulet er utarbeidet av Berlith Persson, Barnklinikken, Helsingborg Sjukhus, Sverige. Bearbeidet og oversatt til norsk av Anna-Pia Häggkvist

Ammehjulets forskjellige trinn eller «kakestykker»:

1) Hud-mot-hud kontakt mellom mor og barn kan starte så snart barnet er stabilt nok til å bli flyttet ut av kuvøsen. De minste barna under 1500 gram trenger kanskje en lue på seg for å holde varmen, ellers er mor en god nok varmekilde. Dyne eller teppe legges over barnet. Det er viktig å se på barnets behov, selve overflyttingen fra kuvøse til mor kan være en stressende opplevelse og en belastning for barnet. Et meget umodent barn, et barn som er konvalesent eller et sykt barn er spesielt følsomt for stress. Det er ingenting i veien for å ta ut og gi hud-mot-hudkontakt til stabile respiratorbehandlede barn og barn som trenger ekstra surstoff. Men det må være medisinsk forsvarlig og en ikke for stressende opplevelse å bli flyttet på. Hvor lenge barnet skal ha bare hud-mot-hud kontakt er helt avhengig av dets modenhet, og dessuten selvfølgelig avhengig av hvor sykt barnet er. Mor og far bør læres opp til å gi barnet mat gjennom sonden for å få mulighet til å mate sitt barn selv.

2) Munn mot brystknopp er neste trinn. Man lar barnet skli ned fra en oppreist stilling for å komme i nærkontakt med brystknoppen og å lukte og snuse - rett og slett bli litt kjent.

3) Mor presser ut melk og barnets lepper får komme i kontakt med morsmelken. Hvis barnet er modent for det og er våkent og opplagt vil det begynne å slikke og gå over i neste fase, eller det vil være uinteressert og må prøve igjen en annen gang.

4) Barnet slikker og smaker. Selv om barnet ikke kan koordinere suge- og svelgerefleksen så greier det meget tidlig å "leppe" i seg noen dråper melk fra brystet.

5) Søker - får hjelp til å kosesutte. Søkerefleksen kan være veldig svak hos et prematurt barn. Det gaper kanskje litt, rører på leppene, rekker ut tungen, snur på hodet eller prøver å sutte på fingrene.

6) Våken - søker - får hjelp til å suge. Premature barn suger ikke raskt og effektivt. Ofte tar det noen tak og må deretter hvile seg i 10-15 minutter. I denne fasen er det derfor svært viktig å ha satt av tid og la barnet få mulighet til å "hvile" seg en stund for å prøve litt til før man starter sondemating. Så snart man begynner å sette ned melk gjennom sonden vil barnet bli mett og sovne. Interessen for å suge er forskjellig ulike tider på døgnet og i starten vil det kanskje bare skje en gang i døgnet, dette er individuelt.

7) Tar godt tak - suger - svelger. Nå begynner barnet å kunne ernære seg litt selv og det blir aktuelt å redusere på den mengden man sonder etter hvert måltid, eller å seponere sonding helt etter måltidet.

8) Skape sult - trappe ned på sondemåltid. Sult er en nødvendig følelse for å føle behov for å spise. En måte å skape sult på er å redusere mengden i sondemåltidet før ammeforsøket, eller å la være å sonde etter ammingen og tilby brystet igjen etter 2-3 timer. Når barnet blir båret hud-mot-hud vil det lett kunne signalisere til mor at «nå er jeg litt sulten igjen». Det er nesten en nødvendighet for å få til ammingen. Hvis barnet blir lagt i seng er det ikke sikkert noen oppdager de små beskjedne signalene på sult, og det sovner igjen uten at noen ser barnets behov.

9) Amming en del av døgnet. Barnet blir fortsatt båret nært og det blir gitt anledning til fri amming en del av døgnet, til å begynne med i perioder over 4-6 timer for siden å øke til et halvt døgn. Her kommer dette med vekt-stagnasjon inn, ettersom den nevnte fase og den siste fase med fri amming er perioder der barnet kan stagnere i vekt og kanskje til og med gå litt ned. Det er her man må ha litt "is i maven" og ta tiden til hjelp. Det kan f.eks være lurt å ikke nettoveie barnet hver dag, men bare 2 eller 3 ganger i uken.

10) Fri amming. Nå begynner hjemreisen å nærme seg og det blir aktuelt å la barnet få lov til å selvregulere seg døgnet rundt, barnet viser da at det er sultent. Barnet får klær på og er i stand til å fortelle om sine behov på en tydeligere måte. Det er en fordel for mor om hun kan "ta igjen barseltiden" ved å være på avdelingen døgnet rundt og ha prøvd å nattamme noen ganger før hjemreise. Under tett oppfølging fra sykehuset utvides permisjonen gradvis fra dagperm til døgnperm, før utskriving kan være et alternativ. Det er viktig med en åpen linje til avdelingen slik at foreldrene kan få svar på spørsmål og eventuelle bekymringer.

Noen viktige poeng i forhold til amming av premature barn

Barnet bør svært tidlig få morsmelk i munnen og alltid noen dråper i forbindelse med sondeernæring. Koppmating bør introduseres etter 30 ukers gestasjonsalder, og så snart barnet har krefter nok. Barnet tar ofte kun noen milliliter i starten. Ved hjelp av en sprøyte (uten spiss) kan melken gis i munnen enda tidligere hvis barnet er våkent og opplagt ved måltidet. Sultfølelsen stimuleres hos barnet ved å gå over fra ventrikkeldrypp til måltider så snart barnets totale situasjon gjør det mulig. La barnet til en viss grad regulere mengdeinntak når det begynner å spise selv, hvis det er mulig ut fra den totale situasjon.

Stimulering av det sugesvake premature barnet

Man skal være forsiktig med å stimulere det umodne premature barnet. En av fordelene ved amming er at det umodne barnet har stor mulighet selv å bestemme innsatsen ved hvert møte med brystet. Et umodent prematurt barn skal ikke overprøves og stresses ved brystet. Det er individuelt når barnet er modent for stimulering, men de fleste barn over 35 gestasjonsuker vil klare å motta litt ekstra stimulering, f.eks. av griperefleksjonen. Kunnskap om Utviklings-tilpasset neonatalomsorg (NIDCAP) og vurdering av barns modenhet vil her være til god nytte (Kleberg et al., 1995). Et svært aktivt og lydrikt miljø rundt barnet kan være en grunn til at det umodne barnet ikke viser noe interesse for brystet. Prøv å skjerme barnet for bråk, sterkt lys og støy ved amming.

Stimulering av sultfølelse

Det første man bør tenke over hos et fullstendig uinteressert barn, er om det har fått anledning til å føle sult. Bruk av ventrikkeldrypp vil f.eks. ikke gi barnet sultfølelse. Det er da mulig å stenge av ventrikkeldryppet i ca. 30-60 minutter før mor kommer for å legge barnet hud-mot-hud. Overgang fra ventrikkeldrypp til måltider kan også være en hjelp, hvis det er mulig å få til. Det er ofte effektivt å gi et redusert måltid, f.eks. 50-75% av hva barnet skulle ha til måltidet før amming. Hvis barnet nærmer seg termintid og fortsatt bruker proteintilskudd i melken bør mengden av tilskudd vurderes og eventuelt halveres eller seponeres der vekten er tilfredsstillende. Hvis barnet kun dier på dagtid og ikke tar så mye fra brystet, kan det bli våkent og sultent på nattetid. Det er da viktig å gi barnet påfyll om kvelden og tidlig på natten. Dette for å unngå en vond sirkel med et sultent og interessert barn på nattetid når mor som oftest ikke er til stede, og et mett og trøtt barn på dagtid når mor skal prøve å legge til.

Sugesvake barn

Barn kan ha problemer med å suge av forskjellige grunner:

- Umodenhet forårsaket av for tidlig fødsel
- Sykdom som f.eks. hjertefeil, infeksjoner eller sepsis
- Nevrologiske årsaker som f.eks. hos barn med Downs syndrom eller barn med hjerneskade
- Tekniske vanskeligheter som f.eks hos barn med leppe/ganespalte.

Søkerefleksen utløses når barnets lepper blir berørt og barnet åpner munnen på vidt gap og omslutter brystknoppen og deler av areola. Det dannes da et undertrykk (vakuum).

Brystknoppen blir sugd ut og får form som en lang smokk som berører øvre delen av ganen, og sugerefleksen blir satt igang. Tungen arbeider i bølgebevegelser og spiller en viktig rolle som melkeutdriver. Det er viktig med en korrekt sugeteknikk og en bra ammestilling (se s. 22) for å understøtte barnets naturlige reflekser.

I tillegg til søke-, suge- og svelgerefleksene finnes det berøringsreflekser som har betydning. Berøring av håndflaten utløser griperefleksene som forsterker barnets sugerefleks.

Når vi skal hjelpe en mor med et barn som er sugesvakt, er det viktig å prøve å finne ut hvorfor barnet har dette problemet, slik at tiltakene blir mest mulig målrettet. Det er viktig å utelukke sykdom som grunn til sugesvakhet, f.eks infeksjon eller hjertefeil.



Illustrasjon 21: Amming av et prematurt barn med føttene under morens arm. Dette frigjør morens ene hånd som dermed kan støtte og hjelpe barnet bedre til rette.

Tiltak for å stimulere et sugesvakt barn:

Forbedre tilgangen på melk:

- Stimulere utdrivningsrefleksene hos mor (se s. 31)
- Tilby barnet et mykt bryst, håndmelke/pumpe litt før barnet legges til brystet
- Eventuelt prøve å øke mors melkeproduksjon hvis den er litt i underkant av det ønskede
- Feste en tynn matesonde med teip på brystet (se Illustrasjon 27, s. 72) og gi forsiktig litt melk med en sprøyte.

- Ammestilling og sugeteknikk:**
- Sjekke at barnet har en bra stilling ved brystet og et godt sugetetak
 - Prøve andre ammestillinger enn den tradisjonelle. Å holde barnets kropp under armen (se Illustrasjon 21) gir mor bedre mulighet til å hjelpe barnet til rette og gir støtte under føttene til barnet
 - Sjekke at tungen ikke krøller seg
 - Bruke «ballerinahånden», hold hånden under brystet med tommelen plassert ovenpå areola (se Illustrasjon 22). Dette gir mor mulighet til å støtte barnets kjeve og å stimulere kinnene under amming.

**Forsterke sugerefleksen:
NB! Gjelder ikke umodne
premature barn!**

- Stimulere griperefleksen, gjerne under foten - lettere å komme til for en evt. medhjelper.
- Barnet skal ha god bøy i hoften. Lag gjerne motstand under føttene med en pute eller lignende.
- Stimulere spyttsekresjon gjennom å dryppe morsmelk i barnets munn eller massere forsiktig under haken eller ørene.

Barnet er trøtt, sover mye:

- Vekke barnet når det sover lett, ses av øyebevegelser bak øyelokkene, barnet gjør små bevegelser, grimaser eller trekker på smilebåndene.
- Vekke barnet ved å kle av barnet så det blir litt avkjølt, gi forsiktig massasje under fotsålene og/eller sitte med barnet på fanget og vippe barnet forsiktig opp og ned fra liggende til sittende. Massere barnet under føttene.
- Stelle barnet under ammingen f.eks. tilby et bryst, stelle barnet og tilby det andre.
- Bytte mellom brystene under ammingen.

Barn uten sultfølelse

- Stimulere sultfølelsen hos barnet. Hvis mulig la barnet regulere seg selv, seponere restsonding, gi barnet mindre mengde ved måltidet før ammeforsøket.



Illustrasjon 22: «Ballerinahånden» gjør det mulig for mor å hjelpe barnet til å stabilisere haken og til å beholde et godt sugetak. I tillegg kan mor stimulere barnets kinn.

Barnet skriker ved brystet/nekter å ta brystet

Tiltak:

- Legg aldri et skrikende barn til brystet. Barnet krøller tungen opp i ganen når det skriker
- Gi mor støtte. Mor føler seg ofte avvist i slike situasjoner og trenger overbevisende og støttende informasjon om at det er hos barnet problemet er, og at det ikke er hennes feil
- Snakk beroligende til barnet. Ta barnet opp og prøv forsiktig å få kontakt
- Stimulér brystknoppen slik at utdrivningsrefleksen kommer igang og barnet får smaken på melken med en gang
- Tilby brystet når barnet er søvnig
- Prøv forskjellige ammestillinger (se Illustrasjon 23, s. 64)
- Amme barnet mens mor vugger det i favnen eller går rundt
- Ikke stell barnet før mating
- Kontrollér at barnet puster ubesværet når det ligger ved brystet
- Hvis barnet har vendt seg til å få flaskesmokk eller brystskjold (se også s. 70), prøv koppmating eller «fingermating» i stedet for flaskesmokk. Det er mulig med en tynn sonde som er teipet fast på en ren finger som barnet får suge på samtidig som man forsiktig gir melk gjennom sonden. Dette kan være en hjelp hos en konsekvent brystnekter (Kurokawa, 1994)
- Gi barnet ekstra oppmerksomhet og kontakt, også hudkontakt (La Leche League International, 1992 og Myr, 1993).

Amming av nyfødte fullbårne barn som er syke, eller som er til observasjon på barneavdeling

Hvis barnet har en infeksjon eller problemer med rask respirasjon har det ofte ikke krefter nok til å spise selv og trenger intravenøs tilførsel eller sonde-ernæring den første tiden.

Forventningene til amming er ofte svært store hos mødrene. Gjennom informasjon om hva som kan forventes av barnet, kan det bli lettere for mor å akseptere hvorfor barnet bruker tid på å komme igang med effektiv amming. Fullbårne barn som blir skilt fra mor etter fødselen trenger ofte å få tilbake timene de mistet i starten. Det er viktig å ikke forvente at barnet tar tak og begynner å suge første gang det er friskt nok til det. Legg barnet hud-mot-hud, gjerne i oppreist posisjon før eventuelt ammeforsøk. Ved antibiotikabehandling av infeksjoner ses gjerne tilfriskning og interesse for brystet hos barnet etter ca. 1-2 døgn. Dette sammenfaller ofte med den dagen mor begynner å få igang melkeproduksjonen og har hovne og svært spente bryst, som kan være vanskelige å suge på. I slike tilfeller bør mor oppmuntres til å melke ut litt på forhånd slik at brystet blir mykere og lettere å få tak på. Mødre bør også få vite at mulighetene for å få igang ammingen muligens er litt forstyrret, men absolutt ikke ødelagt og at erfaringene er meget positive.

Amming av barn med leppe/gane-spalte

Mulighetene for å få til amming av barn med leppe-gane spalte påvirkes av flere faktorer. Det avhenger f.eks. av hvor omfattende spalten er, barnets sugeteknikk, hvilken støtte mor får, morens innstilling og motivasjon. Personalets innstilling til amming og kunnskapsnivå har også stor betydning. Det er rent tekniske problemer som skaper vansker for barnet. Det er vanskelig å lage vakuum og det kan være problematisk for barnet med ganespalte å få til de bølgende tungebevegelsene som er en viktig del av diingen. Det er barna med både leppe/gane-spalte,

gane-spalte og barn med Pierre Robins syndrom som møter de største hindrene (Lawrence 1994, 455-458).

Amming hjelper disse barna til en ekstra stimulering av munn og ansiktsmuskler. Morsmelkens infeksjonsbeskyttende egenskaper kommer spesielt godt til nytte hos de barn med gane-spalte som har en tendens til å få otitt.

Det kan være en meget tung følelsesmessig opplevelse for foreldrene å få et barn med leppe-gane-spalte, og en belastning for mor å prøve å få igang amming. Det finnes ingen oppskrift for hvordan man skal gå fram overfor det enkelte mor/barn par. Generelle råd må avpasses til hver enkelt. Det er ikke umulig å få til amming men det krever noen ganger stor innsats fra foreldrene, spesielt fra mor. Det er svært viktig å avklare hva den enkelte mor ønsker, slik at råd og veiledning ikke føles for henne som om hun blir overkjørt. Erfaring tilsier at en mor som svært gjerne ønsker å amme må få all støtte, hjelp og håp som er mulig å gi, selv om situasjonen ser umulig ut. Hvis det ikke går har hun iallfall prøvd (se også kap. 11).

På grunn av de tekniske problemene trenger disse barna ofte lengre tid ved brystet, og det er viktig at foreldrene får vite dette. Hvis det er for dårlig vektoppgang er det spesielt viktig at barnet får den fettrike melken som kommer på slutten av ammingen. Det er også helt normalt at melken kan renne ut gjennom nesen på barn med gane-spalte. Det er naturlig med startvansker i barseltiden da brystet blir spent og hardt slik at det kan være vanskelig for barnet å få godt tak. Mor må oppmuntres med at mulighetene for å lykkes blir større for barnet når melkeproduksjonen er kommet godt igang og brystet blir mindre spent. Amming er ikke ensbetydende med fullamming. For noen vil løsningen være både amming og bruk av flaske eller kun å gi barnet utpumpet melk med flaske. De vanligste problemene ved amming er beskrevet som sugesvakhet og dårlig vektoppgang hos barnet og tilstoppede melkeganger og mangel på oppmuntring for moren (Danner, 1986).

Det finnes foreløpig ingen eksakte tall på hvor mange som lykkes med amming av barn med leppe/gane-spalte. Erfaringen på Rikshospitalet i Oslo er at barn som er født med leppe-spalte ofte blir ammet, men barn med gane eller ganeleppespalte sjeldnere blir ammet. Mange får i steden utpumpet morsmelk på flaske.

Tiltak for å hjelpe mor og barn

Tiltak:

- **Tidlig ammestart etter fødsel og hud-mot-hud kontakt**

Hvorfor?

- Brystet er mykt og lett å få tak i før det blir hovent og spent av vevsvæske, økt blodtilstrømning og melk
- Fremme binding mellom mor og barn
- Hvis barnet har en utilfredsstillende sugeteknikk må mor oppmuntres til å pumpe, i tillegg til at barnet stimuleres for å opprettholde en god melkeproduksjon

-
- **Stimulering av utdrivningsrefleksen før barnet legges til brystet (se s. 31)**
 - **Mykt bryst**
 - **Prøv forskjellige ammestillinger**
 - **Lage vakuum**
 - **Veilede foreldre i hva som er effektiv sugeteknikk**
 - Morsmelk i munnen er stimulerende for sugerefleksen og barnet får rask belønning for sin innsats. Det kan også være en fordel å håndmelke litt på forhånd slik at brystet blir litt mykere og lettere å få tak i
 - Hvis barnet ligger med kroppen og bena under morens arm får moren en hånd fri til å hjelpe barnet (se Illustrasjon 21, s. 56 og Illustrasjon 23, s. 64)
 - Tyngdekraften kan til en viss grad regulere melkens flyt, en litt framoverlent stilling gjør at melken renner fortere. Melken renner saktere hvis mor ligger på ryggen. Velg etter barnets behov. Hvis melken renner for fort kan barnet prøve å sitte oppreist ved brystet
 - Brystet klarer vanligvis å fylle igjen leppespalten. Ballerinahånden (se Illustrasjon 22, s. 57) kan være til hjelp hvis det er behov for at moren holder for leppespalten med en finger
 - Ved gane-spalte og med et tøyelig lettmelket bryst kan det være mulig for barnet å lage bølgebevegelser slik at amming er mulig selv om det ikke skapes vakuum
 - Før hjemreise bør foreldre ha gode kunnskaper i hvordan de kan vurdere en effektiv sugeteknikk.

Amming av et barn med leppe/gane-spalte

Det finnes beskrevet amming av barn med leppe/gane-spalte der mor hjalp barnet på følgende måte:

- 1) Barnet «satt» oppreist ved brystet med ansiktet mot morens bryst og med bena til hver sin side
- 2) Massasje av brystet og igangsetting av utdrivningsrefleksen før barnet ble tilbudt brystet
- 3) Brystet ble dyttet så langt inn i barnets munn som mulig
- 4) Stimulere suging gjennom å plassere fingre under haken og forsiktig presse opp og ned.
Etterhvert kom barnet igang med å suge selv (Riordan et al., 1993, s. 496).

Bruk av flaske

Det er lettest å få til flaskemating med en myk plastflaske (rostiflasken). Ved å klemme på den myke plastflasken renner melken lettere. Hvilken smokk man velger er avhengig av barnet, men ofte går det helt greit med en vanlig kort silikonsmokk. Det finnes også en flaske på markedet som heter Haberman, en myk plastflaske med en smokk der melkestrømmen kan reguleres.

Barnet har ofte godt av å sitte oppreist under måltidet og trenger å rape ofte på grunn av at det svelger mye luft (Lindberg, 1994). I Norge finnes lite erfaring med koppmating av barn med leppe-ganespalte, men det er beskrevet i litteraturen, spesielt koppmating til barn der mor ønsker å prøve å amme (Lang, 1994c).

Amming av barn med hjertefeil

Alvorlighetsgraden av hjertefeil spenner fra barn uten særlige symptomer til hjertebarnet som er avhengig av medisiner og/eller kirurgisk korreksjon. Amming av et hjertebarn som har ingen eller få symptomer på hjertefeil trenger ikke by på noen problemer. Hjertebarn som er påvirket av sin hjertefeil forbruker på grunn av et anstrengt hjerte og respirasjonsarbeid flere kalorier enn et friskt barn, og er ofte sugesvakt. Noen hjertebarn lærer seg raskt å puste gjennom munnen for å øke pustekapasiteten. Det kan skape problemer ved suging fordi barnet får vanskeligheter med å puste gjennom nesen og å ha munnen lukket i lengre perioder. En rikelig melkeproduksjon hos mor, gjerne litt i overkant av hva barnet trenger, og vektlegging på at barnet får i seg den fettrike ettermelken, er viktig. Barnet har også ofte glede av mange og små måltider ettersom en overfylt mavesekk øker hjertets arbeid og ettersom det ikke er uvanleg med kvalme og oppkast. Hvis barnet ikke orker å die nok til at vektoppgangen blir tilfredstillende, bør veiledningen om amming gis før barnet eventuelt går over til flaske eller sonde-ernæring. Dette avhenger selvfølgelig av barnets hydrering. Et viktig spørsmål å stille er hva mor ønsker og hvilken motivasjon hun har for å få til ammingen. Mors ønsker bør danne grunnlaget for fortsatte tiltak, det er også viktig at tiltakene er praktisk gjennomførbare for familien og at mors hverdag er levelig. Hvis hun vil fortsette å amme, bør det skaffes svar på følgende spørsmål:

Er melkemengden tilfredstillende?

En sugesvakt hjertebarn kan stimulere melkeproduksjonen for dårlig. Barnet har noen ganger ikke nok krefter til å gi beskjed om at det ønsker mer mat, eller har for dårlig appetitt. Mor må gis råd om hvordan hun kan øke melkeproduksjonen hvis dette er tilfelle (se s. 31). Det kan være nødvendig å bruke pumpe i tillegg til amming. En god melkeproduksjon vil gjøre det lettere for barnet. Det er sjelden noe hjelp med sugestimulerende tiltak, ettersom sugesvakheten stort sett kommer av mangel på krefter.

Bruker barnet unødig mye krefter på å få igang utdrivningsrefleksjonen?

Tiltak for å stimulere utdrivningsrefleksjonen kan være god hjelp (se s. 31).

Er barnet slitent og sover mye?

Hvis barnet har lite krefter og trenger mye hvile kan antallet måltider og dermed stimuleringen av mors melkeproduksjon bli for liten. I stedet for å vekke barnet oftere kan det være mer hensiktsmessig å prøve å legge barnet til flere ganger i løpet av den våkne perioden. For eksempel både når barnet våkner, og før det sovner igjen.

Barnet er sugesvakt og orker ikke å tømme brystet?

Hvis barnet bare tar litt fra brystet vil det gå glipp av den fettrike melken som kommer på slutten av amme-måltidet. Det kan være en god hjelp for barnets vektøkning hvis mor pumper ut etter ammingen og barnet får melk med høyere fettprosent med kopp, sonde eller flaske.

Hvis barnet kun får utpumpet melk og mor har en betydelig større melkeproduksjon enn barnets behov kan også fettinnholdet i melken bli lavt. Mor bør da instrueres i å pumpe ut litt fra begge bryst først og fryse dette ned, mens ettermelken som får et høyere fettinnhold gis til barnet.

Hvis ikke disse tiltakene fører til økt melkeproduksjon og/eller bedre vektoppgang hos barnet, bør ammingen kompletteres med sonde-ernæring. Koppmating kan også være et godt alternativ fordi det er en matemetode som er lite energikrevende. Flaske i tillegg til amming, vil forbruke barnets energi, men for noen barn og mødre kan det være en god løsning. I noen tilfeller er det også nødvendig med kaloriforsterkning av melken og det bør opprettes et samarbeid med dietetiker.

Mor og far er de som kjenner sitt barn best og det er viktig at foreldrenes observasjoner og eventuelle forslag til løsninger blir tatt hensyn til. Det er et tankekors at ammingen noen ganger får skylden for barnets dårlige vektoppgang når det egentlig er barnets hjertefeil som er problemet. Det er heller ikke uvanlig at barnets hjertefeil oppdages i forbindelse med at barnet har en dårlig vektoppgang ved vektkontroll på helsestasjonen (Lawrence, 1994, s. 464, Pedersen, 1995 og Verne, 1995).

Amming av barn med Downs syndrom og andre barn med neurologiske problemer

Det er i dag stor forandring både i helsepersonells holdning til amming og foreldre/barn tilknytning når det gjelder barn som fødes med kromosomfeil eller andre synlige funksjonshemminger. For få tiår siden ble foreldre ikke oppmuntret til å se barnet eller knytte det til seg. At barnet kunne dø eller sannsynligvis burde flytte til institusjon, var en vanlig oppfatning. Som ved alle andre fødsler da barnet ikke er som foreldrene ventet, får de en sorgreaksjon. Mange mødre i dag opplever i den situasjonen at amming er en måte å nærme seg barnet og å ta det til seg. Barn med Downs syndrom er særlig utsatt for infeksjoner og har derfor ekstra bruk for morsmelkens infeksjonsbeskyttende egenskaper. Amming stimulerer også munn og tungemusklene som kan ha betydning for barnets mimikk og taleutvikling. Barna er hypotone og ofte sugesvake. Tiltak for å stimulere suging er ofte nødvendige (se s. 56) og bruk av teknikken med «ballerinahånden» (se Illustrasjon 22, s. 57) kan være til god hjelp. Barnets kjeve får da støtte og det er mindre risiko for at barnet skal slippe taket. Det kan være nødvendig at mor pumper i tillegg til ammingen i starten, for å opprettholde en god melkeproduksjon. Noen av barna er trøtte og sovner lett under amming og klarer ikke å regulere seg selv. Å amme barnet i sittende stilling og snakke med det under måltidet kan virke oppkvikkende. Hvis barnet må vekkes for å få mat kan forsiktig stimulering under fotsålene være virksomt, eller å legge barnet på fanget og vippe det forsiktig opp og ned fra liggende til sittende. Barnet bør vekkes til amming under lett søvn, det er den søvnperioden da det ses bevegelser og smil, samt at øynene rører seg bak øyenlokkene (Wright et al., 1986).

Amming av barn med behov for surstoff eller respiratorbehandling

Hvis barnet skal klare å die ved respiratorbehandling er det nødvendig at barnet er tracheostomert og at respiratoren har en triggerfunksjon slik at barnet kan koordinere diingen og pusting. Det finnes idag flere respiratorer med gode triggerfunksjoner til små barn.

Ved amming av barn med ekstra surstoffbehov administreres surstoffet på maske eller med et nesekateter, avhengig av hvor stort behovet er. Det kan være nødvendig å bruke en saturasjonsmåler under ammingen, spesielt ved de første forsøkene. Dette avhenger av barnets tilstand og av hvor godt sykepleieren kjenner barnet. Erfaring fra praksis med små premature barn med BPD forandringer og økt surstoffbehov har vist at ved amming klarer ikke barnet alltid å regulere kreftene sine, det suger og suger selv om oxygensaturasjonen synker og synker. Da er det tydelig at brystet er en så deilig opplevelse at barnet ikke vil slippe taket så fort.

Amming av flerlinger

Amming av tvillinger, trillinger eller firlinger er en utfordring som øker med antallet barn. Det er nødvendig med en motivert mor som får bra hjelp på sykehuset og et godt praktisk støtteapparat rundt seg. Amming ved flerlingefødsel får ofte en spesiell start da barna oftere blir født prematurt. Hvis mor må starte melkeproduksjonen med pumpe anbefales dobbelt pumping så snart som mulig da stimulering av begge bryst samtidig øker sannsynligheten for rikelig melkeproduksjon (Auerbach, 1990). Kontakt med andre foreldre som har hatt tvillinger kan være til stor glede for foreldrene. Tvillingforeldre-foreningen kan formidle kontakt.

Amme en eller to av gangen?

Hvilken metode familien velger avhenger både av barnas personlighet og spisemønster, og hva moren opplever som enklest. Man trenger heller ikke velge en av metodene, det går fint an å bruke enkelt- eller dobbeltamming om hverandre. Ved enkeltamming er fordelene at det er lettere å finne en god ammestilling og at noen mødre føler at de får bedre kontakt med barnet. Hvis barna er premature og sugesvake er det ofte nødvendig å begynne med en og en ettersom barnet trenger ekstra hjelp og støtte. Hvis bare ett av barna er sugesvakt kan det være en fordel å dobbeltamme, for da kan det sugesvake barnet slippe å bruke krefter på å sette igang utdrivningsrefleksen og det får gratis drahjelp av sin tvilling. Ulempene med enkeltamming er at det tar lengre tid, og hvis begge barna er sultne samtidig vil det barnet som må vente stresse moren med gråt og skriking. Da kan det godt være en omsorgsperson til tilstede under ammingen slik at begge barna får oppmerksomhet.

Dobbeltamming er tidsbesparende, men krever at minst ett av barna er lett å vekke, og ikke har så stort behov for å regulere seg selv. Det finnes flere forskjellige ammestillinger for tvillinger (se Illustrasjon 23) Den som hjelper bør kjenne til disse for å kunne vise mor ulike alternativ. Tvillingmødre kan ha godt av å lage seg en «ammekrok» hjemme i en sofa, seng eller stor lenestol med vanlige puter eller en spesiell ammepute for tvillinger, samt alt som trengs nær tilgjengelig (Watnedalen, 1989 og Helsing, 1995 s. 153-155).



Illustrasjon 23: Amming av tvillinger. Tvillingene ligger halvveis over hverandre, tvillingene ligger med kroppene under morens arm, tvillingene ligger i en kombinasjon av disse stillinger.

Trillinger og firlinger

Det finnes mødre som ammer både trillinger og firlinger. Da er det helt nødvendig med mye hjelp i hjemmet slik at husvask, matlaging, bleieskift osv. ikke er morens oppgave. Faglitteratur beskriver trilling- og firlingeamming kun med bryst selv om det nok er vanligst at ett av barna får flaske mens de andre ammes (Riordan et al., 1993, s. 243-244, Storr, 1989 og Mead, 1992). Amming i kombinasjon med flaskeernæring kan være den løsningen som muliggjør amming over lengre tid.

Amming av barn med andre sykdommer og problemer

Ved interesse for amming i forhold til andre sykdommer og tilstander anbefales Ruth Lawrence «Breastfeeding - a guide for the medical profession», Jan Riordan og Kathleen G. Auerbach «Breastfeeding and Human Lactation» og «The Breastfeeding Answer Book» fra La Leche League International (se vedlegg X).

Hvordan avslutte melkeproduksjonen hvis barnet dør?

Foreldre som mister sitt barn trenger særlig god informasjon, støtte og veiledning om hvordan man på den mest skånsomme måte avslutter melkeproduksjonen. Det finnes to alternativer: Ved hjelp av medikamenter eller ved å bruke lett oppbinding og avlastning av brystet gjennom å melke ut litt for å lette på brystsprenget. Foreldre bør få informasjon om begge muligheter og gis anledning til å velge. Personalet bør ha gode kunnskaper om hvordan melkeproduksjonen avsluttes uten medikamenter, slik at de virkelig kan framstille det som et alternativ. Det vil kreve litt mer enn å hente et medikament i medisinskapet, men kan spare mor for unødvendige, potensielt farlige bivirkninger. Det er ikke helt sjelden at melken kommer igjen etter avsluttet medisinsbehandling. En studie viste at ved bruk av «naturmetoden» var det mer ubehag de første dagene, sammenlignet med en gruppe som hadde fått medikamenter (bromocriptine). På den annen side var melkeproduksjonen helt avsluttet innen 16 dager i gruppen som ikke hadde fått medikamenter, mens gruppen som hadde fått bromocriptine brukte lengre tid (Wong et al., 1985). Sunn fornuft sier at det vil være lettere å forholde seg til melk i brystene tidlig i sorgprosessen enn om en får melken tilbake etter flere uker.

Hvordan avslutte melkeproduksjonen uten medikamenter

Hvis barnet dør før melkeproduksjonen har begynt å bli stimulert av barnet eller en pumpe vil det for mange være nok med en lett oppbinding av brystene, alternativt en fast BH. Det må ikke brukes elastiske bind eller lignende da dette lett kan bli for stramt og kan skade melkekjertlene eller skape unødvendig smerte for kvinnen. Det fungerer fint med et tøyestykke i bomull (f.eks. en bit av et stikkklaken) som brettes og festes foran med sikkerhetsnåler. Fysiologisk vil oppbindingen fungere som et varsel til kroppen om at brystet er fullt og derfor ikke skal produsere noe mer melk. Det er det samme som skjer når en ammende kvinne har melkespreng i lange perioder, det kan også resultere i mindre melk.

Hvis melkeproduksjonen er kommet godt igang vil det være nødvendig å få tømt ut noe melk av brystene, men kun så lite at den verste melkesprengen blir borte, evt. kombinert med oppbinding eller en fast BH. Ved å pumpe/håndmelke sjeldnere og sjeldnere for hver dag vil melkeproduksjonen være avsluttet i løpet av 2-3 uker. Ubegag i denne perioden er melkespreng og ømme bryst, det kan også forekomme litt «melkefeber» som hos andre barselkvinner. Noen blir godt hjulpet av kalde omslag som kan dempe hevelse i brystet. Å ligge i et varmt bad eller stå i dusjen kan være til hjelp når man melker ut og gir lindring for melkespreng. Bruk av lettere smertelindring som paracetamol kan også være en lindring. Det er svært viktig at kvinnen er oppmerksom på kuler og begynnende tegn til tilstoppede melkeganger. Kvinnen slipper både bivirkninger fra medikamenter og at melkeproduksjon starter opp igjen etter avsluttet medisinerings (reboundeffekt) lenger ut i sorgprosessen. (La Leche League International, 1992, s. 122)

Bruk av medikamenter for å avslutte melkeproduksjon

Det finnes to prolaktinhemmende medikamenter på det norske markedet, Cabergolin (Dostinex®) og Bromokriptinmesylat (Parlodel®). I følge Legemiddelhåndboken 1996/1997 er Cabergolin å foretrekke p.g.a. færre bivirkninger og mindre tendens til rebound effekt. Begge preparatene skal helst administreres i løpet av 24 timer postpartum. Bivirkninger ved bruk av Parlodel® er lett kvalme, brekninger, tretthet og svimmelhet og ved sjeldne anledninger kan det gi ortostatisk blodtrykksfall. Ved litt høyere doser kan det forekomme obstipasjon, munntørrehet, leggekramper, forvirring og hallusinasjoner. Dostinex® vanligste bivirkninger er asymptomatisk hypotensjon, svimmelhet og hodepine. Mindre vanlige bivirkninger er kvalme, mavesmerter, palpitasjoner, svimmelhet, neseblødning og forbigående hemianopsi. Når det gjelder oppdaterte anbefalinger, bruk Legemiddelhåndboken og Felleskatalogen i forhold til dosering, forsiktighetsregler o.s.v. Fordelen ved bruk av medikamenter er at melkeproduksjonen og ubehagene med brystspreg etc. forsvinner raskt. Brystspreg kan føles nokså uoverkommelig for noen kvinner i sorgen etter å ha mistet barnet. Men sorgen er der og blir ikke borte, og for noen kan det til og med være en hjelp i sorgen å la tårer og melk dryppe samtidig

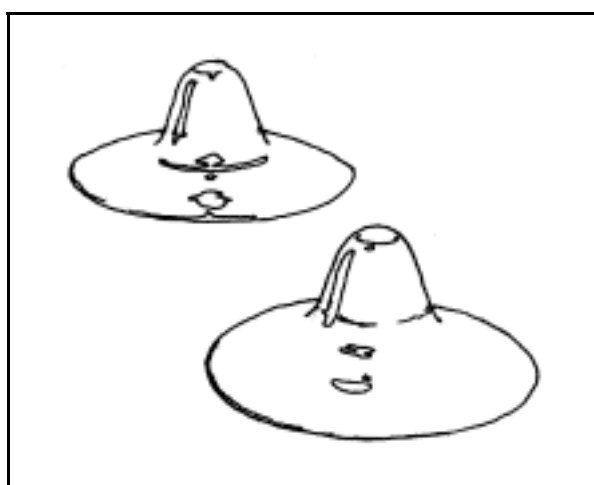
Kapittel 7

Hjelpemidler - bruk av brystskjold og «hjelp bryst»

Elisabeth Tufte og Anna-Pia Häggkvist

Bruk av brystskjold

Brystskjold er en tynn hinne med en smokkform på enden, som kan legges over brystknoppen under amming. Det lages i tynn silikon eller gummi. Enkelte ganger blir det også brukt en tåteflaskesmokk som settes utenpå brystknoppen.



Illustrasjon 24: Brystskjold av silikon

Flere studier har vist at bruk av brystskjold kan redusere melkemengden barnet får i seg med opptil 22-42% (Auerbach, 1990, Woolridge et al., 1980, Jackson et al., 1987 og Amatayakul et al., 1987). Brystet blir ikke stimulert på samme måte som ved diing fordi det ikke blir noen hudkontakt (reduserer oxytocinutsondring), og det blir vanskeligere for brystet å få hjelp til tømningen av barnets bølgelignende tungebevegelser. Barnet kan få samme sugeteknikk som ved bruk av smokk og utvikle sugeforvirring. Det er ofte vanskelig å vende barnet av med

Vanlige årsaker til at brystskjold tas i bruk:

- Mekesprengte bryst der barnet ikke får tak
- Flate/innadvendte brystknopper
- Sugsvakt barn/prematurt barn
- Beskytte såre/sprukne brystknopper
- Barnet vil ikke ta brystet
- Forebygge såre brystknopper

skjoldet og få det til å akseptere brystet uten skjold. Et enda større problem er bruk av flaskesmokker som ofte blir brukt til å sette utenpå brystknoppen. Barnet suger da melken ut fra smokken. Det klarer ikke å få presset areola sammen for å få melket melkesjøene. Hvis mor har en meget sterk utdrivningsrefleks og melken renner av seg selv, vil barnet kunne få melk i seg på denne måten.

Brystskjold eller smokk på brystet er en lettvin og tilsynelatende enkel løsning på et problem. Skjoldet tas ofte i bruk på sykehus, men personalet ser ikke alltid de langsiktige problemene med dette, ettersom det ikke er deres oppgave å følge opp moren etter utskriving.

Det vil likevel finnes tilfeller der den eneste muligheten for å komme igang med ammingen er å bruke et brystskjold. Alle andre alternativ for å løse problemet bør imidlertid først være prøvd.

Det er derfor viktig å være klar over følgende konsekvenser før man anbefaler brystskjold:

- Det egentlige problemet blir ikke løst
- Barnet får i seg mindre melk enn ved å suge direkte på brystet
- Nedsatt stimulering av melkeproduksjonen
- Dårlig sugeteknikk hos barnet med lite melkeinntak og deretter risiko for dårlig vektøkning eller vektnedgang
- Problemer med sugeforvirring
- Søre brystknopper blir enda sårere p.g.a. feil sugeteknikk og at skjoldet gnis fram og tilbake over brystknoppen
- Mor kan feilaktig tro at barnet får i seg melk fordi hun ser melk i skjoldet. Melk i skjoldet behøver ikke bety melk i magen
- Det er vanskelig å venne barnet til å ta brystet uten skjold
- Mor opplever at noe er feil med hennes bryst fordi barnet bare tar det med skjold

Ved ethvert problem med amming er det viktig å observere ammesituasjonen. Det er viktig å være detaljert og systematisk i innsamlingen av data og starte helt fra begynnelsen når barnet skal legges til brystet (ammeobservasjonsark, se vedlegg VIII). Mor må fortelles hva vi ser og legger vekt på slik at hun kan forstå logikken bak tiltakene.

Noen eksempler for å illustrere alternativ til brystskjold:

1. En ukes gammel baby kommer på helsestasjonen for å veies. Den er gått ned i vekt siden den reiste fra sykehuset. Mor forteller at de ble anbefalt brystskjold ved amming fordi barnet hadde høy gane. Det hadde ikke vært noen ammeproblemer. Det lå ingen logisk begrunnelse bak dette tiltaket. Hva kan fylle en munn bedre enn et mykt bryst? Moren sluttet med brystskjold og barnet gikk opp i vekt.
2. Tredje gangs gravid kvinne som aldri har fått til ammingen. Hun sier at hun ikke har fått ut melken og at hun har flate brystknopper. På sykehuset etter forrige fødsel uttalte personalet: «Du kan ikke amme med de brystene». Kvinnen har store bryst med helt normalt utseende.
Mor fikk så følgende råd på helsestasjonen før fødsel:
 - Få barnet tidlig til brystet slik at det venner seg til å die før brystene er blitt spente og harde.
 - Unngå brystskjold. Barnet må venne seg til de brystene mor har.
 - Amme ofte for å holde brystene myke slik at barnet lett klarer å få tak over areola. Evt. håndmelke før amming for å få areola mykere.
 - Bruk "under armen-stillingen" (se Illustrasjon 21, s. 56. Mor har da bedre kontroll over hodet til barnet, når det skal hekte seg på brystet.
 - Tilby brystet med støtte under brystet med en hånd (se Illustrasjon 4, s. 22). Unngå saksegrep på brystet. Fingrene kommer da i veien for barnets munn.Mor fikk til ammingen uten noen vanskeligheter, og fullammet fortsatt da barnet var tre måneder.

Tenk alternativ til brystskjold

Årsak til bruk av brystskjold :

Såre brystknopper

- uheldig sugeteknikk
- sopp på brystknoppen eller i barnets munn
- barnet gaper ikke høyt nok

Melkesprengte bryst

- større melkeproduksjon enn etterspørsel

Flate/innadvendte brystknopper

Barnet vil ikke ta brystet

Sugesvakt barn

Prematur - brystknoppen er for stor

Tiltak :

- se tiltak for såre brystknopper (s. 35).
- se tiltak ved sopp (s. 36)
- unngå smokk/flaske, gi tillegg med kopp, sprøyte eller skje
- håndmelke før barnet legges til brystet, slik at areola blir myk og barnet lettere får tak
- tilby brystet hver 2-3. time eller oftere
- la barnet suge til det slipper selv eller til brystet er mykt
- barnet må vennestilles til morens bryst
- unngå smokk/flaske
- trill brystknoppen mellom fingrene før amming
- areola må holdes myk, gjerne med håndmelking (se Illustrasjon 10, s. 27) slik at barnet har mulighet til å få tak.
- husk at barnet skal suge på brystet og ikke på brystknoppen
- tiltak, se også s. 58
- oppretthold melkeproduksjonen med pumpe
- legg barnet til jevnlig
- ikke tving barnet til brystet eller legg det til når det er urolig
- unngå smokk/flaske/skjold
- kan prøve å teipe en sonde med sprøyte i enden til brystknoppen for at barnet skal få melk når det kommer til brystet (se Illustrasjon 27, s. 72)
- se s. 56 om mer detaljerte tiltak for å stimulere sugesvake barn
- Brystet må være mykt, bruk gjerne håndmelking før barnet legges til
- Ta tiden til hjelp. Ettersom barnet vokser og blir større øker muligheten for at det skal klare å gape over brystknoppen
- Gi barnet positive opplevelser ved brystet, slikke og smake. Mor kan håndmelke i munnen på barnet.

Barnet er blitt avhengig av brystskjoldet - hvordan venne barnet av?

I de aller fleste tilfeller kunne problemet med brystskjold vært unngått ved å ta i bruk andre tiltak for å løse det opprinnelige problemet. Avvenning fra brystskjold krever ofte tid, tålmodighet og støtte. For de fleste vil det ta noen uker før det fungerer akseptabelt. I de fleste tilfeller klarer mor og barn å få dette til. For noen må avvenningen gå trinnvis. Andre har opplevd at det går bedre å slutte med skjoldet med en gang. Dette er individuelt, og planen for avvenning må gjøres i full enighet med foreldrene. Slike opplegg krever intens oppfølging. Hvis barnet er utenfor sykehus, bør helsesøster følge opp minst en gang i uken, gjerne oftere.

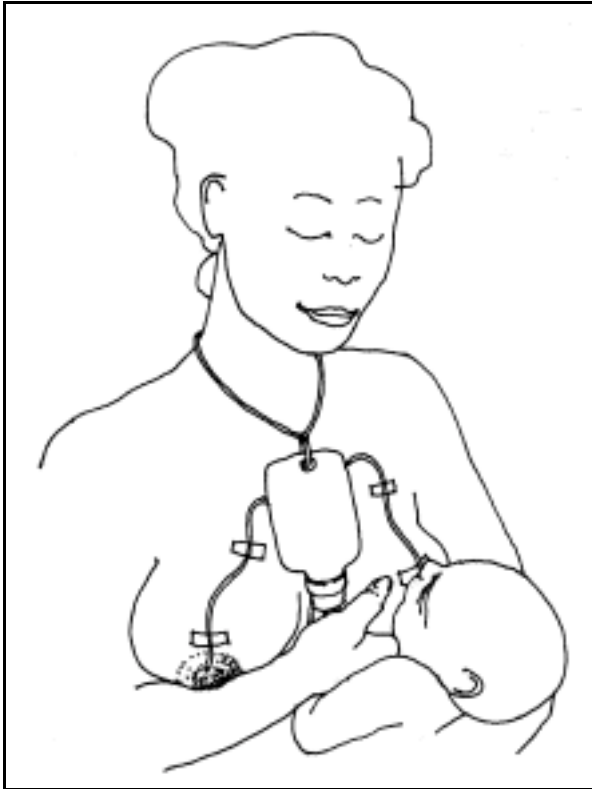
- Prøv å løse det opprinnelige problemet som førte til at skjoldet ble tatt i bruk
- Unngå at barnet er veldig sultent når det skal prøve å die uten skjold
- Det er gunstig å prøve på en tid av døgnet når barnet er søvnig, f.eks. om natten når det er mørkt og det dier mer eller mindre i søvne
- Hvis barnet ikke aksepterer brystet uten skjold start ammingen med skjoldet. Når barnet suger og melken renner, prøv å fjerne skjoldet
- Gi barnet litt utpumpet melk i munnviken med sprøyte for å stimulere sugingen mens det prøver å få tak i brystet
- Nekter barnet å ta brystet uten skjold, kan det være verdt et forsøk å klippe av tuppen på skjoldet gradvis. Klipp av litt hver dag. Dette bør gå over mange dager slik at barnet ikke merker forskjellen. Fortsett å tilby brystet uten skjold når barnet er kommet igang med sugingen
- Hvis barnet ikke tar brystet må mor pumpe seg og barnet mates med kopp. Tilby brystet regelmessig, men ikke legg barnet til hvis det gjør motstand
- Koppmating kan også ta litt tid å lære seg. Begynn når barnet ikke er så sultent, prøv med små mengder først. Hvis det er problematisk, la avvenningen fra flaske til kopp gå over noe tid (koppmating se også s. 45).

Bruk av hjelpebryst (lactaid)

Årsaker til bruk

- Dårlig vekttoppgang på grunn av for lite melk:
 - Barnet er uinteressert i å suge når det kommer lite melk
 - Barnet har tekniske problemer eller er sugesvakt (f.eks. barn med Down Syndrom, hjertefeil eller leppe/ganespalte)
- Barnet vil ikke ta brystet (se s. 58 og s. 69)
- Amming av adoptivbarn
- Gjenopptakelse av avsluttet amming

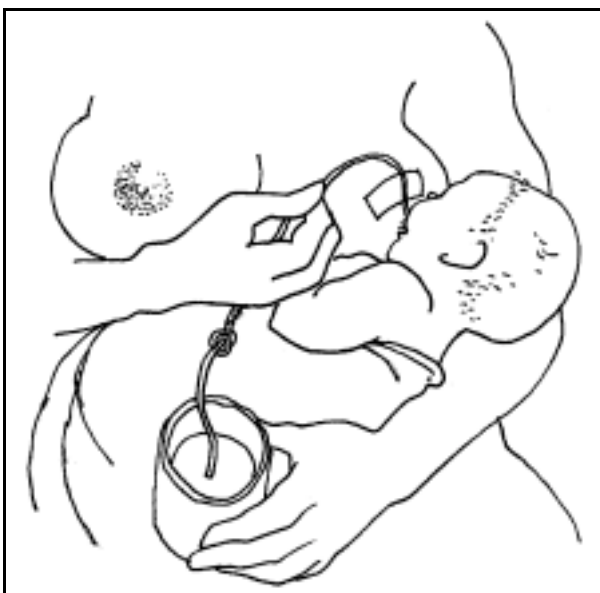
Hjelpebryst er et teknisk hjelpemiddel som gir barnet melk samtidig som morens melkeproduksjon blir stimulert, ettersom barnet suger fra hennes bryst. Hjelpebrystet kan fås kjøpt på apotek og består av en flaske formet som en lommelerke, tynne silikonsonder og en kork til flasken som gjør det mulig å regulere melkestrømmen (se Illustrasjon 25). De tynne sondene festes til brystknoppen med litt teip. Innholdet i flasken kommer til barnet når det suger. Melketilførselen reguleres også når barnet suger. Det er ikke vanskelig å lage et «hjemmelaget» hjelpebryst.



Illustrasjon 25: Hjelpibryst

Hjemmelaget hjelpebryst

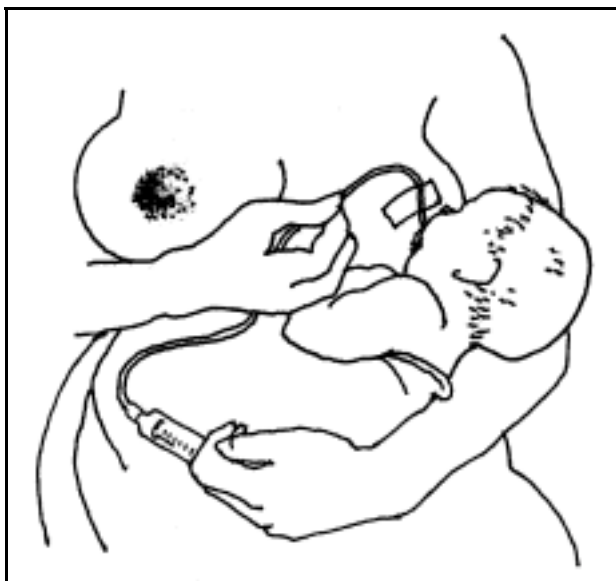
Bruk en tynn sonde som det lages et lite ekstra hull i, i tillegg til hullet som er på enden. Hvis det er vanskelig å få tak i en tynn sonde, går det fint å bruke en som er litt tykkere og knyte en knute slik at melkestrømmen ikke blir for stor. Melken fylles opp i et beger som står ved siden av mor. Hvis det ønskes en sterk melkestrøm stilles koppen høyt, for svak strøm stilles koppen lavt. Den ene enden av sonden teipes ved brystknoppen, og den andre legges i begeret med væske (se Illustrasjon 26). Barnet regulerer melkestrømmen ved å skape vakuum gjennom suging (WHO/UNICEF, 1993, s. 355 og Helsing, 1995).



Illustrasjon 26: «Hjemmelaget hjelpebryst»

Andre alternativ til hjelpebryst

Det finnes andre alternativ til hjelpebryst, spesielt hvis en ønsker å stimulere barnet til å starte å suge. Når det gjelder sugesvake barn, er min erfaring at det kan være vanskelig å få hjelpebrystet til å fungere. Barnet klarer ikke å skape stort nok vakuum til at melken kan begynne å renne. Da går det an å feste en tynn sonde til brystknoppen og meget forsiktig gi melk med en sprøyte gjennom sonden (se Illustrasjon 27). Det er viktig å følge med på barnets sug- og svelgbevegelser slik at melken kommer i passe hastighet og i passe mengde. Enda enklere er det å dryppe melk i barnets munnvik med hjelp av en kopp, en sprøyte eller en «drypper». Da unngår man helt risikoen for at barnet skal aspirere.



Illustrasjon 27: Et godt alternativ til hjelpebryst ved hjelp av en sonde

Noen refleksjoner ved bruk av hjelpebryst

Det er ikke uvanlig at mødre opplever bruk av hjelpebrystet som stressende og litt vanskelig, og at det er mange forskjellige deler og utstyr å forholde seg til (Rustand, 1992). Helsepersonell kan også med stor fordel prøve ut teknikken på et mor-barn par som ikke har noen problemer med ammingen, forutsatt at moren kan tenke seg å være med på et lite eksperiment. Det blir ikke særlig vellykket å prøve hjelpebrystet for første gang med en mor og et barn som har strevd med å få til ammingen om du som veileder ikke kjenner til de forskjellige delene og hvordan de fungerer.

Det er også viktig at hjelp og veiledning følges nøye opp. I startfasen med hjelpebryst anbefales daglig oppfølging. Når melkeproduksjonen skal settes i gang, eller økes, er det viktig å passe på at melkestrømmen avpasses slik at amlestunden varer i alle fall i 30 minutter. Hvis barnet ikke klarer å sette i gang melkestrømmen fra hjelpebrystet, kan man hjelpe det gjennom å klemme litt forsiktig på flasken med melk i. Hvis det er et hjemmelaget hjelpebryst, kan man heve begeret med melk høyt. Det er anbefalt å amme barnet med føttene under morens arm (se Illustrasjon 21, s. 56 s. og Illustrasjon 23, s. 64). Mor får da frigjort en hånd til å assistere barnet eller å ordne med sonde eller flaske. Hvis det blir brukt morsmelkerstatning må den ristes nøye ettersom klumper i melken lett lager stopp i de tynne sondene. Den mengden barnet får som tillegg må minkes etterhvert som morens melkeproduksjon øker (WHO/UNICEF, 1993, s. 253-256 og Riordan, 1993, s. 317-322).

Kapittel 8

Amming og hyperbilirubinemi (fysiologisk gulsott)

Anna-Pia Häggkvist og Rolf Lindemann

Tidlig fysiologisk hyperbilirubinemi hos nyfødte - kan det forebygges?

Nyfødte barn som blir ammet har en høyere forekomst av høyt serumbilirubin-nivå enn barn som er ernært med morsmelkerstatning. Tidligere ble det sett på som et problem og morsmelken ble gitt «skylden». I dag er fysiologisk gulsott hos brysternærte barn godtatt som normalt. Den lavere forekomsten av hyperbilirubinemi hos barn som får morsmelkerstatninger er sett på som en ikke-fysiologisk reaksjon (Gartner, 1994).

Fosteret har ved fødselen høyt føtalt hemoglobin som trenger å bli brutt ned. Den delen av bilirubinet som heter "heme" brytes ned til ukonjugert bilirubin og fraktes til leveren bundet til albumin. Det ukonjugerte bilirubinet er celletoksisk, og kan ved høye verdier forårsake hjerneskader, men så lenge det er bundet til albumin er det ikke toksisk. I leveren omdannes det ukonjugerte bilirubinet til konjugert. Dette er ikke toksisk og gir sjelden problemer. Det konjugerte bilirubinet utskilles i urinen, men den største andelen utskilles i gallen og går ut i tarmen. Aktivisering av tarmen ved tilførsel av kalorier er derfor et av de viktigste tiltakene for å forebygge den variant av fysiologisk hyperbilirubinemi som krever behandling. Ved økt peristaltikk i tarmen vil den tiden bilirubinet er i tarmen reduseres. Det svekker risikoen for entero-hepatisk resirkulasjon, som innebærer at bilirubinet som allerede er i tarmen absorberes og resirkuleres. Barn med nedsatt tarmpassasje, f.eks. ved pylorusstenose eller tarm-atresier har derfor ofte høyere serumbilirubin.

Hvordan forebygge fysiologisk hyperbilirubinemi?

- Tidlig amming
- Hyppig amming (10-12 ganger pr. døgn de første levedøgn)
- Unngå sukkervann/ vanntilskudd

(Gartner, 1994)

Barn som er født prematurt, nyfødte med infeksjoner, asfyxi, og andre sykdommer har økt risiko for å få behandlingstrengende hyperbilirubinemi. Bilirubinet går også lettere over blod-hjernebarrieren hos disse, selv om det er bundet til bilirubin. Disse barna er i tillegg særlig utsatt for toksiske skader av ukonjugert bilirubin. Medikamenter blir

bundet til albumin og fortrenger bilirubinet. Lav albumin, som er vanlig hos premature, gjør disse barna mer utsatt for det toksiske ukonjugerte bilirubinet. En lav pH-verdi i blodet gir også økt risiko for toksiske skader. På bakgrunn av dette er det særdeles viktig å komme i gang med peroral ernæring så tidlig som mulig. Premature barn med lav gestasjonsalder har ofte sen mekoniumavgang og har særlig god nytte av peroral ernæring for å sette i gang tarmperistaltikken. Det bør da fortrinnsvis brukes morsmelk eller bankmelk.

Væsketilskudd ved lysbehandling/lysterapi

Ved fototerapi øker væsketapet. Bilirubinet som er omdannet i huden, omgjøres til vannløselige små molekyler som kan skilles ut i urinen eller i tarmen. I tarmen virker de som irriteranter som fører til økt væskesekresjon og løsere avføring. Vasodilatasjon i huden og en generell temperaturøkning gir også et økt væsketap. Det er derimot ikke nødvendig med ekstra væsketilskudd ved fototerapibehandling hos et brysternært fullbåret friskt barn med god væskebalanse, men det er viktig å følge med i barnets væskestatus og temperatur. Hos premature barn og syke fullbårne er det vanlig å gi 10-20% ekstra i væsketilskudd. Barnet mister mer væske ved lysbehandling i seng enn når det ligger i kuvøse. Ekstra væsketilskudd bør være morsmelk eller bankmelk.

Sen gulsott - «Morsmelkindusert» hyperbilirubinemi?

Morsmelkindusert hyperbilirubinemi er en form for sen gulsott. Økningen av bilirubinverdiene ses etter 3. levedøgn men som oftest i 5.-7. levedøgn. Bilirubinet kan også stige senere, helt opp til 15. levedøgn. De forhøyede verdiene kan vedvare lenge og inntil barnet er 10 uker. Det er fortsatt mange teorier om hva det er i morens melk som forårsaker forsinket nedbrytning av bilirubin, f.eks. om det kommer av forskjellige hormoner og enzymer hos mor (Riordan, et al., 1994, s. 452 og Leung, 1989). Uansett hva det er ser det ikke ut til å aktiviseres ved oppvarming av morsmelken.

Når trenger barnet å behandles?

For å behandle denne formen for hyperbilirubinemi seponeres morens melk i 24-48 timer. Bilirubinverdiene synker da vanligvis med 30-40%. Behandling er kun nødvendig hvis barnet har bilirubinverdier over fototerapigrensen. Før behandling skal andre årsaker utelukkes ved ABO-typing og Coombs test. Hematomer og høy hematokritt kan også være en årsak til hyperbilirubinemi.

Når det gjelder barn som er 10-14 dager gamle bør det vurderes om seponering av morsmelk eller andre tiltak (se ramme) i det hele tatt er nødvendige, selv om bilirubinverdiene er over fototerapigrensen. Hvis barnet har god vektøkning og god trivsel er slike tiltak sjelden påkrevet. Hvis barnet er trøtt og sugesvakt bør en vurdere å seponere av morens melk, men det må også utredes nøye med tanke på andre årsaker til hyperbilirubinemi. Et icterisk barn som er slapt og sugesvakt kan være alvorlig sykt, f.eks. ha sepsis, urinveisinfeksjon, metabolsk sykdom (f.eks. galactosemi), gallegangsatresi eller hepatitt.

Det finnes i dag ingen annen måte å diagnostisere denne formen for hyperbilirubinemi på enn å seponere morens melk, men seponering av morens egen melk bør kun gjøres i behandlingsøyemed.

Dette kapitlet går ikke i dybden når det gjelder årsakene til hyperbilirubinemi eller hvordan det diagnostiseres eller behandles hvis det ikke har direkte sammenheng med amming og morsmelk.

Behandling av morsmelkindusert hyperbilirubinemi - sen gulsott

- Seponér amming/morens melk i 12-48 timer
- Gi barnet ett av følgende alternativ:
 - Bankmelk
 - Morsmelkerstatning
 - Morens egen utpumpede melk som har vært oppvarmet til min. 56° i 15 min. og deretter kjølt ned (Auerbach & Gartner, 1987)*
- Barnet kan også få bryst og ett av de nevnte alternativer annen hver gang, bilirubinverdiene vil da ta lengre tid på å gå ned
- Fototerapi uten seponering av morsmelk kan også redusere bilirubinnivået

* Oppvarming av morsmelk til akkurat 56° kan være litt vanskelig å få til i hjemmet, men på den andre side: hvis melken blir litt for mye oppvarmet og dermed får noe "dårligere" kvalitet, spiller det liten rolle ettersom dette kun er aktuelt i 1-2 døgn.

(La Leche League International, 1992)



Kapittel 9

Morsmelk som mat og medisin

Asbjørn Langslet og Gro Nylander

Morsmelk til syke og premature nyfødte

Human melk er den beste ernæring for friske, fullbårne nyfødte. Også syke og premature nyfødte har spesielt god bruk for morsmelk. Derfor er det viktig at alle barn som overhodet tåler oral ernæring får iallfall noe morsmelk. Selv små mengder er av stor verdi.

Syke og premature nyfødte er imidlertid medisinsk sett annerledes enn friske, fullbårne. Spekteret varierer enormt fra moderat til svært syke eller premature. Også ernæringsmessig vil det derfor være store forskjeller mellom individer i disse gruppene.

Morsmelk som ernæring

De eldste premature og de minst syke barna kan ofte ernæres utelukkende med morsmelk. Hos de sykeste eller svært premature er dette umulig, men de bør få det i den grad næring pr. os tolereres, med nødvendige tilskudd. Dersom det ikke er mulig med direkte amming bør morsmelken gis på andre måter.

Her er noen få av de mange grunnene til at selv små mengder morsmelk er gunstig hos syke eller premature barn:

Morsmelkfett

Fettet i morsmelk er spesielt viktig for videre utvikling av hjerne og syn. De langkjedede arts-spesifikke fettsyrene finnes ikke i kunstig ernæring. Særlig hos premature er det påvist en overbevisende effekt av morsmelkernæring f.eks. når det gjelder senere intelligens og syn. Det finnes ekstra mye fett i ettermelken som kommer til slutt. Noen prematurklinikker har derfor som regel at barn som trenger ekstra kalorier iallfall får ettermelken, dersom mor produserer mer enn barnet kan bruke.

Kaloriinnhold i morsmelk

Melkesukkeret i morsmelk er ekstra lett fordøyelig for barnet og sørger for rask heving av blodsukkeret. Spesielt laktose bidrar også til at kalk fra melken absorberes godt. Denne sukkerarten er i tillegg særlig gunstig for vekst av den nyttige bakterien *Lactobacillus bifidus*, som gir barnet en syrlig, velduftende avføring og hindrer fremvekst av uheldige tarmbakterier.

Proteiner

Proteinet i morsmelken er spesielt tilgjengelig for den nyfødte. Mødre som har født prematurt har en noe annen sammensetning av morsmelken enn dem som føder ved termin. Den såkalte prematurmelken har en fysiologisk aminosyreprofil og inneholder bl.a mere protein enn melk produsert ved termin (0.43 g/l mot 0.31 g/l). For tidlig fødte barn har ekstra god bruk for dette.

Det er en av grunnene til at melk fra barnets egen mor er gunstigere enn bank-melk. "Prematur donor-melk" kommer i en mellomstilling.

Jern

Jern i for store mengder kan gi grobunn for uheldige bakterier i barnets tarm. Samtidig har premature et stort jernbehov fordi de ikke har rukket å bygge opp noe lager i mors liv. Det er grunnen til at deres diett ofte forsterkes med bl.a. jern. Det er likevel viktig å ta tilgjengelighet med i vurderingen: Fra jernberiket morsmelktillegg absorberer barnets tarm bare ca. 4% av jernet. Fra vanlig kumelk tar barnet opp rundt 10%, mens hele 50% av jernet i brystmelken absorberes.

Tilskudd til morsmelken?

De minste og yngste barna, som fortsatt skulle ha vært ernært via mors blod, kan trenge ekstra tilskudd av energi, protein, fett karbohydrater, fosfor, kalsium, natrium, jern, spormetaller og enkelte vitaminer. Det er imidlertid viktig å være klar over at prematurmelk ikke bare har mere protein og høyere energiinnhold enn annen morsmelk, den inneholder også høyere konsentrasjoner av jern, spormetaller som f.eks. sink, natrium og klor. Enzymene i morsmelken fremmer barnets fordøyelse. Fersk melk fra egen mor er enda bedre enn pasteurisert donormelk, selv om denne også er verdifull.

Morsmelk som forebyggende medisin

Morsmelk inneholder en lang rekke faktorer som styrker og støtter barnets immunforsvar.

Antistoffer

Antistoffer - eller immunglobuliner - er spesielt viktig i denne sammenheng. Det premature barnet må betraktes som immunsupprimert. Dets egen produksjon av antistoffer fungerer dårlig lenge enda. Samtidig har det fått med seg en altfor kort periode i livmoren med overføring av antistoffer via morkaken. Derfor kan morsmelkens antistoffer være livsviktige for premature.

Det de trenger aller mest er det såkalte IgA-antistoffet. Det kleber seg til slimhinnen i hele den lange fordøyelseskanaalen og tar seg av potensielt skadelige mikroorganismer. Samtidig suges det også opp av barnets tarm og gjenfinnes bl.a. i urinen. All morsmelk inneholder store mengder IgA fra første dråpe. Igjen er prematurmelken overlegen. Kolostrum produsert etter prematur fødsel inneholder f.eks. 310.5 ± 70 mg/g protein mot termin kolostrums 168.2 ± 21 (RL 422). Immunsystemet er så spesifikt at bare menneske-antistoffer kan beskytte menneskebarn. Kumelk inneholder også IgA, men det er bare nyttig for kalver.

Selv et lite, prematurt barn har mange kvadratmeter slimhinne, ikke minst i tarmsystemet og luftveiene. Det er påvist et system som kalles "homing", etter brevduer som alltid flyr hjem samme hvor de slippes fra. Hver gang barnets mor i løpet av sitt lange liv smittes med en mikroorganisme, lager hennes eget immunsystem et spesielt antistoff som passer f.eks. til akkurat det viruset, som en lås til en nøkkel. Når hun senere utsettes for den samme smitten husker hennes celler raskt hvordan de skal lage dette antistoffet. Hun rekker bare å bli lett angrepet istedet for å bli ordentelig syk. Dette er også prinsippet for all vaksinerings, å lære lymfocytter til å lage spesifikke antistoffer.

Disse huskelymfocytene slår seg etterhvert også ned i melkekjertlene og produserer altså IgA i store mengder til spedbarnet. Når kjente mikroorganismer mor har vært utsatt for smitter barnet, får det allerede antistoffet via brystmelken. Barnet reagerer mildt på infeksjonen og bli fort frisk.

"Homing" er en av grunnene til at brystbarn er langt mindre utsatt for infeksjonssykdommer enn kunstig ernærte. Det er mange andre antistoffer enn IgA i morsmelk, men dette er det aller viktigste og får tjene som eksempel. Fordi det bare går løs på de skadelige mikroorganismene betyr det at alle de godartede bakteriene som **skal** finnes i kroppen forblir uskadd, og kan gjøre nytte for seg. Det er jo nettop problemet med antibiotika, at medisin også utrydder de bakteriene vi trenger.

Dette er en av grunnene til at mor bør ha intim kontakt med sitt syke eller premature barn så snart det er mulig. Hun bør utsettes for smitte fra barnets nye miljø, slik at hun med sitt immunforsvar kan forsyne barnet med de nødvendige antistoffene.

Hvite blodlegmer

Hvite blodlegmer finnes i så store mengder i brystmelk at den av og til blir kalt for "hvitt blod". B-lymfocytene ligger altså klar til å lage antistoffer. Leukocytene spiser skadelige mikroorganismer og gir signal til andre celler om å sette i gang forsvarssystemene sine.

De store makrofagene ikke bare spiser virus og bakterier, de sender f.eks. også ut et stoff som løser opp bakterieveggen og dreper dem på den måten.

En type hvite blodlegmer kalles til og med killer-cells. Det spennende med disse er at de oppfører seg annerledes i melk enn i blod. Dersom drepercellene i melken kommer i kontakt med bakterier som finnes i tarm, formerer de seg voldsomt og gjør en kjempeinnsats i krigen mot colibakteriene, som jo kan være livsfarlige spesielt for premature og syke barn.

Andre hjelpsomme infeksjonsbekjempere

En overflod av andre nyttige molekyler bidrar til å beskytte brystbarnet mot infeksjoner. Noen lager slim som omringer mikrobene og hindrer dem i å gjøre skade. Andre jobber mere indirekte. Her er noen få eksempler:

Hvert lactoferrinmolekyl i morsmelken binder to jernatomer. Det senker mengden av fritt jern i tarmen. For mye fritt jern kan gjøre skade. Mange farlige bakterier vokser og formerer seg kraftig dersom det finnes jern til overs i tarmen. Det gjelder f.eks. de fryktede gule stafylokokkene. Bl.a. på grunn av laktoferrinet trives de uheldige bakteriene dårlig hos brystbarnet.

Den spesielle Bifidusfaktoren som finnes i brystmelk bidrar sammen med laktose til å fremme veksten av de benigne tarmbakteriene, holde en lav pH i tarmen og hindrer de ugunstige i å formere seg.

Interferon er en av kroppens kraftigste virusbekjempere og brukes bl.a. i kampen mot AIDS. Det finnes i særlig stor konsentrasjon i råmelken, barnets mat nettopp i den tiden da det trenger beskyttelsen aller mest.

I tillegg finnes en rekke andre infeksjonsbekjempende faktorer i morsmelk. Eksempler er lysosoym, komplementfaktorer, oligosaccarider o.s.v. En rekke infeksjonsbeskyttende faktorer finnes i særlig høy konsentrasjon i prematur melk.

Necrotiserende enterocolitt

Necrotiserende enterocolitt er en fryktet lidelse som særlig rammer premature. Også når barnet ikke ernæres fullstendig med human melk, bidrar selv delvis morsmelkernæring til at sykdommen sjelden oppstår. Man regner med at NEC skyldes dårlig gjennomblødning i deler av tarmen kombinert med infeksjon. Morsmelkens beskyttende effekt kommer trolig både av at den fører til en raskere modning av tarmen og at den beskytter mot infeksjoner.

Sannsynligvis er det morsmelkens tidlige stimulering, regulering og modning av barnets eget immunsystem som beskytter mot senere utvikling av kroniske autoimmunsykdommer som ulcerøs colitt og Morbus Crohn i tarmen.

Neonatalsepsis

Neonatalsepsis forekommer sjeldnere hos brystbarn som får morsmelk. Spesielt colostrum fra egen mor er virkningsfullt. Det samme gjelder er rekke andre infeksjoner som øvre og nedre luftveisinfeksjoner og urinveisinfeksjoner.

Referanser:

The Lancet, Editorial. A warm chain for breastfeeding, 1994, 344; 1238-40

Statement of the Standing Committee on Nutrition of the British Paediatric Association. Is breastfeeding beneficial in the UK? Arch. Dis. Child 1994, 71: 376-80

Nylander, Gro, H.C. Børresen. Morsmelk som livseliksir. Tidsskrift for den Norske Lægeforening 1993, 113: 318-9

Kapittel 10

Mor-barn vennlig initiativ i Norge (MBVI)

Anne Bærug og Anna-Pia Häggkvist

I 1993 lanserte Statens helsetilsyn Mor-barn vennlig initiativ (MBVI) i Norge som en norsk oppfølging av WHO/UNICEFs «Baby-Friendly Hospital Initiative», et verdensomspennende krafttak for å fremme amming og tidlig nærkontakt mellom mor og barn.

De fremste internasjonale fagmiljøer har utarbeidet 10 krav til føde/barselavdelinger (se vedlegg I) som ønsker å være «ammevennlige». Disse går i korthet ut på at ingen mor skal skilles unødige fra sitt nyfødte barn, og at helsetjenesten ikke skal gripe forstyrrende inn i den naturlige prosessen som amming er. I stedet skal forholdene legges til rette og mor få veiledning, slik at hennes og barnets medfødte evne til å amme/die kan fungere. Målet er at alle som gir ammeveiledning skal være faglig oppdatert og gi enhetlig informasjon, slik at ingen mor skal gi opp å amme fordi hun ikke har fått god nok hjelp fra helsepersonell.

Mor-barn vennlig initiativ var i 1993-1996 organisert som et prosjekt. Det ble gjennomført en rekke oppdateringskurs for helsepersonell over hele landet. Undervisnings- og informasjonsmateriell ble produsert, bl.a. videoen «Bryst er best». Sykehus som ønsket det, ble evaluert av spesialutdannede team av laktasjonsspesialister. Sommeren 1996 var 36 sykehus i Norge godkjent som Mor-barn vennlige. Etter avsluttet prosjekt innarbeides WHO/UNICEFs 10 krav (se vedlegg I) som offisiell norsk kvalitetsstandard.

I Norge har man også valgt å gjennomføre en utvidet satsing på primærhelsetjenesten og neonatalavdelingene. Høsten 1995 ble det arrangert et nasjonalt seminar for primærhelsetjenesten med fokus på praktisk ammeveiledning. Seminaret har fått ringvirkninger, og flere fylker har fulgt opp med seminar på fylkesnivå. I tillegg ble det i 1996 utgitt en håndbok om ammeveiledning beregnet på helsestasjonsarbeid.

MBVI og neonatalavdelingene

I 1994 gjennomførte Mor-barn vennlig initiativ et nasjonalt 3-dagers seminar, «Hvordan fremme amming på neonatalavdelingene». Påfølgende selvevaluering fra avdelingene har vist en betydelig økt interesse for og fokus på amming av barn med startvansker. Det har gitt økt kunnskap og vilje til å drive forandringsarbeid for en bedre omsorg på dette feltet.

En ressursgruppe for å fremme amming på neonatalavdelingene (RAN) er opprettet. Formålet med den er å være tilgjengelig for andre som er interessert i å arbeide med forandring av rutiner og sette igang tiltak for å fremme amming. Gruppen har i tillegg fungert som en ressurs i forhold til MBVI og gitt tilbakemelding og ideer til fortsatt arbeid i prosjektet. Du kan ta kontakt med ressursgruppen (se vedlegg III) hvis det er behov for forelesere til avdelingen, eller for å utveksle erfaringer.

Alle neonatalavdelinger har fått skriftlig informasjon fra MBVI flere ganger. Materiell sendt ut høsten 1995 inneholdt «Ti trinn for vellykket amming på neonatalavdelingen» (se vedlegg II) som er utarbeidet i Norge, og et selvevaluerings-skjema i forhold til «Ti trinn for vellykket amming på neonatalavdelingen». 18 av 21 neonatalavdelinger besvarte selvevalueringen (se s. 50). I tillegg inneholdt utsendelsen studiemateriell, «ammehjulet» og en informasjonsfolder til mødrene (se vedlegg IV). 11 sykehus har deltatt i en ammeforekomst-registrering over en tre-måneders periode (se s. 49).

Kapittel 11

Mødres opplevelser fra amming av barn med startvansker

Amming av premature tvillinger

av Diana Trejos

For snart 4 år siden fødte jeg tvillinger i 27. uke. Gutten veide da 990 gram, og jenta veide 985 gram, så begge var vel det vi kan kalle «lettvektere». De hadde absolutt hver sin tøffe start på livet, og lå på respirator lenge og kjempet en kamp for å overleve pustestanser, infeksjoner, blodforgiftninger og en del andre komplikasjoner i starten.

Morsmelk var det bare jeg som kunne gi!

Tanken på å amme dem hadde ikke rukket å vokse fram ennå, midt oppi alt dette, det dreide seg om å overleve eller ikke. Men det jeg hadde bestemt meg for, var at jeg skulle i alle fall gi dem det beste de kunne få av ernæring - nemlig min morsmelk som jeg behørig pumpet ut med en heller nitrist pumpemaskin. Det fikk så være, for det ga meg en utrolig tilfredshet å kunne tilby mine barn de svært viktige dråpene morsmelk som bare jeg og ingen andre kunne gi dem, nettopp fordi de kom fra deres egen mor. Barna var dessuten så prisgitt den medisinske ekspertise at man av og til følte seg utilstrekkelig som mor, eller som nest best for barnet der jeg egentlig skulle vært den suverene ener. Da er det godt å komme med en edel hvit livsstyrkende drikk som en gave fra mor til barn.

Denne betydningsfulle følelsen var nok kimen til det som skulle vise seg å bli en vellykket amming senere. Jeg må nok si at jeg følte meg privilegert som klarte å beholde melken etter mye nitidig pumping, og med de store psykiske belastningene vi gikk igjennom. Jeg tror i ettertid at den informasjon vi fikk om at morsmelk betydde så uendelig mye for disse små, i kombinasjon med at det var utrolig viktig for min selvfølelse og identitet som mor å gi melk, overskygget at det var mange skjær i sjøen og frustrasjoner som til tider var store. Jeg er rimelig stolt av å ha klart å amme mine tvillinger til de var ca. 9 måneder, da måtte jeg dessverre gi tapt på grunn av egen sykdom med sykehusinnleggelse.

Viktig å få ta del i barnas stell og å få sitte «kenguru»

Jeg tror det var flere faktorer som var avgjørende for å få til en vellykket amming. Personlig mener jeg det er to svært sentrale momenter. Det ene var å delta og ta ansvar for stellet av barna så tidlig som mulig, og det andre å praktisere kengurumetoden i den grad det lot seg gjøre. På disse to punktene fortjener neonatalavdelingen ros. Vi ble tidlig oppfordret til begge deler.

Sjokk og handlingslammelse

Ved det første møtet med avdelingen er man ofte i en sjokkfase, hvor man blir handlingslammet og engstelig for å gjøre noe galt med de små uskyldige kroppene. Man trenger et puff for å gå inn i stellesituasjonen og gjennom stell og håndtering av barnet starter den første samhandling og kommunikasjon mellom foreldre og barn.

Jeg tror nok at foreldre til premature barn trenger lengre tid til å bli kjent med sitt eget barn, fordi man for det første er i en sjokkfase, men også fordi det premature barnet har færre og vagere signaler enn det fullbårne. En får ofte lite øyekontakt, en hører lite barnegråt, det er mye tekniske apparater og slanger og ledninger som trekker oppmerksomheten bort fra barnet, og det gir lite respons på stimuli, og sist men ikke minst er det en fysisk atskillelse - en glassvegg som ikke gjør det like naturlig å ta på barnet.

Følelsen av å ha fått et barn

Å bruke kengurumetoden var viktig, gjennom den får barnet hudkontakt, varme og nærhet. De kjenner igjen lukt, hører stemmer, og føler hjerteslag som gir trygghet. Her er mye verdifull informasjon som er med på å modne barnets sentralnervesystem i forhold til det å ligge alene og flatt i en kuvøse. Kengurumetoden er minst like verdifullt for mor og far, og kanskje spesielt for mor, fordi det ofte stimulerer melkeproduksjonen og gjør sorgen ved den fysiske atskillelsen mindre. Man får endelig følelsen av å ha fått ett barn som man kan begynne å vise sin kjærlighet til. Nå først begynte min morskjærlighet å ta form.

Å få barnet for første gang på brystet kunne for meg sammenliknes med fødselsøyeblikket da mor får lagt det nyfødte barnet opp på maven. Den dagen jeg fikk begge tvillingene på brystet samtidig er den desidert lykkeligste dagen i mitt liv, og kan ikke beskrives med ord.

Alt for dårlige kunnskaper om praktisk amnehjelp til en tvillingmor på sykehuset

Da vi kom til den praktiske ammingen synes jeg kunnskapen om og viljen til å hjelpe på avdelingen var for dårlig. Spesielt ble det merkbart for meg som skulle amme tvillinger. Jeg savnet informasjon om hvordan man legger to stykker til brystet. Hvor høyt? Hvordan skulle de ligge i forhold til hverandre? Hvor lenge skulle de ligge? Hvordan skulle jeg selv sitte godt? osv. Likeledes savnet jeg informasjon om hvor annerledes et prematurt barn suger - at de måtte legges til brystet oftere og at de ble raskere slitne, og at de hadde svakere søke-, suge- og svelgereflekser som trengte tid for å modnes og stimuleres ekstra - ingen sa dette til meg. Dette måtte jeg lese meg til på egen hånd.

Her følte jeg som tvillingmor til premature barn at jeg falt mellom to stoler. Amnehjelpen kunne noe om amming av tvillinger, men visste for lite om prematurproblematikken.

Prematurforeningen visste for lite om tvillinger. Jeg ble derfor mer eller mindre min egen lille ekspert med en rekke spesialanordninger som nok mange ville ha ledd av, men som fungerte for meg.

Generelt kan jeg vel si at jeg savnet en eller helst flere pleiere som hadde kunnskap og erfaring og var trygge nok til å gå inn i ammesituasjonen.

Noen praktiske tips:

Til slutt vil jeg komme med noen tips jeg selv følte fungerte:

- Min utdrivningsrefleks var meget sterk, derfor melket jeg ut litt fra brystet på forhånd slik at ikke barnet fikk følelsen av å drukne.
- Bruke en ammepute laget for tvillinger, eventuelt bygge opp med puter slik at du selv sitter behagelig og avslappet.
- Stimulér/massér området rundt og i munnhulen, og gjerne under hakepartiet for å stimulere til en bedre suge- og svelgerefleks.

-
- Sprutbrekker barnet seg ofte etter amming, må du ta kontakt med helsepersonell slik at eventuell sykdom hos barnet kan utelukkes. Vi ble hjulpet med «Nestargel» som opprinnelig er til å blande i melken på flasken. Jeg ga den i stedet gjennom en flaskesmokk med et lite hull før jeg startet ammingen, og det ble faktisk slutt på sprutbrekningene.
 - Fryse ned eventuell overskuddsmelk som det ofte blir i starten, hvis barnet ikke klarer å drikke så mye da, og gi dette som tillegg eventuelt til natta.

Til tross for frustrasjoner og slit underveis var ammingen verdt sin tid i gull, og husk at det er slettes ikke umulig å amme premature tvillinger, det kreves bare litt ekstra tålmodighet og innsats. Dere vil helt sikkert nyte godt av det alle tre.

Amming av et barn med hjertefeil

av Guri Verne

Jeg skal fortelle om mine erfaringer med å amme Torstein, født til termin i juni -92. Torstein er født med ASD/VSD, hull både mellom hjertekamrene og forkamrene. Torstein er mitt andre barn, det første ble ammet i 16 måneder for 7 år siden. Torstein ble ammet i 1 år, hvorav den elektriske pumpe var et vesentlig innslag i 7 måneder.

Hjemreise til vanlig tid

Hjertefeilen ble oppdaget i rutinekontrollen på barselavdelingen. Vi fikk god og grundig forklaring av en kardiolog, som også snakket om viktigheten av å behandle barnet normalt. Ammingen kom godt igang, og han tok igjen fødselsvekten sin før avreise. Vi reiste hjem til vanlig tid, rolige og trygge på at dette nok ville gå greit. Torstein ville bli rutinemessig operert om ca. ett år, trodde vi, men slik gikk det ikke.

Vi var instruert til å se etter visse symptomer på hjertefeilen; spesielt kortpustethet og dårlig appetitt. Dette med dårlig appetitt er helt typisk for barn med hjertefeil. Barna ser ofte tynne og spinkle ut. De spiser lite, noen dager nesten ingen ting. De kan kaste opp etter måltidet. Spebarna med hjertefeil orker ikke alltid å suge. Vekten til hjertebarn følges derfor grundig opp, som en indikasjon på hvordan hjertet fungerer. Men vi hadde ingen spesielle problemer de første 6 ukene.

Torstein blir innlagt på sykehus

6 uker gammel ble Torstein lagt inn med nyrebekkenbetennelse og tiltagende hjertesvikt. Han ble behandlet for begge. Han fikk kun intravenøs ernæring, og jeg satt der med melkespreng og måtte pumpe meg. Etter en ukes tid var han blitt ganske bra. Det så ut som om hjertesvikten var utløst av infeksjonen, slik at han ikke hadde så dårlig hjerte som svikten kunne gi inntrykk av. Vi ble utskrevet og dro på sommerferie ikke så lenge etterpå. Ved første kontroll etter ferien hadde han ikke hatt noen vektøkning på 1 måned, og legen slo alarm.

Selv om jeg var forberedt på dårlig appetitt, greide jeg ikke å kjenne igjen symptomene når de kom. Torstein virket aldri som om han hadde dårlig appetitt. Han ville gjerne ha brystet, men han orket ikke å suge så lenge. For meg så dette snarere ut som stor appetitt, ettersom han ustanselig ville legges til. Han satte i gang utdrivningsrefleksen, men når melken rant, ville han ikke ha. Det kan se ut som om selvreguleringsmekanismen ikke virker helt når barnet er sykt. Jeg var uendelig tålmodig og la ham til igjen og igjen, uten å slå alarm.

Melkemengden avtar ...

I ettertid har jeg skjönt at min melkeproduksjon falt mens Torstein fikk intravenøs ernæring. Jeg pumpet meg 2-3 ganger om dagen på sykehuset, men dette er ikke nok til å holde produksjonen i gang på et godt nivå. Torstein ble etterhvert frisk nok til å suge selv, men han var nok ikke sterk nok til å suge opp og derved øke produksjonen. Det er slitsomt for hjerte-barnet stadig å suge på et bryst med liten melkeproduksjon, og å "tømme" brystet ordentlig. Slik tror jeg en langvarig periode uten vektøkning ble innledet. Dette poenget skulle jeg ønske at noen kunne ha fortalt meg om, for da hadde jeg pumpet meg mer mens vi var innlagt.

Vi ble lagt inn igjen, og da begynte en frustrerende periode. Legene ønsket å undersøke om det kunne være andre forhold enn hjertet som ga dårlig vektøkning. De unngåelige spørsmålene kom: Hadde jeg nok melk? Ble han kanskje utslitt av å suge?

Syv måneder med brystpumpe

Jeg fikk beskjed om å slutte å amme. Torstein skulle få flaske, så man kunne se hvor mye han tok. Så skulle han ha måltid hver fjerde time, og ikke noe innimellom, så han skulle bygge opp appetitten og ikke slite seg ut med stadig spising. Torstein hadde vært helt selvregulert, så dette innebar kraftig omlegging av livsstilen. Jeg kunne fortelle legene at han ikke tok flaske, for det hadde hans far erfart! - men det ble ikke tatt i betraktning. Jeg kunne vise til at jeg hadde pumpet mer enn nok melk om morgenen, det var heller ikke interessant. Jeg var også villig til å veie før og etter for å se hvor mye han tok når han ble ammet, men det var ingen vei utenom flaskeføring.

Da kom pumpa inn i familiens liv, og ble der i sju måneder. Jeg ville ikke at Torstein skulle få tillegg, så jeg ønsket å pumpe meg. Jeg hadde også et håp om å beholde melken fram til operasjonen, slik at jeg kunne fortsette å amme når han ble frisk. Men det kan bli dyrt. Man kan få mye rart på blå resept, men man får ikke refundert utgiftene til å leie pumpe. (Unntak: når barnet er innskrevet). Jeg tok kontakt med morsmelksentralen, ved å selge morsmelk kan man ha pumpa gratis. Morsmelksentralen ga god støtte for troen på av morsmelk. Faktisk var morsmelksentralen det stedet som best forsto verdien av mine anstrengelser for å gi barnet mitt morsmelk!

Jeg pumpet meg 5 ganger i døgnet eller mer, og skrev ned alt jeg pumpet. Det var vanligvis ganske oppmuntrende. Pumpingen brukte jeg som en anledning til å sette meg ned i ro, gjerne med avisen eller en god bok. Jeg leste ut mursteinen "Seierherrene" på tre uker ved kun å lese mens jeg pumpet! Siste pumping om kvelden ga en kjærkommen anledning til å sette meg ned i fred og ro mens mannen min ryddet og vasket opp. For at jeg skal kunne bruke så mye tid og energi på pumping, gjerne 2 timer tilsammen om dagen, er det nok viktig at pappaen også er motivert for å satse på morsmelk. Da aksepterer han lettere at det faller mer oppgaver på han.

Det gikk ikke så bra med flaskeføringen. Torstein ville ikke ha flaske, eller han kastet opp, eller begge deler. I heldige tilfeller tok han 60 ml og beholdt det. Det var fortsatt ingen vektøkning. Torstein var tynn og blek. For meg, en ihuga selvregulert ammer, ble det å gi flaskeføring hver fjerde time et stort inngrep i livsstilen. Dessuten var det frustrerende og ubehagelig, fordi Torstein likte det så dårlig og kastet mye opp. Nesten ved hvert måltid måtte vi vurdere følgende: Han har tatt ca. 60 ml, dette er for lite. Skal vi prøve å gi litt mer, med fare for at han kaster opp enda mer, eller skal vi la det være med det. Det er ikke alltid sant at det ser mer ut enn det er heller, jeg målte mengden en gang, og det var 20 ml.

Fra flaske til amming og bruk av sondeernæring - hjemme!

Vi holdt på med flaskeføring i 1 måned. Da var det heller ingen vektøkning, og Torstein gikk over til sondeernæring. Vi hadde ønsket å unngå det, for vi hadde negative forestillinger om hva dette innebar – ingen av oss foreldre hadde opplevd det før. Vi trodde at det ville binde Torstein mer til sengen, at vi kanskje ikke fikk lov til å gjøre det hjemme osv. osv. Når vi først måtte bite i gresset skjønnte vi at dette burde vi ha begynt med tidligere! Det viste seg å være en velsignelse i forhold til flaskeføring. Torstein hadde ingen uvilje mot det. Vi kunne bruke sonde hjemme.

Han kunne ligge ved brystet mens han ble sondet. Han kunne die litt, og bli sondet resten. Han skrek seg ikke opp og ble ikke sliten av uvilje mot flasken. Og han kastet langt mindre opp. For oss var dette et mindre inngrep i livsstilen enn flaskeføring!

Torstein blir operert

Men vekten økte fortsatt ikke. Da konkluderte legene med at han nok var ganske hjertedårlig. P.g.a. fare for komplikasjoner kunne ikke hullet tettes, så han fikk en midlertidig operasjon, *banding*. Etter tre uker med sondemating ble Torstein operert 5 mnd. gammel, og kom seg fort. Han kunne die selv etter relativt kort tid. Heldigvis hadde jeg beholdt melken, og hadde mer enn nok til Torstein. Dette var imidlertid ikke sykehusets fortjeneste.

I en situasjon hvor barnet er alvorlig sykt, virker det som om morsmelk og amming ses på som luksus. Det bør være motsatt. Det betydde mye for meg at jeg følte at jeg gjorde noe for Torstein – og dette var nesten det eneste jeg kunne gjøre for ham. Det bidro til å holde meg oppe. Jeg forstår at helsepersonell er redd for å presse kvinner til å amme når de ikke vil, men såpass teft må man vel kunne ha, at støtte kan gis dem som gir uttrykk for at de gjerne vil?

Morsmelk og pumping til bry?

På mange måter greide sykehuset å signalisere at morsmelk ikke var viktig, ja nesten til bry. En gang ble vi innlagt uten forvarsel etter en rutinekontroll. Jeg hadde pumpet meg før vi dro. Når jeg forsøkte å pumpe til et måltid for Torstein på sykehuset, var det ingen ting. En pleier mente at jeg burde dra hjem og hvile, det ville gjøre godt for produksjonen min. Det kunne ikke falle meg inn å dra fra Torstein når han nettopp var lagt inn, så selv om dette sikkert var ment godt, fungerte det mot sin hensikt. En annen pleier vurderte situasjonen annerledes: Hun tilbød meg 50 ml fra morsmelksentralen, så kunne Torstein få mat med én gang, og jeg kunne samle opp litt til neste måltid. Jeg tok imot med takk, og følte at hun ville hjelpe meg på egne premisser. Det ble med det, jeg fikk nok melk til neste måltid.

Praktiske småting kan også bidra til å gi et slikt inntrykk. Det er kanskje bare én pumpe på deling mellom flere mødre, som naturligvis alle skal pumpe seg om morgenen. Man må gå og spørre hver eneste gang for å få et pumpeglass. Hvis man så skal pumpe 7 ganger i døgnet, er det neppe vanskelig å forstå at man lett føler seg masete. Det samme gjelder når man må få levert melken til en pleier som kan sette den i kjøleskapet i merket flaske. Det hendte at pleierene ikke hadde tid med én gang og bare satte melken på benken. Da var jeg redd for at de skulle glemme den for lenge, eller ikke huske hvem de hadde fått den av, eller at noen tok feil.

Etter operasjonen kunne Torstein sugde selv. Men han sugde ikke godt nok til å holde produksjonen oppe. Det er tungt å "tømme brystet". Det brukte jeg pumpa til. På denne måten hadde jeg mer melk enn Torstein trengte. Noe frøs jeg ned til senere, noe gikk til grøt og noe ga jeg til morsmelksentralen. Denne overproduksjonen gjorde at selv om Torsteins behov øket, hadde jeg nok melk uten at han måtte slite med økedøgn. Så kunne jeg øke melkemengden langsommere i etterkant.

Praktiske tips fra Torsteins mor:

- Det behøver ikke å være pumpe eller amming, snarere kan pumpe brukes til å muliggjøre amming. Elektrisk pumpe kan være et nyttig instrument for å holde melkeproduksjonen oppe, enten i påvente av en operasjon eller som et supplement til barnets egen suging.
- Se på pumpe som en anledning til å sitte ned i fred og ro. Les gjerne en god bok!
- For å holde melkeproduksjonen oppe ved kun å bruke pumpe, må man pumpe *minst* 5 ganger i døgnet. Melkeproduksjonen synker hvis man bruker pumpe til kun å tømme brystet når det er sprenget.
- Ved en sykehusinnleggelse bør pumpe brukes offensivt til å øke eller holde produksjonen oppe for å dekke barnets behov når det er blitt friskt. Syke barn har kanskje ikke krefter til den harde sugingen som skal til for å øke produksjonen (økedøgn).
- Sondeernæring kan være en bedre tilnærming enn flaske for barn med spisevansker, da dette er lettere å kombinere med amming.
- Overproduksjon gjør det lettere for barnet å sugge. Bruk gjerne morsmelksentralen som motivasjon til dette, så bidrar det også til å dekke utgiftene for pumpe.
- Bruk Ammehjelpen. Det finnes ammehjelpere som har erfaring med amming av barn med hjertefeil.

Det er viktig med støtte fra sykehuspersonalet, både følelsesmessig og praktisk

Følelsesmessig har det betydning at den innsatsen man gjør for å gi barnet morsmelk blir verdsatt, og det har mye å si å få praktisk hjelp og avlastning under den tiden som går med til pumping. Ellers kan det bli et praktisk problem å få pumpet seg. Det er viktig å legge til rette slik at rutinene rundt pumping går greit.

Hvordan gikk det til slutt?

Torstein fikk morsmelk til han var ett år, produksjonen falt raskt når jeg kuttet ut pumping for å tømme brystet. Han fikk ikke tillegg eller kumelk før han var ett år. Idag er han en livsglad og åpen liten gutt. Han går i barnehage og er ikke mer syk enn andre barn.

Vi søkte Rikshospitalet om Torsteins gjenstående operasjon i høst, men måtte vente fordi han hadde for god vektøkning. Da hadde det ingen hast.

Selv om det var slitsomt å pumpe meg i 7 måneder angrer jeg ikke. Jeg kunne ikke gjort det annerledes. Jeg føler at jeg har gjort noe riktig for både Torstein og meg, og den langsiktige verdien av det overstiger slitet det første året!

Artikkelen var Guri Vernes bidrag til MBVIs seminar - «Hvordan fremme amming på Neonatalavdelingen?» som ble holdt i Oslo 16.-18. juni 1994. Artikkelen sto første gang i Ammenytt Nr. 3, 1994.

Amming av et barn født med leppe-spalte

av Eline Huitfeldt Aspelund

Alexander kom til verden 13. mai 1992. Jeg var jo en uerfaren mor, men hadde lest mye om naturlig fødsel og de viktige timene rett etter fødselen. At barnet skulle legges til brystet med én gang var jeg fast bestemt på.

Det er noe galt med munnen hans?

Fødselen ble en sterk og flott opplevelse. Mannen min var med og hjalp til hele tiden. Da den sprell levende lille kroppen ble lagt på magen min og jeg kunne stryke hånden over den lille ryggen, var jeg det lykkeligste menneske på jord. Mannen min så det først; - Det er noe galt med munnen hans. Jeg klarte ikke å ta det inn. Noe galt? Jeg registrerte bare at han ikke klarte å få tak i brystvorten, prøvde igjen og igjen. - Han har en tosidig leppespalte, sa barnepleieren.

Beskjeden fra barnelegen - amme kan du bare glemme!

Senere kom barnelegen og undersøkte ham. Leppen stoppet under neseborene på hver side. Gommen som syntes der hvor leppen sluttet, hadde et lite hakk opp mot høyre nesebor. Barnelegen snakket om operasjon og tannregulering, og at det var ca. 100 slike tilfeller i året i Norge. Fortsatt var jeg ikke i stand til å skjønne hva hun sa. Jeg så på gutten og syntes han var det vakreste jeg noen gang hadde sett, en liten Buddha. Dobbelttidig leppe-spalte og kjevespalte, men lukket gane, sa legen. - Amming kan du bare glemme, vi skal bestille spesielle smokker til ham. Da kom skuffelsen. - Hva er det du sier? Kan han ikke få bryst?!?! Alt det andre handlet om noe inn i framtiden som jeg ikke forsto, men at han ikke kunne suge, det var jo alt hans verden dreide seg om nå: varm hud, suge på et bryst. Jeg så at mannen min var ulykkelig. Barnelegen forsvant og vi fikk være alene en stund.

Vi forsøkte å trøste hverandre. Timene gikk, vi ble flyttet opp til barselavdelingen. Kvelden kom og mannen min måtte dra hjem alene med alle de ubesvarte spørsmålene. Hjemme ventet telefonen; slekt og venner som ville spørre om alt var bra. Hva skulle han si?

På barselavdelingen sov en sliten gutt på armen til en lykkelig mor. Da vi våknet om morgenen, lå vi bare og så inn i øynene til hverandre, det var ikke plass til noen spørsmål.

En barnepleier ble den reddende engel

Barnepleier Naina kom, med kloke brune øyne, fra Tibet. Hun hadde vel ikke hørt noe om at jeg skulle "glemme amming", og hjalp meg å legge ham til brystet. Hun dyttet brystvorten inn i den alt for store munnen hans, men de små leppe-"flappene" på hver side klarte ikke å holde rundt brystvorten. Barnelegen kom igjen og sa det samme som hun hadde sagt dagen før. Jeg fikk et lite grønt hefte med skremmende bilder og plansjer av dobbeltstående og enkeltstående leppe-gane spalte før og etter operasjon. "Ben fra hoften opereres inn i kjevespalten". Jeg orket ikke å lese mer. Det var også bilder av forskjellige typer smokker, ekstra lange og smale, men det stod ingenting om amming. Tårene kom

Dagene på barselavdelingen gikk i ett, blomster og besøk, bleieskift og amming. Jeg insisterte på å ha Alexander hos meg hele tiden. Jeg forsøkte å få ham til å suge pupp både dag og natt, selv om velmenende søstre frarådet det, og sa jeg trengte å hvile. Jeg syntes det var grusomt at de skulle vekke ham om natten for å veie ham. De ville at han skulle sove der ute på stellerrommet,

men jeg gikk og hentet ham, og tok ham opp i sengen min. Den tredje natten hadde han begynt å få gulsott, det gjaldt å få i han vann.

Den spesialbestilte smokken hadde kommet, "lammesmokken" som den het, var enda smalere og lengre enn en vanlig smokk. Det var umulig for Alexander å få tak. At denne smokken skulle benyttes sammen med en myk plastflaske så væsken kunne sprutes rett inn i munnen, var det ingen som visste. Heldigvis!!! For ellers hadde Alexander kanskje aldri lært å suge pupp.

Første vellykkede ammeforsøk

Neste morgen klarte han det: Hele brystvorten pluss det mørke partiet rundt, inn i munnen. Ingen såre brystvorter her nei. Han fikk etterhvert sin egen teknikk, og melken min begynte å komme. Jeg lot ham suge så ofte han ville, selv om jeg måtte tåle å høre at han nok "brukte mamma'n sin som smokk".

Han hadde begynt å legge litt på seg da vi dro hjem fra sykehuset. Jeg fortsatte å amme etter selvregulerings-prinsippet, dvs. jeg ammet hele dagen og det meste av natten med unntak av en velfortjent hvilepause om kvelden. Familie og venner strømmet til med gode råd: - Ikke mer enn 10 min. på hvert bryst. - Stakkar, så liten og tynn han er. - Det er nok best at du begynner med grøt, sa svigermor, som kom på besøk to uker etter hjemkomst.

Alt stod på hodet. Mannen min jobbet, ute var det 30 varmegrader og jeg satt inne og ammet og gråt. Alexander brukte over en time på hvert bryst før han slapp, og jeg var sikker på at noe var galt. - Han suger nok for å stimulere melkeproduksjonen, så du skal få mer melk, sa mannen min. Kanskje jeg ikke hadde nok melk? Jeg leide melkepumpe. Joda, det var da melk. Kanskje han ikke fikk i seg nok fordi han ikke klarte å suge skikkelig?

- Har du nok melk da?

Besøk på helsestasjonen gjorde ikke saken noe bedre, - Har du nok melk da?, spurte helsesøster, som selv hadde hatt tvillinger og så ut som en premie-melkeku. Jeg er liten og tynn, og siste rest av selvtillit rant bort med svetten, mens jeg krampaktigt skulle amme slik at de kunne veie før og etter. En snørrete 5-åring kjørte lekebilen hardt mot stolen der jeg satt, ved siden av meg satt tre 1. klassinger som fniste og så nysgjerrig på oss. Med beskjed om å gi morsmelkerstatning 7 ganger om dagen dro jeg hjem og fortsatte å amme.

Dårlig vekttoppgang og første kontakt med Ammehjelpen

Etter tredje besøk på helsestasjonen hadde han ikke lagt på seg mer enn 50 gram. Helsesøster tok Alexander på fanget, hodet hans mellom knærne og matet han med skje fra flaske med morsmelkerstatning. Alexander hylte, satte melken i vrangstrupen og vred seg som en ål. Gråtende forlot jeg helsestasjonen med streng beskjed om å gi han tillegg med skje. Om natten drømte jeg om Biafra-barn med store mager og tynne ben. Skjematingen gikk dårlig. Så ringte jeg Ammehjelpen. Fikk høre at det jeg gjorde var flott. Det var ikke til å tro, for jeg følte meg totalt misslykket. Jeg fikk oppskrift på en "hestekur": Gi pupp og pumpe annen hver time og så drikk 3 liter vann. Det var ikke noe særlig mer slitsomt enn det jeg allerede gjorde. Jeg lagde skjema og rigget meg til på stellerrommet med vannflaske, melkepumpe og lektyre. St. Hansaften ble uforglemmelig - venner med trekkspill spilte pumpevalsen til ære for meg. Dette var slitsomt men det hjalp. Ved neste kontroll hadde han lagt på seg 450 gram på en uke og uken etter 240 gram. Nå var de fornøyd på Helsestasjonen, og jeg var ikke lite stolt. (Først seinere

fortalte jeg om hestekuren.) Så nå kunne vi dra på sommerferie - uten tillegg og uten melkepumpe!

Etter operasjonen opplevde jeg såre brystknopper for første gang!

Etter sommerferien ble Alexander operert. De sydde sammen leppen slik at musklene som stopper på hver side av spalten nå ble sammenhengende. At det var tøft å legge ifra seg den fire måneder gamle sønnen sin på operasjonsbordet til full narkose, kan vel enhver mor forstå. Men allerede andre dagen etter operasjon kunne han suge pupp, først forsiktig men etterhvert kraftigere enn jeg var vant med. Nå ble det fart i sakene og mor fikk såre brystknopper for første gang. Gjennom sykehuset kom vi i kontakt med Foreningen for barn med leppe- og ganespalte, og fikk vite at egentlig skulle fødeavdelingen kontaktet sykehuset der han ble operert. Da ville vi også fått mer informasjon. Når jeg tenker tilbake på denne tiden, er jeg nesten glad for at det gikk som det gikk. For jeg tenkte aldri på at jeg hadde fått et barn med et handikap. Jeg strevde vel som mødre flest, men én ting skulle jeg gjerne visst: at det går an å amme et barn med leppe-spalte, det tar bare lengre tid.

- Tenk på all den ekstra kosen han og dere har fått, sier en venn av meg.

Nå er Alexander over ett år, stor og sterk og alltid i godt humør. Hovedernæringen får han fortsatt fra puppen, med noe frukt, korn og grønnsaker attåt, men det er morsmelk han helst vil ha.

Denne artikkelen sto første gang på trykk i Ammenytt nr. 3, 1993.

Slik greide vi situasjonen da vår sønn ble født med spalte i ganen

Av Kirsti Bokn

Tirsdag den 16. oktober 1984 fikk vi en herlig liten gutt; en lillebror til Sveinung 8, Solveig 5 og Maria 3 år. En ønsket og kjærkommen gave. Jeg ble lagt inn på kur en dag over termin p.g.a. litt for høyt blodtrykk. Kuren virket med en gang. Fødselen gikk fort og greit. Det første mannen min og jeg bemerket da jeg fikk ham opp på magen min var: - Se så liten hake! Han hadde små bollekinn, og en liten, tilbaketrukket hake. Ja, jordmoren var enig, men det ble ikke mer snakk om det, og jeg nøt å ha ham hos meg mens jeg ble sydd. Timene rett etterpå var fine, og vi koste oss og var veldig glade og takknemlige for en fin, liten gutt igjen.

Det vi følte kan best sammenfattes i et dikt av André Bjerke:

*Det største mysterium er ikke mer
enn det at en ørliten kropp
er våknet til jorden.
Den nyfødte ser.
To luker i himlen går opp.
Selv fem-trinns-raketter og kjernefysikk
blir puslingers puslespill
når det nyfødte barn med et eneste
blikk beviser at Gud er til.*

Dagen etter fødselen ble jeg kalt inn på barnestua til barnelegen. Jeg var svimmel denne første dagen, og måtte ha en å støtte meg til hele tiden. - Vi har funnet en liten spalte bakerst i ganen, og dere vil bli overflyttet til barneklubben på Haukeland mandag, var beskjeden legen ga meg. Ja, vel ... jeg vet ikke akkurat hvordan jeg reagerte. Det kom i grunnen ikke som et sjokk, for min mann og jeg hadde ved hvert svangerskap kunnet snakke sammen om mulighetene for å få barn med misdannelser, og barnet, hvordan det enn så ut og var, skulle være like velkommen hos oss.

En bagatell - men med komplikasjoner

Dette med åpen gane var jo en bagatell egentlig, men det innebar en del ting vi ikke hadde regnet med: Overflytting til et annet sykehus, oppholdet ville vare lenger enn vanlig barseltid, de tre største barna måtte ha noen hos seg mens mannen min var hos meg. Tankene svirret ... Ettersom det var 2 timers bilkjøring hver vei, hadde mannen min overnattet hos slektninger, og kom oppom til meg før han skulle reise hjem igjen. Han ble jo litt nedfor da han hørte om situasjonen, men vi fikk snakket sammen, og så litt lysere på tingene etter en stund. Vi hadde regnet med at de tre største skulle få besøke meg i løpet av uken, men fant ut at det ville bare bli stress - altfor lang vei.

Jeg var begynt å komme i god form i løpet av torsdagen (andre dag etter fødselen). Koste meg så mye jeg kunne med veslegutt, og hadde ham til brystet. Jeg merket jo at han ikke fikk skikkelig tak, men lot ham bare kose seg. Fredag fikk jeg ny beskjed: Gutten vår hadde hatt et par «anfall», så de ville sende oss av gårde så fort som mulig. Barnelegen forklarte litt nøyere hva misdannelsen besto i; i sjeldne tilfeller av åpen gane, finnes det en underutvikling av underkjeven som igjen virker inn på at tungen faller bakover og kan blokkere nese/svelg-rommet, slik at

barnet kan få pustevansker. Det var altså dette som hadde skjedd, og da var det best å få ham til Haukeland, der det fantes spesialtrenet personale.

Et virvar av hendelser

Plutselig kjente jeg meg helt nedfor, og det som nå skjedde, i løpet av ganske kort tid, virket på meg som et virvar - mildt sagt. Vi ble lovet Nordsjøfly, og jeg måtte ringe mannen min, så han skulle komme tidsnok. Han hadde jo to timers bilkjøring. Jeg måtte gi ham beskjed om hva som måtte ordnes; klær til meg, litt klær til veslegutt, ungene måtte ha barnepass, osv. osv. Da jeg endelig var ferdig i telefonen, fikk jeg nok en beskjed; flyet tok ikke av p.g.a. for sterk vind, og gutten skulle sendes av gårde med sykebil.

Så ble det spørsmål om nøddåp, at det kanskje var best å ordne det før han kom til Haukeland, men så fant de ut at sykehuspresten var i en begravelse, og kunne ikke komme før veslegutt skulle reise.

Alt dette var sikkert bare godt ment, men jeg følte det som et stress uten like. Hvis jeg hadde vært førstegangsfødende, vet jeg ikke hvordan jeg skulle klart alt sammen. Jeg følte meg bare som en tilskuer - helt tom innvendig. Jeg kunne velge: Bli med i samme bilen som veslegutt og sitte hardt og vondt, eller at mannen min og jeg reiste dagen etter i vår egen bil. Jeg kjente selv at jeg trengte å hvile litt til, og å komme på et fremmed sykehus alene, orket jeg ikke tanken på. Alt dette forklarte jeg mannen min da han kom, etter at sønnen vår hadde reist.

10 døgn på barneklubben

Oppholdet på Haukeland varte i 10 døgn:

- 1: Observasjon og stell ved spesialtrenet personale.
- 2: Undersøkelse av kjeveortoped, som skulle avgjøre om det var nødvendig med innleggelse av protese/plate for å dekke spalten i ganen. Men gutten trengte ikke det, for alt gikk veldig fint og operativt inngrep var først aktuelt i 1-2 års alder
3. Mannen min og jeg lærte å mate ham, det var i vårt tilfelle best med myk plastflaske med «lammesmokk».
- 4: Pumpet meg, for han fikk ikke skikkelig tak på brystet p.g.a. underkjeven. Fikk kose seg og småsuge litt innimellom, og det likte han.

Veslegutt viste tidlig at han var rolig og fornøyd, så det gikk greit både å stille ham og gi ham mat, og det var far som stelte ham de dagene han kunne være sammen med oss. Vi kom til Haukeland en lørdag, og på tirsdagen måtte mannen min tilbake til jobben og barna. De hadde hatt det greit disse dagene med farmor og farfar og med noen venner av oss som hadde passet på dem, men nå lengtet de etter mor - og jeg etter dem. Det var en gledens dag da alle fire kom for å hente mor og lillebror. Gjensynet med mor, og første gang de så lillebror var ubeskrivelig! Det var gått 14 dager siden jeg reiste for å føde.

Tåteflaske i huset for første gang

Jeg har etter hver fødsel kost meg på barselavdelingen, men denne gangen ble oppholdet i lengste laget, og det var en lettelse å komme hjem. Hele meg var full av inntrykk; det hadde blitt ganske mange personer og ansikter i løpet av disse dagene - (men også koselige minner og nye bekjentskap, som jeg ikke ville vært foruten). Nå begynte en ny og uvant tid for oss. Har aldri hatt en tåteflaske i huset, jeg ammet de tre eldste i over ett år hver! Vi måtte kjøpe med oss

flasker og lammesmokker fra Haukeland, og mannen min hadde ordnet med elektrisk pumpe fra helsestasjonen på hjemstedet som vi fikk låne gratis.

Jeg spurte på Haukeland om det var sjanser i det hele tatt for å amme veslegutt, men de kunne ikke svare meg eksakt på det: - Noen har fått det til, andre ikke... Jeg bestemte meg hardt for å bli blant de «noen» som fikk det til, og ammet én gang hver dag de 3 første mnd. Han var ivrig ved brystet, og hadde nok et veldig sugebehov den første tiden. Men så en dag bare skrek han da jeg la ham til, og forsto at nå var det slutt. Han fikk jo maten mye lettere i seg fra flasken, så vi syntes han hadde vært veldig tålmodig og «flink». Melkeproduksjonen gikk veldig tilbake, og jeg måtte bare innse at nå var tiden inne til å kutte ut pumpingen og gå helt over til melketillegg. Jeg hadde forsøkt å pumpe meg ofte i 2-3 dager, men det virket ikke stimulerende nok. Og dette tok på kreftene, jeg skulle jo ha litt overskudd til de tre eldste barna også. Det var i grunnen en lettelse å gå over til melketillegg, men veldig vondt psykisk å måtte innse at veslegutt ikke skulle få mer morsmelk. Håper og tror han fikk en god start, i alle fall.

Mannen min synes det er givende å få mate veslegutt, en ny situasjon for ham, - og han storkoser seg med det. Jeg derimot, opplevde flasken som noe fremmed og i begynnelsen hadde jeg liten glede av å gi ham melk.

Kraft og styrke til å fortsette

Det var ikke bare minsten som krevde mat og stell, men tre større barn som også skulle ha oppmerksomhet, det var husstell osv. som måtte gjøres. Vi måtte stå sammen og gjøre det beste ut av det hvis det skulle fungere. Det har vært lite sjalusi overfor den nyfødte; de tre har vært jevnt over overraskende hjelpsomme og koselige.

Dette høres kanskje ut som en solskinnshistorie uten de helt store problemer. Men det skal nevnes at vi har hatt våre nederlag og har hatt lyst til å gi opp alt sammen. Derfor har vi forsøkt å tenke én dag videre om gangen og på denne måten fått kraft og styrke til å fortsette. MEN - uten god hjelp fra besteforeldre, slektninger i Bergen og venner ellers, hadde det ikke gått så fint. Jeg vil og nevne at jeg er hjemmearbeidende og trives med det. Det passer best for meg, iallfall nå mens barna er små.

Vesle Jon Eirik var det beste som hendte oss i 1984, og for oss er han like velskapt som de tre største. Rolig og fornøyd ja, familiens store solstråle!

*Eit barn er eit fullenda meisterverk
av Skaparens kunstnarhand.
Ei sameining utført ved all makt sterk -
av lekam og sjel og ånd.*

Trygve Bjerkeim



Litteraturliste

- Aleksander, J.M. and A.M. Grant. Randomised trial of breastshells and Hoffman's exercises for inverted and non-protractile nipples. *British Medical Journal*, 1992, Vol. 304, No. 6833, 1030-32
- Affonso, Dyanne et al. Exploration of mothers' reactions to the kangaroo method of prematurity care. *Neonatal Network*, 1989, Vol.7, No. 6, 43-51
- Amatayakul, K. et al. Serum prolactin and cortisol levels after suckling for varying periods of time and the effect of nippleshields. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 1987, 66, 47-51
- Anderson, C.G. Current knowledge about skin to skin (Kangaroo) care for preterm infants. *Journal of Perinatology*, 1991, Vol. 11, No. 3, 216-226
- Auerbach, K. And Gartner. Breastfeeding and human milk: their association with jaundice in the neonate. *Clin Perinat*, 1987, Vol. 14, 89-107
- Auerbach, Kathleen G. Sequential and simultaneous breast pumping: a comparison. *Int. J. Nurs. Stud.*, 1990, 27, 257-65
- Auerbach, Kathrine. The effect of nipple shields on maternal milk volume. *JOGNN* 1990, 19, 419-27
- Bernbaum, Judy et al. Nonnutrive sucking during gavage feeding enhances growth and maturation in premature infants. *Pediatrics*, 1983, Vol. 71, No. 1, 41-45
- Danner, Sara et al. Breastfeeding the infant with a cleft lip/palate. *Lactation Consultant Series*, La Leche League, 1986
- Ehrenkranz A., et al. Metoclopramide effect on faltering milk production by mothers of premature infants. *Pediatrics*, 1986, 78, 614-620
- Field, Tiffany, et al. Nonnutrive sucking during tube feedings: Effects on preterm neonates in an intensive care unit. *Pediatrics*, 1982, Vol. 70, No. 3, 381-384
- Gartner, M. Lawrence. Neonatal Jaundice. *Pediatrics in Review*, 1994, Vol. 15, No. 11, 422-432
- Gloppestad, Kari og Ann-Marie Hagen. Dobbel-pumping minsker pumpetiden. *Tidsskrift for Jordmødre*, 1995, Nr. 1, 13-17
- Groh-Wargo, Sharon, et al. The utility of a breast pumping system for mothers of premature infants. *Neonatal Network*, 1995, Vol. 14, No. 8, 31-35
- Gupta P, Abha. Metoclopramide as a lactagogue. *Clinical Pediatrics*, 1985, May, 269-72
- Hamosh, M. Lingual and breastmilk lipases. *Advanced Pediatrics*, Year Book Medical Publishers Inc., 1982, Vol. 29, 33-67
- Hedberg Nyqvist, Kerstin et al. Mothers' advice about facilitating breastfeeding in a neonatal intensive care unit. *Journal of Human Lactation*, 1994, Vol. 10, No. 4, 237-243
- Helsing, Elisabet. Boken om amming. Gyldendal Norsk Forlag, 1995
- Hopkinson, Judy et al. Milk production by mothers of premature infants. *Pediatrics*, 1988, Vol. 81, No. 6, June, 815-820

-
- Häggkvist, Anna-Pia og Rolf Lindemann. Amming av premature barn. Tidsskrift for Norsk Lægeforening, 1993, Nr. 3, 320-3
- Häggkvist, Anna-Pia. Koppmatingens mor. Jordmorbladet, 1995b, Nr. 4, 6-7
- Häggkvist, Anna-Pia. Tidlig hjemreise for premature. Jordmorbladet, 1995a, Nr. 3, 16-17
- Häggkvist, Anna-Pia. Koppmating. Jordmorbladet, 1995c, Nr. 5, 5-7
- Häggkvist, Anna-Pia. Mor og barn sammen 24 timer i døgnet. Jordmorbladet, 1997, Nr. 2, 26-27
- Häggkvist, Anna-Pia. Integrert barsel- og neonatalavdeling. Jordmorbladet, 1996, Nr. 8, 24-25
- Jackson, D. Et al. The automatic sampling shield: a device for sampling suckled breast milk. Early Human Development, 1987, 15, 295-306
- Kaupila, A. Et al. Metoclopramide and breastfeeding: efficacy and anterior pituitary responses of the mother and the child. Europ. J. of Obstet. Gynec. reprod. Biol., 1985, 19, Jan., 19-22
- Kesaree, N. Et al. Treatment of inverted nipples using a disposable syringe. Journal of Human Lactation, 1993, Vol. 9, No. 1, March, 27-29
- Kleberg, Agneta et al. Utviklingstilpasset neonatalomsorg - En håndbok som bygger på NIDCAP-modellen. Klemed HB, 1995
- Knudsen, Solveig, Ranveig Sollie. Tett samarbeid mellom føde- og prematuravdelingen. Jordmorbladet, 1995, Nr. 9, s.8
- Kurosawa, Jude. Fingerfeeding a preemie. Midwifery Today, 1994, Nr.29, s.39
- La Leche League International (LLLI). The breastfeeding answering book, 1992
- Lang, Sandra, et al. Cup feeding: an alternative method of infant feeding, Archives of Disease in Childhood, 1994b, 71, 365-369
- Lang, Sandra, et al. Sodium in hand and pump expressed human breastmilk. Early Human Development, 1994a, 38, 131-138
- Lang, Sandra. Cup-feeding - An alternative method. Midwives Chronicle & Nursing Notes, 1994c, May, 171-176
- Lawrence, Ruth A. Breastfeeding - A guide for the medical profession. Mosby, 1994.
- Leung, Aleksander K. Breastfeeding and breastmilk jaundice. J.R.S.H., 1989, No. 6, 213-217
- Levin, Adik. The Mother-Infant Unit at Tallinn Childrens Hospital, Estonia: A truly Baby-friendly Unit. BIRTH 1994, Vol 21, No. 1, March, 39-44.
- Levin, Adik. Where are you going, neonatal medicine? Letter to the editor. Intensive and critical care nursing, 1995, Vol.11, No. 1, 49-52.
- Lindberg, Nina. Amming og mating av barn med leppe/gane-spalte. Foredrag/abstract fra «Hvordan fremme amming på neonatalavdelingen - et seminar om amming og morsmelk», Oslo, 1994
- Liseth, Elin. Smokken. Tidsskrift for jordmødre, 1995, Nr. 11, 14-16
- Marmet, Chele and Ellen Shell. Training neonates to suck correctly. MCN, 1984, Vol. 9, Nov./Dec., 401-407

-
- McGeorge, DD. The Nipplette: an instrument for the non-surgical correction of inverted nipples. *British Journal of Plastic Surgery*, 1994, Vol. 47, 46-49
- Mead, J. Linnea et al. Breastfeeding success with preterm quadruplets. *JOGNN*, 1992, May/June, 221-227
- Meberg, Alf et al. Laktasjon hos mødre til premature og fullbårne barn. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening* 1982, Vol. 102, Nr. 14, 792-794
- Mor-barn vennlig initiativ ved Elisabet Tufte og Gro Nylander. *Ammeveiledning på helsestasjon*, 1996.
- Myr, Rachel. Dine bryst, egner de seg til amming? *Ammenytt*, 1995, Nr. 1, s. 26
- Myr, Rachel. Hvordan man overbeviser et barn som ikke vil ta brystet. *Ammenytt*, 1993, Nr. 4, s. 18-21.
- Newman, Jack. Breastfeeding problems associated with the early introduction of bottles and pacifiers. *Journal of Human Lactation*, 1990, No. 6, 59-63
- Norges Apotekerforening. Når mor og barn trenger medisin, 1995, vedlegg 2
- Nufer, Hildegard. Från växtriket - Så får du melken att räcka. *Amningsnytt*, 1993, Årg. 20, Nr. 4, s. 12
- Nylander, Gro og Ingrid Matheson. Amming - effekt av røyking og utdanning. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 1989, Vol. 109, Nr. 9, 970-3
- Nylander, Gro. Mastitt. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 1988, Nr. 11, 855-856
- Nylander, Gro, H.C. Børresen. Morsmelk som livseliksir. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 1993, 113: 318-9
- Pedersen, Nina Boye. Amming av barn med hjertefeil. *Hjertebarnet*, 1995, Nr.3, s.12
- Rigard, L. And M.O. Alade. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth*, 1992, Vol. 19, No. 4, 185-89
- Riordan, Jan og Kathleen Aurbach. *Breastfeeding and Human Lactation*, 1993, Jones and Bartlett Publishers
- Royal college of midwives. *Vellykket amming*, Sandviks bokforlag, 1992
- Ruis, H. Et al. Oxytocin enhances onset of lactation among mothers delivering prematurely. *British Medical Journal*, 1981, Vol. 283, Aug., 340-342
- Rustand, Kjersti O. Erfaringer fra ammehjelpsgruppa i Drammen og omegn med «Lact-aid» hjelpebryst. *Ammenytt*, 1992, Nr. 1, 14-15
- Saint, L., Maggiore and P. Hartmann. Yield and nutrient content of milk in eight women breastfeeding twins and one woman breastfeeding triplets, *Br J Nutr*, 1986, 56, 49-58,
- Sigman, Madeleine. Effects of microwaving human milk: Changes in IgA content and bacterial count. *Journal of the American Dietetic Association*, 1989, May, Vol. 89, No 5, 690-692
- Smith, L. et al. Neonatal fat digestion and lingual lipase. *Acta Pædiatrica Scand*, 1986, 75, 913- 918
- Stine, Mary Jo. Breastfeeding the premature newborn: A protocol without bottles. *Journal of Human Lactation*, 1990, No. 6, 67-70
- Storr, Gair Blair. Breastfeeding premature triplets: One woman`s experience. *Journal of Human Lactation*, 1989, No. 5, 74-77 *The Lancet*, Editorial. A warm chain for breastfeeding, 1994, 344: 1238-40

-
- Verne, Guri. Amming mot alle odds - spedbarnet hadde hjertefeil. *Jordmorbladet*, 1995, Nr. 1, s. 12-14
- Verronen, Paula. Breastfeeding of low birthweight infants. *Acta Pædiatric Scand.*, 1985, Vol. 74, 495-499
- Victoria, C., et al. Use of pacifiers and breastfeeding duration. *Lancet*, 1993, Vol. 341, Nr. 13, 404-406
- Virgin, Cecilia. Kängurumetoden giver barnet tilbake til moderen. *Sygeplejersken*, 1987, Nr. 19, 10-14
- Wahlberg, Vivian et al. Kängurumetoden-den mänskliga kuvøsen. *Läkartidningen*, 1990, Vol. 87, 5, 288-289
- Watnedalen, Wigdis. Amming av tvillinger. Utgitt av Ammehjelpen, 1989.
- Whitelaw, Andy et al. Myth of the marsupial mother: home care of very low birth weight babies in Bogota, Colombia. *Lancet*, 1985, May, 1206-1208
- Whitelaw, Andy et al. Skin to skin contact in the care of very low birth weight babies. *Pediatrics*, 1986, 9, 270-4
- WHO/UNICEF. Breastfeeding counselling: A training course. Trainers Guide, 1993
- Wong, S., and Stepp-Gilbert, E. Lactation Suppression. Nonpharmaceutical versus pharmaceutical method. *Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing*, 1985, Vol. 14, Nr. 4, 302-310
- Woolridge Michael et al. Effect of a traditional and of a new nipplesield on sucking pattern and milkflow. *Early Human Development*, 1980, 4, 357-64
- Woolridge, Michael W. Et al., Recent advances in breastfeeding, *Acta Paediatrica Japonica* (invited paper), 1993, No. 35, 1-12
- Woolridge, Michael W. The anatomy of infant suckling. *Midwifery*, 1986, No. 2, 164-171
- Wright, Shelley et al. Breastfeeding the baby with Down syndrome. *Lactation Consultant Series*, La Leche League, 1986
- Örtenstrand, Annica, Tidig hemvård från neonatalavdelingen, prosjektbeskrivelse. *Sachsska Barnsjukhuset*, Stockholm, 1992a
- Örtenstrand, Annica. Rapport: Amningstudie på en neonatalavdeling - en jämförende studie av 2 enkätundersökningar. *Sachsska Barnsjukhuset*, Stockholm, 1992b

Illustrasjoner, oversikt

Ill. 1: Kommunikasjon mellom helsepersonell og ammende mor	15
Ill. 2: Brystets anatomi	21
Ill. 3: Prolaktin og oxytocinrespons	22
Ill. 4: Brystet tilbys barnet med lett støtte fra undersiden med hånden	22
Ill. 5: Barnet gaper høyt før det legges til brystet	23
Ill. 6: A) God sugeteknikk, barnet har godt tak, gaper høyt, haken er i kontakt med brystet, munnen er full av bryst, har ingen trutmunn og underleppen er krøllet litt utover B) Tverrsnitt av barnets munn og brystknoppen ved et godt sugetak	23
Ill. 7: Gode amместillinger A) liggende med barnet liggende på madrassen, morens skulder på madrassen og puter under morens hode B) med barnet liggende på en pute	24
Ill. 8: Gode amместillinger A) sittende på en vanlig stol med rett rygg som gir brystet god form og det er lett å få godt sugetak for barnet B) sittende i en sofa med puter bak slik at ryggen blir rett	25
Ill. 9: Dobbeltpumping - sparer tid og kan gi økt melkemengde	27
Ill. 10: Teknikk ved håndmelking	27
Ill. 11: Massasje av kvinnens rygg for å stimulere utdrivningsrefleksen	32
Ill. 12: Barnet har godt sugetak	35
Ill. 13: Innadvendte brystknopper A) Brystknoppen ser flat ut B) Når man klemmer på brystknoppen kommer den ut, den er <u>ikke</u> innadvendt C) Når man klemmer på brystknoppen kommer den ikke ut, men går innover, den er innadvendt	37
Ill. 14: Niplette	38
Ill. 15: Avskåren sprøyte til bruk ved innadvendt brystknopper	38
Ill. 16: Forskjellen på barnets lepper når barnet suger på bryst og når barnet suger på flaske. A) Barnet suger med «trutmunn» på flaskesmokken B) Barnet suger med «trutmunn» på brystet C) Barnet har et godt tak, gaper høyt, munnen er full av bryst, ingen trutmunn, underleppen er krøllet litt utover.	44
Ill. 17: Koppmating	47
Ill. 18: Bruk av sprøyte som alternativ til flaske	47
Ill. 19: Hud-mot-hud kontakt - barnet holder temperaturen godt inntil foreldrenes kropp	52
Ill. 20: Ammehjulet er utarbeidet av Berlith Persson, Barnklinikken, Helsingborg Sjukhus, Sverige. Bearbeidet og oversatt til norsk av Anna-Pia Häggkvist	53
Ill. 21: Amming av et prematurt barn med føttene under morens arm. Frigjør morens ene hånd som dermed kan støtte og hjelpe barnet bedre til rette.	56
Ill. 22: «Ballerinahånden» gjør det mulig for mor å hjelpe barnet til å stabilisere haken og til å få godt sugetak. I tillegg kan mor stimulere barnets kinn	57
Ill. 23: Amming av tvillinger. Tvillingene ligger halvveis over hverandre, tvillingene ligger med kroppene under morens arm, tvillingene ligger i en kombinasjon av disse stillinger	64
Ill. 24: Brystskjold av silikon	67
Ill. 25: Hjelpebryst	71
Ill. 26: «Hjemmelaget hjelpebryst»	71
Ill. 27: Et godt alternativ til hjelpebryst ved hjelp av en sonde	72

Vedlegg

- I) WHO/UNICEFS «Ti trinn for et Mor-barn vennlig sykehus»
- II) MBVIs forslag til «Ti trinn for en ammevennlig neonatalavdeling» med kommentarer
- III) Ressursgruppen for å fremme amming på neonatalavdelingen (RAN)
- IV) Informasjonsfolder for mødre om amming og pumping når barnet er på barneavdelingen
- V) Ammehjulet som dokumentasjon
- VI) Barn med økt risiko for hypoglykemi og/eller lav vektøkning - oppfølging på barselavdelingen. Retningslinjer fra MBVI
- VII) Et eksempel på en ammeprosedyre
- VIII) Ammeobservasjonsark
- IX) Retningslinjer ved koppmating
- X) Forslag til et lite ammebibliotek på avdelingen og adresser til ammeorganisasjoner i Norge
- XI) Videoen «Bryst er best» på flere språk, adresser for bestilling i utlandet
- XII) Bestillingsliste for videoen «Bryst er best»



Statens helseinsyn



PROSJEKT MOR-BARN VENNLIG INITIATIV

ALLMENT AKSEPTERTE FAGLIGE KRAV TIL ET MOR-BARN VENNLIG SYKEHUS

BASERT PÅ WHO/UNICEFS 10 PUNKTER FOR VELLYKKET AMMING

Et mor-barn vennlig sykehus skal:

1. Ha en skriftlig ammeprosedyre som rutinemessig formidles til alt helsepersonell ved avdelingen.

Over/avdelingsjordmor har ansvaret for at det utarbeides en skriftlige ammeprosedyre som inngår i sykehusets kvalitetssystem. Ammeprosedyren skal forklare hvordan WHO/UNICEFs 10 punkter blir iverksatt på avdelingen. Prosedyren skal finnes lett tilgjengelig, og alt helsepersonell som tar hånd om mor og barn skal være kjent med den og følge den i sin praksis. Over/avdelingsjordmor har, i henhold til internkontrollplikten, ansvaret for at prosedyren blir fulgt og for at den blir oppdatert jevnlig.

2. Tilby opplæring slik at det er mulig for personalet å følge ammeprosedyren.

Over/avdelingsjordmor har ansvaret for at det foreligger en opplæringsplan, som også angir hvordan vikarer skal informeres. Planen skal sikre at alt helsepersonell som er i kontakt med gravide, mødre og spedbarn har oppdatert kunnskap om morsmelk og amming, slik at de er i stand til å følge ammeprosedyren i sin praksis. Opplæringen skal omfatte teori og klinisk praksis. Nyansatte skal få opplæring så snart som mulig, gjennomført senest innen 3 måneder. Over/avdelingsjordmor har ansvar for dokumentasjon av gjennomført opplæring. Planen bør angi hvordan fortsatt oppdatering av kunnskaper og ferdigheter skal foregå, etter at hovedopplæringen er gjennomført.

3. Bidra til å spre informasjon til gravide om fordelene ved brysternæring og om hva de kan gjøre for å få til ammingen.

Sammen med faglig ansvarlig ved svangerskapspoliklinikken, har overjordmor ansvaret for at gravide som får mesteparten av svangerskapsomsorgen ved sykehuset, blir informert om brysternæring innen 32. svangerskapsuke.

Det skal foreligge en kortfattet skriftlig oversikt over hvilken ammeinformasjon gravide skal få, og det skal dokumenteres at informasjon er gitt f.eks. på helsekort for gravide. Samtalen med den gravide skal belyse fordelene ved brysternæring, betydningen av ro og hudkontakt med barnet etter fødselen, at barnet tidlig får komme til brystet, selvregulering, godt sugetak, samt tilbudet om å ha barnet hos seg hele døgnet. Informasjonen må gis individuelt med utgangspunkt i den gravides kunnskaper og evt tidligere ammeerfaring.

Se punkt 10 om samarbeid med primærhelsetjenesten.

4. Sørg for at mor og barn etter en normal fødsel kan ha uforstyrret hudkontakt i minst en time, eller til barnet er rede til å suge og den første ammingen har funnet sted.

Mødre skal normalt gis anledning til å få barnet til seg rett etter fødselen med uforstyrret hudkontakt i minst en time, eller til barnet er rede til å die og den første ammingen har funnet sted. Dersom barnet ikke selv søker brystet innen en times tid, bør det få hjelp til å die.

Mødre forløst ved keisersnitt skal få anledning til å få barnet til seg innen en halv time etter at de er i stand til å forholde seg til den nyfødte. De bør få anledning til å ha hudkontakt med barnet i minst en halv time, og de skal få tilbud om hjelp til ammingen.

Det skal foreligge en skriftlig prosedyre som klargjør ansvars- og samarbeidsforhold mellom føde-, oppvåknings- og barselavdelingen for å sikre hudkontakt og tidlig amming for mødre forløst ved keisersnitt.

5. Vise mødre hvordan de skal amme og hvordan de kan opprettholde melkeproduksjonen selv om de midlertidig skilles fra sine spebarn.

Mødrene skal følges opp slik at de helt fra begynnelsen får en god ammestilling og barnet et godt sugetak. Neste amming, senest innen 6 timer etter fødselen, bør observeres. Veiledning og praktisk hjelp gis ved behov.

Under oppholdet på barselavdelingen skal mødrene lære å håndmelke. Mødrene skal få informasjon om hvordan de kan opprettholde melkeproduksjonen, dersom de midlertidig skulle bli skilt fra sine spebarn, eller de skal ha fått oppgitt hvor de kan henvende seg for å få hjelp til dette.

Mødre med barn på nyfødt/barnavdelingen skal få hjelp til å etablere og opprettholde melkeproduksjonen ved hyppig håndmelking/ pumping.

6. Ikke gi nyfødte barn noen annen form for næring eller drikke enn morsmelk, unntatt når det er medisinsk grunn til det.

Ikke gi brystnærte barn tilleggsnæring eller vann, unntatt når det er medisinsk grunn til det * (jfr. vedlagte medisinske kriterier for bruk av tillegg til brystnærte barn på barselavdelingen). Evt. tillegg skal gis med kopp, skje el.l. ikke med flaske. Bruk av tillegg skal registreres og grunngis, og bør gis i samråd med moren.

Reklame for morsmelkerstatning, flasker og smokker skal ikke forekomme på avdelingen (jfr. vedlagte hovedpunkter i WHO's internasjonale kode for markedsføring av industrifremstilte melkeblandinger for spedbarn).

* Unntaksvis kan en pleiemessig begrunnelse for tillegg aksepteres, f.eks. dersom barnet har diet mye, men likevel er veldig urolig og moren er svært sliten.

7. Gi mor og barn anledning til å være sammen 24 timer i døgnet.

Mødre med friske, fullbårne barn skal få tilbud om og oppmuntres til å være sammen med barnet hele døgnet. Tilsvarende skal keisersnittpasienter få anledning til å ha barnet hos seg hele døgnet når de er i stand til å forholde seg til det.

Forholdene må legges tilrette, og mor må få omsorg så hun får krefter til barnet*.

* Tiltak som legger tilrette: Innføre hviletid, begrense besøks/ telefontid, oppfordre mor til å be om hjelp og avlastning ved behov, uoppfordret tilby avlastning ved urolige barn, hjelpe til med stell, matsservering etc.

8. Oppmuntre til amming etter behov, såkalt selvregulering.

Mødre med friske, fullbårne barn skal være kjent med at brystmåltidenes antall eller varighet vanligvis ikke begrenses*, og at barnet bør få minst 6-8 måltider i døgnet. Mødrene skal ha fått råd om å gi barnet bryst så ofte det viser tegn til sult. Dersom det går for lang tid mellom måltidene eller moren har melkespreng, bør barnet stimuleres til å die. Dersom barnet bruker svært lang tid ved brystet, bør ammeteknikk/ sugetak kontrolleres.

* Dersom moren har såre brystknopper, og amming gjør vondt til tross for riktig teknikk/sugetak, kan det være nødvendig å forbigående begrense sugetiden.

9. Unngå bruk av narresmokk eller flaskesmokk til brystbarn, iallfall til ammingen er veletablert.

Unngå bruk av tåteflaske eller narresmokk til brystbarn, iallfall til barnet har etablert et godt sugetak og viser tilfredsstillende vektøkning, og mor har rikelig med melk. Eventuelt tillegg skal ikke gis med flaske. Dersom barnet får tillegg, bør mor få opplæring i koppmating.

Mødrene skal være kjent med begrunnelsen for å fraråde smokk.*

* Mødrene kan på informert grunnlag velge å gi smokk/ flaske til sine barn.

Unngå om mulig også brystskjold. Brystskjold fører bl.a. til at melkeproduksjonen blir dårligere stimulert. Dersom mor bruker brystskjold ved utreise, bør helsesøster kontaktes slik at mor kan få hjelp tidligst mulig til å avvikle bruken.

10. Bidra til at det etableres en enhetlig arbeidende tiltakskjede mellom svangerskapsomsorgen, føde/barselavdelingen og helsestasjonen. Helsetjenesten bør informere om Ammehjelpen, og støtte opprettelsen av ammehjelpgrupper.

Føde/barselavdelingen skal sørge for at de som har ansvaret for svangerskapsomsorgen i sykehusets opptaksområde er kjent med ammeprosedyren. I samarbeid med de ansvarlige for svangerskapsomsorgen i primærhelsetjenesten skal føde/barselavdelingen bidra til å utarbeide et opplegg som sikrer at gravide får informasjon om brysternæring og sykehusets ammerutiner.

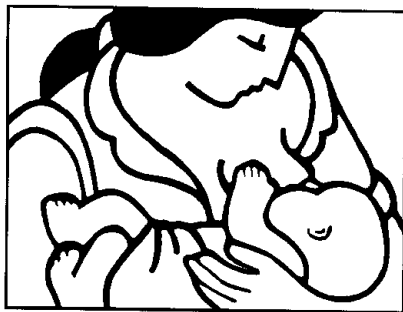
Mødrene skal få opplysning om hvor de kan henvende seg ved behov for ammehjelp etter utskrivning, og hvilken helsestasjon de sokner til. Dersom moren forlater føde/barselavdelingen før ammingen er vel etablert, bør informasjon gå ut fra sykehuset til helsestasjonen på hjemreisedagen.

Personalet skal kjenne til og sørge for at mødrene blir informert om Ammehjelpen. Helsetjenesten bør støtte opprettelse av ammehjelpgrupper.

Vedlegg II



Statens helsetilsyn



PROSJEKT MOR-BARN VENNLIG INITIATIV

Ti trinn for

vellykket amming på

neonatalavdeling.*

En ammevennlig neonatalavdeling bør:

1. Ha en skriftlig ammeprosedyre som rutinemessig formidles til alt helsepersonell ved avdelingen.
2. Tilby opplæring om amming slik at det er mulig for personalet å følge denne prosedyren.
3. Forberede gravide der det er grunn til å tro at barnet må være på neonatalavdeling etter fødselen.
4. hjelpe mødrene til å få hud-mot-hud kontakt med sitt nyfødte barn så snart det er medisinsk forsvarlig.
5. Gi mødrene informasjon og støtte slik at de kan starte stimulering/pumping/ håndmelking tidlig og deretter opprettholde melkeproduksjonen. Informere om hvordan ammeforløpet kan forventes å bli med dette nyfødte barnet. Informere om det premature barnets modningsprosess.
6. Avdelingen gir primært morsmelk til alle barn som tåler peroral ernæring.
7. Gi mor og barn mulighet til å ha nærkontakt hele døgnet.
8. Oppmuntre til tidlig kontakt mellom barnets munn og morens bryst - lukte og slikke. Oppmuntre til tidligst mulig amming så snart barnets tilstand tillater det, uansett gestasjonsalder og vekt. Gradvis overgang fra mating med bestemte tidsintervall til selvregulering.
9. Unngå bruk av flaske til barnet har etablert en effektiv og god sugeteknikk ved brystet. Barnet bør stimuleres til å suge/ha kontakt med mors bryst under sondeernæring.
10. Gi informasjon til helsestasjonen i god tid før utreise. Informere foreldre om Ammehjelpen og andre foreldreorganisasjoner som kan være aktuelle.

** Disse trinnene for neonatalavdelingene er utarbeidet av MBVI i Norge og er ikke en del av den internasjonale satsningen foreløpig. Trinnene tar utgangspunkt i WHO/UNICEF's «Ti trinn for vellykket amming» som gjelder for landets føde/ barselavdelinger.*

KOMMENTARER TIL «TI TRINN FOR VELLYKKET AMMING PÅ NEONATALAVDELINGEN».

En ammevennlig neonatalavdeling bør:

- 1. Ha en skriftlig ammeprosedyre som rutinemessig formidles til alt helsepersonell ved avdelingen.**

Ammeprosedyren bør inkludere alle ti trinn. Inneholdet i ammeprosedyren bør være tilgjengelig for foreldrene i en lettfattlig form.

- 2. Tilby opplæring om amming slik at det er mulig for personalet å følge denne prosedyren.**

Alle ansatte bør tilbys oppdatering om amming av friske fullbårne barn og undervisning om amming av barn med spesielle behov. I tillegg bør alle få klinisk praksis i ammehjelp under veiledning.

- 3. Forberede gravide der det er grunn til å tro at barnet må være på neonatalavdeling etter fødselen.**

Ansatte fra neonatalavdelingen bør besøke inneliggende gravide der det forventes at barnet overflyttes etter fødsel, og gi generell informasjon om neonatalavdelingen og forventet forløp for barnet. Skriftlig informasjon om morsmelk og amming, inklusive pumping bør være tilgjengelig.

- 4. Hjelp mødre til å få hud-mot-hud kontakt med sitt nyfødte barn så snart det er medisinsk forsvarlig.**

Der det er mulig å utsette umiddelbar overflytning av barnet postpartum til neonatalavdelingen, er det gunstig om syke/barnepleier fra neonatalavdelingen kan være til stede ved prematur fødsel, og bidra til å gi foreldre og barn mulighet til forlenget kontakt. Dette i samarbeid med barnelege og jordmor. Foreldrene oppmuntres til å ha utstrakt hudkontakt med barnet under hele oppholdet på neonatalavdelingen.

- 5. Gi mødre informasjon og støtte slik at de kan starte stimulering/pumping/håndmelking tidlig, og deretter opprettholde melkeproduksjonen. Informere om hvordan ammeforløpet kan forventes å bli med dette nyfødte barnet. Informere om det premature barnets modningsprosess.**

Manuell stimulering av brystene bør starte så snart som mulig etter fødselen. Moren bør få hjelp til pumping i løpet av 12 timer hvis hennes tilstand tillater det. Kvinnen må få informasjon om at brystknoppene bør stimuleres før bruk av elektrisk pumpe. Brystene bør håndmelkes/pumpes minimum 6 ganger i døgnet, totalt minst 120 min. pr. døgn. Dobbelpumping kan øke melkemengden og redusere tidsbruken. Gi støtte og forståelse til mødre som ikke klarer å opprettholde melkeproduksjonen.

6. Avdelingen gir primært morsmelk til alle barn som tåler peroral ernæring.

Avdelingen bør bruke «bankmelk» når mor ikke har egen melk. Væske/næring gis etter individuelle behov og ikke rutinemessig etter skjema. Morsmelk brukes selv der forsterkning/tillegg er nødvendig.

7. Gi mor og barn mulighet til å ha nærkontakt hele døgnet.

Dersom driften gjør det helt nødvendig å stenge avdelingen for foreldrene, bør det gjøres i korte perioder og ikke mer enn 2 timer per døgn. Oppmuntre til permisjon for barnet, til barsel eller hjem så snart det er forsvarlig.

8. Oppmuntre til tidlig kontakt mellom barnets munn og morens bryst - lukte og slikke. Oppmuntre til tidligst mulig amming så snart barnets tilstand tillater det, uansett gestasjonsalder og vekt. Gradvis overgang fra mating med bestemte tidsintervall til selvregulering.

Det kan vanligvis godtas kortvarig vektstagnasjon hos barnet ved overgang fra sondeernæring til fullamming. Ammehjulet kan brukes som et hjelpemiddel til systematisk progresjon.

9. Unngå bruk av flaske til barnet har etablert en effektiv og god sugeteknikk ved brystet. Barnet bør stimuleres til å suge/ha kontakt med mors bryst under sondeernæring.

Dersom barnet kan ernære seg direkte fra brystet ved de fleste av døgnetts måltider, har det som regel en tilfredstillende sugeteknikk. Det er holdepunkter for at bruk av smokk kan gi sugeforvirring, barnet suger med «truttmunn» til forskjell fra ved diing da munnen må være vidåpen for å suge effektivt. Smokken kan også gi en hyperstimulering av ganen, som kan svekke barnets interesse for brystet. Det er foreløpig usikkert hvorvidt ulempene ved bruk av narresmokk er større enn fordelene. Det er kjent at barnets fordøyelse fungerer bedre når det får suge under sondeernæring. Når det er mulig bør barnet suge på/ha kontakt med mors bryst under sondeernæring. Eventuelt tillegg til brystnærte barn bør gis med kopp, skje, eller sprøyte. Unngå unødig bruk av brystskjold.

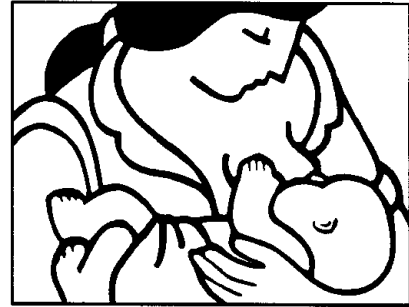
Disse anbefalingene er generelle, tiltak må ta utgangspunkt i barnets individuelle behov. På en neonatalavdeling vil det alltid finnes barn som av en eller annen grunn ikke kan die, eller p.g.a. et langt sykehusopphold må ha flaske for å trives, eller en narresmokk til trøst.

10. Gi informasjon til helsestasjonen i god tid før utreise. Informere foreldre om Ammehjelpen og andre foreldreorganisasjoner som kan være aktuelle.

Foreldrene bør få en gradvis overgang fra sykehuset til omsorg i hjemmet. Avdelingen bør tilby hjemmepermisjoner, eventuelt overnatting på sykehuset før hjemreise. Avdelingen er åpen for spørsmål etter hjemreise. Helsesøster bør være godt informert om barnets ernærings situasjon og om tiltak som er avtalt med foreldrene.



RESSURSGRUPPEN FOR Å FREMME AMMJNG PÅ NEONATALAVDELJNGENE (RAN).



PROSJEKT MOR-BARN VENNLIG INITIATIV

BAKGRUNN

Ressursgruppen for å fremme amming på Neonatalavdelingene er tverrfaglig sammensatt av spesielt interesserte fagpersoner. Den ble dannet i forbindelse med 3 dagers seminaret som MOR-BARN VENNLIG INITIATIV (MBVI) arrangerte i juni 1994 «Hvordan fremme amming på neonatalavdelingen».

FORMÅL

Formålet med gruppen er å gi MBVI mulighet til å få innspill og respons på hvordan en innsats på dette feltet bør være. Gruppen har også vært med på å utforme de ti trinnene for Neonatalavdelingene og å gi feedback på kommende materiell. Hvis du eller din avdeling er interessert i å høre hvordan forskjellige problem er løst på andre avdelinger, hvordan forandringsarbeidet er gjennomført, få svar på rent faglige spørsmål eller trenger en foreleser, er du/dere velkommen til å kontakte noen i ressursgruppen.

Alle i gruppen har på en eller annen måte vært involvert i slikt arbeid.

MEDLEMMENE I RAN:

Marianne Bergstrand Reiersgård, intensivsykepleier og amnehjelper,
Furusetlia 19, 1300 Sandvika. Tel. 67542058, mobiltel. 94336517

Berit Båtsvik, avdelingssykepleier og sekreter i BSF, Neonatalavdelingen,
Haukeland Sykehus, 5021 Bergen. Tel. 55975218

Irene Grøndahl, hjelpepleier 1, Spebarnsavdelingen, RITØ, 9012 Tromsø.
Tel. 77626360

Yrhild Hansen, sykepleier, Neonatalavdelingen, Sentralsykehuset i Akershus,
1474 Nordbyhagen. Tel. 67928783. Avdelingen har en nyopprettet
morsmelksentral og har gjennomført et kvalitetssikringsarbeid i forhold til
ammng.

Hanne Holmvik, sykepleier, Intensivavdelingen for nyfødte, Hedmark Sentralsykehus, 2400 Elverum. Tel. 62422109. Gjennomfører en studie om ammeforekomst hos barn født prematurt.

Anna-Pia Häggkvist, intensivsykepleier og laktasjonsspesialist. Leder for gruppen. Neonatalavdelingen, Ullevål Sykehus, Kirkeveien 166, 0407 Oslo. Tel. 22118780. Priv. tel. 22385531. Gjennomført studie om ammeforekomst av premature barn, ammeforekomst på neonatalavdeling, utarbeidet diverse materiell og artikler om amming, og har god oversikt over litteratur og hjelpemidler. Avdelingen har ammeprosedyre.

Anita Kvarsnes, sykepleier, Neonatalavdelingen, Nordland Sentralsykehus, 8000 Bodø . Tel. 75534000. (perm. p.g.a. videreutd. i barnesykepleie)

Wenche Olimstad Hauge, sykepleier, Neonatalintensivavdelingen, Aker Sykehus, 0514 Oslo. Tel. 22894598. Avdelingen har utarbeidet retningslinjer for amming av syke nyfødte.

Trude Rath Olsen, lege, Barneavdelingen, RITØ, 9012 Tromsø. Tel. 77626000

Nina Boye Pedersen, avdelingssykepleier, Neonatalavdelingen, Rikshospitalet, Pilestredet 32, 0027 Oslo. Tel. 22868953/61. Arbeider med ammeprosedyre og har erfaringer i alternativ til flaske. (perm. p.g.a. videreutd. i barnesykepleie)

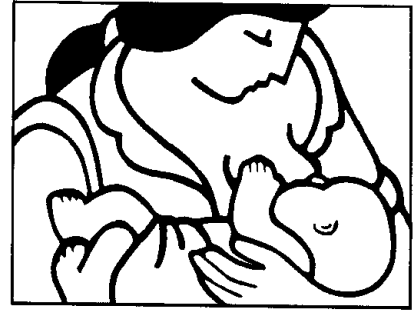
Ann-Sofie Pettersen og Anne-Marie Hagen, assistenter på Spesialkjøkkenet for spebarnsernæring, Rikshospitalet, Pilestredet 32, 0027 Oslo. Tel.22869097. Har startet opp morsmelkbank på RH.

Kjersti O Rustad, intensivsykepleier/avdelingssykepleier, Neonatalavdelingen, Buskerud Sentralsykehus, 3004 Drammen. Tel. 32803129. Erfaring med bruk av kopp og bruk av hjelpebryst.

Karin Svenningsen, jordmor, Neonatalavdelingen, Ullevål Sykehus, Kirkeveien 166, 0407 Oslo. Tel. 22118780/81.

Lise Thomassen, jordmor, føde/barselavdelingen, Regionssykehuset i Tromsø, 9012 Tromsø. Tel. 77626470

Gunn Wethrus og Kirsten Neve sykepleiere, Neonatalavdelingen, Vest-Agder Sentralsykehus, 4604 Kristiansand. Tel. 38044080. Avdelingen har utarbeidet retningslinjer for amming av premature.



PROSJEKT MOR-BARN VENNLIG INITIATIV

Morsmelk, amming og pumping

- For deg som har barnet på barneavdelingen

Det oppleves ofte som en vanskelig situasjon når barnet overflyttes til neonatalavdelingen, og du selv er på barsel et stykke unna. Den første kontakten og starten på ammingen blir ikke som du hadde ventet. Du vil møte mange forskjellige pleiere på begge avdelingene, som kanskje vil gi deg mange beskjeder og råd. I din situasjon er det også lett å glemme og å bli forvirret. Dette lille skrivet med tips og råd kan komme godt med i din situasjon.

Hvorfor morsmelk?

Morsmelken er ikke bare ernæring, men inneholder f.eks. vekstfaktorer og antistoffer som kan beskytte ditt barn mot infeksjoner. Når du har født for tidlig, produserer du i tillegg morsmelk som er spesielt tilpasset det premature barnets behov. Den inneholder bl.a. mer proteiner som barnet behøver for å vokse fort. Noen barn må starte med næring rett inn i en blodåre, men barnet vil få melk fra deg så snart det er mulig. Noen dråper i magesekken vil de fleste barn tåle, det beskytter mot infeksjoner og stimulerer fordøyelsen. Ta med den første gule råmelken som kommer til barnet, selv om det er lite. Det beste barnet kan få er fersk morsmelk, prøv derfor å følge med på hva som er barnets døgnbehov og lever melk daglig. Noen ganger er det ikke mulig å besøke barnet hver dag. Morsmelk er holdbar i kjøleskapet i 48 timer og frossen, tint melk i 24 timer.

Alkohol og nikotin

Alkohol og nikotin går over i morsmelken, og bør derfor unngås når du ammer. Et lite glass vin eller øl en sjelden gang, skader neppe. Hvis du ikke klarer å stumpe røyken, er det best om du røyker lite og helst bare rett etter amming eller pumping. Hvis du klarer å kutte ned på antall sigaretter og velger svakere typer vil det også hjelpe. Noen medisiner går over i morsmelken, det kan personalet hjelpe deg å finne ut av.

Råd ved pumping:

- ♥ Start så tidlig som mulig etter fødselen med stimulering av brystene.
- ♥ Vask hendene nøye, unngå å ta inni pumpeglasset med hendene.
- ♥ Forbered brystet ved å rulle eller gni brystknoppen noen minutter, slik at den reiser seg. Du kan godt gjøre det utenpå klærne. Dette er lurt å gjøre utenom pumping også, da det stimulerer hormone som påvirker melkeproduksjonen. Lett massasje av brystet er også gunstig.
- ♥ Du bør pumpe/håndmelke 6-8 ganger pr. døgn. I starten før melkeproduksjonen er kommet igang, ca. 5 minutter på hver side. Når melkeproduksjonen er kommet i gang (etter ca. 3-4 døgn), pumper du ca. 20 min. hver gang, eller kortere når melken kun kommer med sjeldne dråper.
- ♥ Det kan være nyttig å bytte fra det ene brystet til det andre flere ganger og å massere/stimulere det «ledige» brystet..
- ♥ Dobbelpumping, dvs. å pumpe begge bryst samtidig kan spare tid og gi økt melkemengde.
- ♥ Prøv å gjør noe hyggelig utav pumpestunden. Se på bilde av barnet, lytt til musikk eller les en bok.
- ♥ Håndmelking kan være en bedre løsning. Be personalet instruere deg og se videoen «Bryst er best».
- ♥ Benytt enhver anledning til å ta en liten hvil, husk at du er barselkvinne!
- ♥ Hvis du våkner en gang om natten av deg selv, kan det være lurt å pumpe seg, men hvile er også viktig.

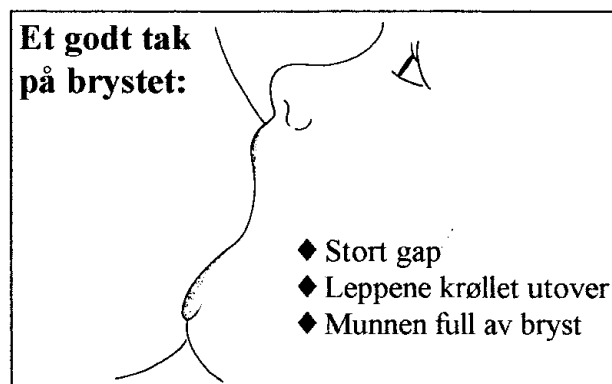
Sondemating

For tidlig fødte barn eller fullbårne barn som ikke greier å suge, blir sonde-matet med en slange som går via munnen eller nesen og ned i magesekken. Det er fint om barnet suger ved sondemating, aller helst på ditt bryst, eller i alle fall koser seg inntil din hud. Hvis ikke det er mulig, kan barnet suge på en ren finger eller eventuelt narresmokk. Gi gjerne noen dråper morsmelk i barnets munn, det er bra for fordøyelsen og smaker godt.

Første gang barnet blir lagt til brystet

Du må ikke bli skuffet hvis barnet ikke tar tak og begynner å suge første gang det legges til brystet. Barnet trenger kanskje timer eller dager for å bli kjent med brystet og for å bli sterk nok. Når barnet skal legges til brystet er det viktig at du sitter (eller ligger) godt. Sett deg i en god stol, gjerne med litt rak rygg slik at brystene faller fremover. Bruk en pute eller dyne i fanget slik at

barnet kommer i høyde med brystknoppen. Ta vekk unødige tepper rundt barnet slik at det ligger tett, tett intill deg. Barnet skal ligge med sin mage mot din. En god ammestilling for et sugesvakt barn er å legge barnet med bena under din arm. Da beholder den lille varmen under ditt tøy, og får støtte, og du



har to hender fri til å hjelpe barnet med. Stimuler barnets lepper med brystknoppen og klem ut noen dråper med melk, for å få det til å gape. Barnet må ha tungen ned og gape godt før du fører barnet til brystet. Barnets nakke skal være lett bakoverbøyd og haken skal ha god kontakt med brystet (se bilde). Hvis barnet bare suger på brystkoppene vil det ikke få i seg nok melk og du kan risikere å få såre brystknopper. Hvis barnets nese blir begravd i brystet, må amme-stillingen forandres. Be om hjelp hvis du ikke får det til selv! Barnets nese er laget slik at barnet skal kunne puste hvis det ligger riktig ved brystet, hvis du har store, bløte bryst kan du holde litt forsiktig på brystet ved barnets nese.

Amning av sugesvake barn

Det er best om melken drypper før du legger barnet til. Melken vil stimulere barnet og det vil slippe å bruke kreftene sine på å få igang utdrivningsrefleksen. Gjør slik: Rull brystknoppen mellom fingrene i noen minutter. Deretter klemmer du og slipper rytmisk i utkanten av det brune området til melken begynner å dryppe. Hvis brystet er hardt, skal du melke ut såpass at det brune blir mykt. Barnet får da lettere tak. Hvis du har mistanke om at melken renner litt dårlig, kan du også prøve å stryke over den andre brystknoppen mens du ammer. Sugerefleksjonen kan stimuleres gjennom å massere barnet forsiktig under foten eller inne i hånden.

Amning av premature barn

Amning av premature barn begynner med tidlig kontakt hud mot hud. Man kan ikke angi noen vektgrense for når barnet er modent for å ha hudkontakt eller for å legges til brystet. Det som er avgjørende er barnets tilstand, og i

hvilken grad det klarer å forholde seg til forskjellige stimuli uten å bli stresset. Første kontakt med brystet er å lukte, slikke og kosesutte. Du kan prøve å presse ut litt melk og la barnet slikke det i seg. Etterhvert som barnet modnes vil det kunne suge mer og mer selv. Mengden barnet tar fra brystet vil gradvis øke, og sondemåltidet kan reduseres. Under et måltid kan premature barn ta lange pauser mellom sine sugeforsøk, og det er viktig å gi dem god tid. Husk å pumpe deg i tillegg til amming når barnet kun tar små mengder, ellers kan du risikere å få mindre melk. Barnets interesse for å die vil også variere i løpet av døgnet. Hvis barnet tåler det, bør du ha det hos deg, hud mot hud, så mye som mulig. Les en bok, ta en høneblund, lytt til musikk eller bare nyt barnet!

Ved overgang fra andre matemetoder, til utelukkende amming kommer det en periode hvor det ikke er så nøye om barnet går lite opp i vekt noen dager. Det bør ikke gå mer enn 3 timer mellom hvert måltid i starten. Jo oftere barnet blir lagt til brystet, ju mer melk blir produsert. Noen barn trenger å vekkes til amming. Dette er en tid hvor det er viktig at du kan være mye på sykehuset. Øvelse gjør mester! Planlegg innkjøp og forberedelser til at barnet skal komme hjem i god tid.

Hvorfor bør man vente med å bruke flaskesmokk?

Teknikken ved å suge på en flaskesmokk er svært anderledes enn å suge på et bryst. I tillegg gir flaskesmokken et unaturlig sterkt sugestimulus som barnet lett kan venne seg til. Derfor er det ønskelig å unngå å bruke flaske inntil barnet klarer å ta godt sugetak på brystet og det dekker en god del av næringsbehovet ved å die. I tillegg til amming får barnet melk gjennom sonde, med kopp eller en sprøyte uten spiss.

Amming og forventninger

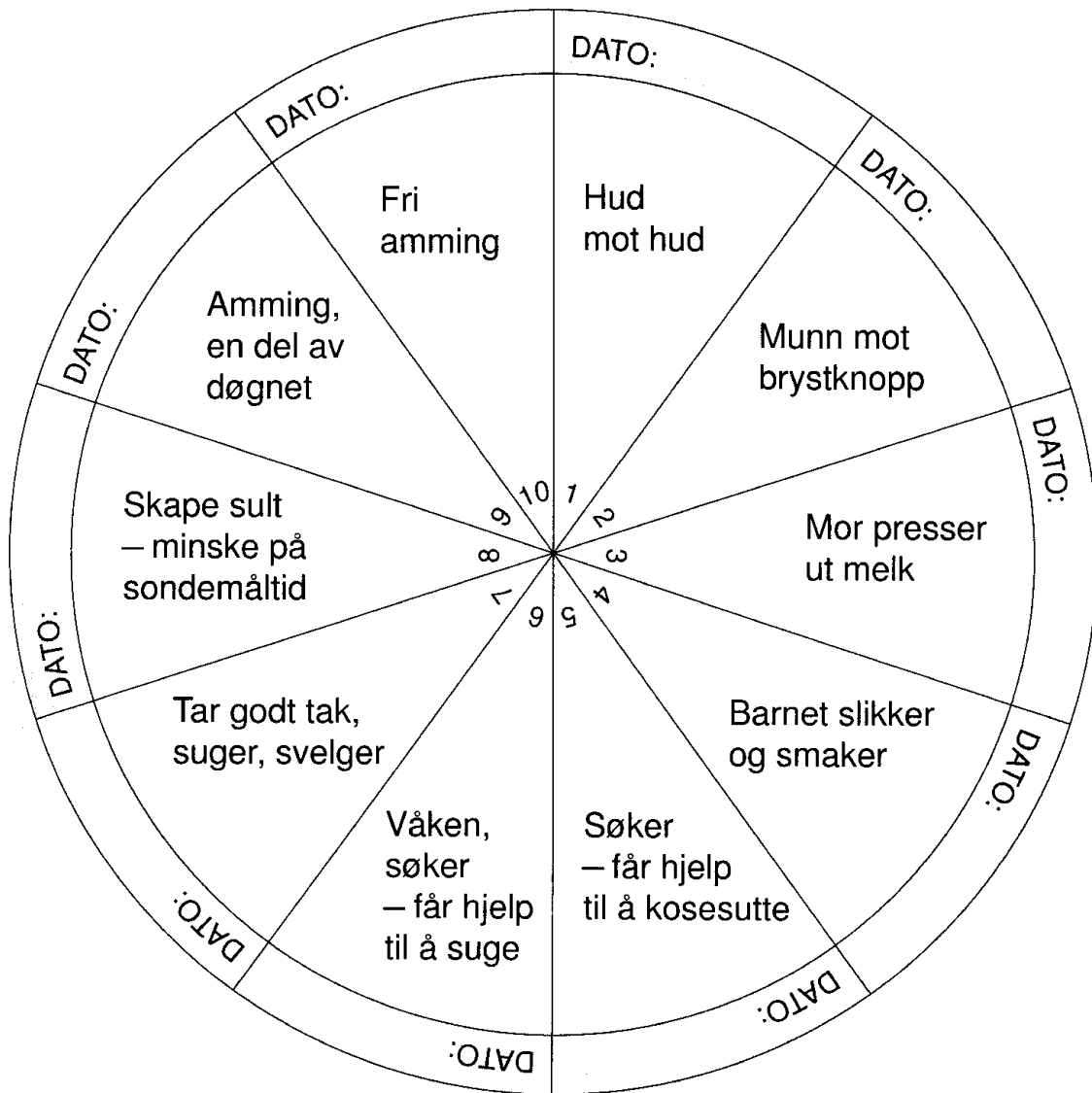
Det er slitsomt og krevende å pumpe over lang tid, og å pendle mellom hjem og sykehus. Som nybakt mor har man også gjerne store forventninger til ammingen. Det er viktig å huske at selv om barnet ikke får det til med en gang, så vil tålmodighet og trening nesten alltid gi resultater.

Når det er mange startvansker i barnets liv, hender det likevel at mor ikke klarer å opprettholde melkeproduksjonen, eller at barnet ikke blir fortrolig med brystet. Da vet du som mor at du gjorde alt du kunne og barnet gjorde alt det kunne, og du må huske at det ikke er likhetstegn mellom en god mor og en ammende mor. Lykke til!

Ammehjulet

Utarbeidet av Berlith Persson, prematuravdelingen,
Helsingborg Sykehus

Navn: _____
 Født: _____ Vekt: _____ GA: _____
 Kontaktpleier/e: _____



Observasjoner

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)
- 7)
- 8)
- 9)
- 10)

Vedlegg VI

BARN MED ØKT RISIKO FOR HYPOGLYKEMI OG/ELLER LAV VEKTØKNING OPPFØLGING PÅ BARSELAVDELINGEN

Hensikt:

Spesiell oppfølging av:

- premature under 37 ukers gestasjonsalder
- vekstretarderte **under** 2500g
- barn av mødre med diabetes og særlig store barn **over** 5000g
- klinisk vekstretarderte, dysmature fullbårne som veier over 2500g, men som har lite subcutant fett (romskinnede, tørre)
- andre risikobarn (f.eks. etter lett asfyxi, ved tilpasningsforstyrrelser)

Metode:

Blodsuktermåling: 1-2 timer etter fødselen, deretter 3 ganger pr. døgn (før amming) i to døgn, senere etter beskjed fra barnelege. Ved stabile blodsukker og rikelig melk kan prøvetakingen avsluttes før.

Temperatur: 1. levedøgn x 3. Ved hypotermi (under 36 C): Blodsukker som ø.hjelp.

Tilsyn av (barne)lege: Første levedøgn.

Amming: Første amming vanligvis innen en time etter fødselen etter mest mulig uforstyrret hudkontakt og varme hos mor. Senere etter barnets signaler, men ikke sjeldnere enn 8-10 ganger pr. døgn, og ikke lengre intervall enn 3 timer. Heller ikke om natten mer enn 3 (4) timer mellom måltidene. Barnet kan varsomt vekkes og stimuleres, men bør ha mye ro og nærkontakt hos mor. Daglig nettoveining. Ingen veining før og etter amming.

Tiltak:

Ved lavt blodsukker: Blodsukker under 2,0 mmol/l meldes til barnelege med en gang. Dersom barnet er friskt og kan spise, legges det straks til brystet hvis mor har melk, ellers gis det 10-15 ml kaloritilskudd (morsmelk, Collet, Nan, evt. annet). Tillegg gis ikke med flaske, bruk kopp/sprøyte/skje/nebb. Kontroller blodsukker etter 1-2 timer.

Ved følgende symptomer hos disse barna kontaktes barnelege:

- rask respirasjon (over 60 ganger pr. minutt)
- cyanose (dårlig hudfarge, blålig/blek) i ansiktet
- uvanlig mye sitring (små fine skjelvebevegelser, litt er normalt)
- gulping, dårlig spising, slapp muskulatur

Ved dårlig vektøkning: Særlig små/tynne/slappe tåler lite vekttap og tillegg gis liberalt. Generelt for nyfødte: Hvis barnet går ned mer enn 8-10% av fødselsvekten iverksettes økedager. Barnet legges til brystet med 2 timers intervaller på dagtid for å stimulere til økt melkeproduksjon. Mor gis særlig oppfølging. Hvis vekten går nedover til tross for dette, vurderes bruk av utpumpet morsmelk/bankmelk, evt. Nan/Collet/Nutramigen etter amming.



**AMMEPROSEDYRE MED UTGANGSPUNKT I MBVIS
«TI TRINN FOR VELYKKET AMMING PÅ
NEONATALAVDELINGEN.
Neonatalavdelingen, Ullevål sykehus, 1996**

MBVIs trinn i de grå rammene

1. Ha en skriftlig ammeprosedyre som rutinemessig formidles til alt helsepersonell ved avdelingen.

Ammeprosedyren bør inkludere alle ti trinn. Innholdet i ammeprosedyren bør være tilgjengelig for foreldrene i en lettfattlig form.

- Alle ansatte (sykepleiere, barnepleiere og leger har et eksemplar).
- Alle nyansatte får et eksemplar og pleiepersonell får gjennomgang med noen fra ammegruppen.
- Informasjonsfolder til mødrene deles ut når mor kommer første gang.
- Barselavdelingene har vår ammeprosedyre og er godt kjent med innholdet i vår ammeprosedyre. Personell på barsel inviteres til amme-undervisning på våre kurs for nyansatte. vi arbeider for å holde møter og informasjon jevnlig.
- Ammeprosedyren bør evalueres og revideres annenhvert år.

2. Tilby opplæring om amming slik at det er mulig for personalet å følge denne prosedyren.

Alle ansatte bør tilbys oppdatering om amming av friske fullbårne barn og undervisning om amming av barn med spesielle behov. I tillegg bør alle få klinisk praksis i ammehjelp under veiledning.

- Alle nyansatte får min. 3 timers teoretisk opplæring i ammefysiologi, start av melkeproduksjon med pumpe, løsning på vanlige ammeproblemer og amming av barn med spesielle behov. I tillegg ser de videoen "Bryst er best".
- Alle ansatte har sett videoen "Bryst er best" og oppmuntres til å besvare spørsmålene i studiesirkelen til den.
- Nyansatte får veiledning av erfaren barne/sykepleier i praktisk ammehjelp (riktig sugeteknikk, ammestilling etc.).

3. Forberede gravide der det er grunn til å tro at barnet må være på neonatalavdeling etter fødselen.

Ansatte fra neonatalavdelingen bør besøke inneliggende gravide der det forventes at barnet overflyttes etter fødsel, og gi generell informasjon om neonatalavdelingen og forventet forløp for barnet. Skriftlig informasjon om morsmelk og amming, inklusive pumping bør være tilgjengelig.

- Vi besøker gravide på barsel når det er forventet at barnet blir innlagt på neonatalavdelingen. Informerer om avdelingen generelt, om hva som er forventet å skje med deres barn og om start av melkeproduksjon med brystpumpe.

4. Hjelpe mødrene til å få hud-mot-hud kontakt med sitt nyfødte barn så snart det er medisinsk forsvarlig.

Der det er mulig å utsette umiddelbar overflytning av barnet postpartum til neonatal-avdelingen, er det gunstig om syke/barnepleier fra neonatalavdelingen kan være til stede ved prematur fødsel, og bidra til å gi foreldre og barn mulighet til forlenget kontakt. Dette i samarbeid med barnelege og jordmor. Foreldrene oppmuntres til å ha utstrakt hudkontakt med barnet under hele oppholdet på neonatalavdelingen.

- Vi tar ut barn på morens bryst, premature og fullbårne, første gangen moren er på besøk hvis barnets tilstand tillater det og moren er moden for det. Vi oppmuntrer til dette under hele sykehusoppholdet. Dette inkluderer selvfølgelig far.
- Vi arbeider for å være tilstede ved fødsel, vaginal og sectio forløsning i epidural og spinalanestesi, der vår tilstedeværelse vil gjøre det mulig for mor/far og barn å få en forlenget tidlig kontakt. (F.eks. barn under 35 ukers gestasjonsalder).

5. Gi mødrene informasjon og støtte slik at de kan starte stimulering/pumping/håndmelking tidlig, og deretter opprettholde melkeproduksjonen. Informere om hvordan ammeforløpet kan forventes å bli med dette nyfødte barnet. Informere om det premature barnets modningsprosess.

Manuell stimulering av brystene bør starte så snart som mulig etter fødselen. Moren bør få hjelp til pumping i løpet av 12 timer hvis hennes tilstand tillater det. Kvinnen må få informasjon om at brystknoppene bør stimuleres før bruk av elektrisk pumpe. Brystene bør håndmelkes/pumpes minimum 6 ganger i døgnet, totalt minst 120 min. pr. døgnet. Dobbeltpumping kan øke melkemengden og redusere tidsbruken. Gi støtte og forståelse til mødre som ikke klarer å opprettholde melkeproduksjonen.

- Vi deler ut skriftlig informasjon til mødrene om pumping og amming.
- Skriftlig informasjon om pumping er tilgjengelig ved pumpene.
- Vi følger godt med på hvor stor melkemengde mor har, og går tidlig inn med råd og tiltak for å øke en synkende melkemengde. Kontaktsykepleier/pleier følger opp mor og gir oppmuntring og gir støtte ved eventuell avslutning av amming/pumping.
- Barselavdelingen bruker samme informasjonsmateriell som neonatalavdelingen og har hovedansvaret for at mødrene får hjelp til pumpestart og nødvendig informasjon.

6. Avdelingen gir primært morsmelk til alle barn som tåler peroral ernæring.

Avdelingen bør bruke «bankmelk» når mor ikke har egen melk. Væske/næring gis etter individuelle behov og ikke rutinemessig etter skjema. Morsmelk brukes selv der forsterkning/tillegg er nødvendig.

- Vi begynner å gi peroral ernæring med sentralmelk i løpet av to timer hvis ikke legen gir beskjed om annet.
- Vi oppmuntrer mødrene til å ta med de første dyrebare råmelksdråpene. Melken brukes til å pensle munnen med hvis barnet absolutt ikke kan få noe peroralt.
- Vi bruker morens egen melk eller sentralmelk som basis også ved forsterkning f.eks. med Semper-energi.
- Alle barn får sentralmelk intil moren har fått nok egen melk.
- Medisinsk og ernæringsmessige stabile barn får lov til selvregulering.

7. Gi mor og barn mulighet til å ha nærkontakt hele døgnet.

Dersom driften gjør det helt nødvendig å stenge avdelingen for foreldrene, bør det gjøres i korte perioder og ikke mer enn 2 timer per døgn. Oppmuntre til permisjon for barnet, til barsel eller hjem så snart det er forsvarlig.

- Fri visittid for ammende mødre. Vi ringer til mødre på barsel slik at de kan komme og amme hvis mødrene ønsker det.
- Begrense visittiden for andre besøkende til klokken 17-18. Andre tider kan avtales.
- Informere foreldre om at det finnes minikjøkken og at det er mulig å ta seg en hvil på et foreldrerom.
- Legge til rette for overnatting på foreldrerom der hvor mødrene ønsker det.
- Legge opp til fleksible matetider som passer godt inn i morens hverdag.
- Barnet får permisjon til barsel så snart det er medisinsk stabilt.

8. Oppmuntre til tidlig kontakt mellom barnets munn og morens bryst-lukte og slikke. Oppmuntre til tidligst mulig amming så snart barnets tilstand tillater det, uansett gestasjonsalder og vekt. Gradvis overgang fra mating med bestemte tids-intervall til selvregulering.

Det kan vanligvis godtas kortvarig vektstagnasjon hos barnet ved overgang fra sondeernæring til fullamming. Ammehjulet kan brukes som et hjelpemiddel til systematisk progresjon.

- Bruk av tidlig hud-mot-hud kontakt og «Ammehjulet».
- Stimulere barnets sultfølelse hvis blodsukker /væskebalanse er stabilt og barnet har fin vektkurve :
 - Ved å ikke fylle opp med sonde eller flaske (la barna «reste») etter amming, når mor er til stede neste måltid, eller når barnet vurderes som fornøyd uten å få påfyll.
 - Gi barnet et litt mindre måltid gangen før moren kommer for å amme.
 - Fullbårne barn som ikke får intravenøst eller har hypoglykemi/risiko for hypoglykemi, trenger ikke å følge væskeskjema og kan regulere seg selv.
 - «Trøtte barn» får måltid minimum x 6 men med frie ammetider når moren er her.
- Redusere evt. seponere Presemp (ved GA 35-36, vekt 1800-2000 gram).
- Vi godtar vektstagnasjon, lett vekt nedgang i fasen hvor barnet går over til kun amming. Mødrene blir godt informerte om hensikten med dette og at dette ikke er noen risiko for barnet.
- Det skrives pleie-plan om amming i samarbeid med mor.
- Barn nettoveies hver dag i steden for veing før og etter hvert måltid. Veing før og etter hvert måltid kun for å få bekreftet hvilken mengde barnet tar. Aktuelt i starten av etablering av ammingen. Mødrene oppmuntres til å stole mer på barnets sugeteknikk og effektivitet ved brystet.
- Pleieren er til stede og hjelper mor og barn til rette med ammestilling og sjekker at barnet har en bra sugeteknikk. Vi tilbyr alltid mødrene hjelp.

9. Unngå bruk av flaske til barnet har etablert en effektiv og god sugeteknikk ved brystet. Barnet bør stimuleres til å suge/ha kontakt med mors bryst under sondeernæring.

Dersom barnet kan ernære seg direkte fra brystet ved de fleste av døgnetts måltider, har det som regel en tilfredstillende sugeteknikk. Det er holdepunkter for at bruk av smokk kan gi sugeforvirring, barnet suger med «truttmunn» til forskjell fra ved diing da munnen må være vidåpen for å suge effektivt. Smokken kan også gi en hyperstimulering av ganen, som kan svekke barnets interesse for brystet. Det er foreløpig usikkert hvorvidt ulempene ved bruk av narresmokk er større enn fordelene. Det er kjent at barnets fordøyelse fungerer bedre når det får suge under sondeernæring. Når det er mulig bør barnet suge på/ha kontakt med mors bryst under sondeernæring. Eventuelt tillegg til brysternærte barn bør gis med kopp, skje, eller sprøyte. Unngå unødig bruk av brystskjold.

Disse anbefalingene er generelle, tiltak må ta utgangspunkt i barnets individuelle behov. På en neonatalavdeling vil det alltid finnes barn som av en eller annen grunn ikke kan die, eller p.g.a. et langt sykehusopphold må ha flaske for å trives, eller en narresmokk til trøst.

- Barnet introduseres tidlig for brystet (dvs. før GA 30 hvis barnet har helse til det) og til å innta melk gjennom munnen f.eks. med kopp, skje eller sprøyte. Gi litt melk i munnen ved sondeernæring.
- Kopp, skje og sprøyte (uten spiss) brukes som alternativ til flaske. Bruk av flaske med smokk skal være veloverveid og godt dokumentert.
- Prematurt fødte barn bør kunne ta 2-3 måltid fra brystet før flasken introduseres.
- Fullbårne barn bør også ha sin første vellykkede sugeopplevelser ved brystet. Bruk alternativene først.
- Barn som ikke roer seg og/eller oppviser stor mistriivsel når sugebehovet ikke blir tilfredsstillt, vegrer seg mot sondeernæring eller når koppmating ikke fungerer, kan få flaske.
- Barn skal oppmuntres til å suge under sondeernæring. Hvis mor er tilgjengelig, på mors bryst, på egen hånd, moren/pleierens hånd eller på narresmokk.
- Narresmokk deles ikke ut rutinemessig, men barn som trenger narresmokk for å trives og roe seg skal få.
- Der hvor barnet ikke klarer å etablere en god suge/ernæringsteknikk, må spesielle tiltak tas i bruk. Bruk av brystskjold og «smokk» på brystet skal være vel begrunnet og alle andre tiltak får å forbedre barnets evne til å få et godt melketak skal være prøvd først f.eks. alternative ammestillinger og håndmelking/pumping før barnet blir lagt til. Hvis barnet er umodent og litet og har flere ukers sykehusopphold foran seg er det ingen grunn til å begynne med smokk/skjold.

10. Gi informasjon til helsestasjonen i god tid før utreise. Informere foreldre om Ammehjelpen og andre foreldreorganisasjoner som kan være aktuelle.

Foreldrene bør få en gradvis overgang fra sykehuset til omsorg i hjemmet. Avdelingen bør tilby hjemmepermisjoner, eventuelt overnatting på sykehuset før hjemreise. Avdelingen er åpen for spørsmål etter hjemreise. Helsesøster bør være godt informert om barnets ernærings situasjon og om tiltak som er avtalt med foreldrene.

- Barnet får dagpermisjon til hjemmet og deretter nattpermisjon i det tempo som foreldrene ønsker.
- Mor må få informasjon om at brystene bør stimuleres minimum 6 ganger i døgnet når barnet er hjemme for å opprettholde melkeproduksjon. Barn med dårlig vekttoppgang bør vekkes

hvis de ikke våkner selv etter 4 timer på dagtid. Gi barna noen dager på seg for å regulere seg selv, det kan være nødvendig hvis barnet sover mye i starten at mor bruker pumpe i tillegg til barnets stimulering.

- Foreldre får informasjon om hjempermisjoner minimum en uke før det er aktuelt.

- Vi har plakater oppslått om Foreldreforeningen for premature barn og Ammehjelpen.

Foreldrene kan forsyne seg med informasjonsfoldere. Vi er behjelpelig med å gi informasjon om andre foreldreforeninger.

- Helsesøster underettes skriftlig ved utskrivelse. Ved spesielle problem tas det muntlig kontakt. Ved bruk av brystskjold ved hjemreise (eller «smokk på brystet» bør helsesøster kontaktes muntlig da det er risiko for minkende melkemengde og dårlig vekttoppgang, det bør også være muntlig kontakt hvis ammingen ikke er kommet godt igang ved utskrivelse.

April 1996

Ammegruppen ved:

barnepleiere Anne-Grethe Negaard, Randi Aae, Vigdis Apold og Nina Moldskred
int.spl. Anna-Pia Häggkvist, barnesykepleier Mariann Moen Ekmark, spl. Ann Sæther.

Avd.spl.
Ingrid Ravn

Avd. Overlege
Rolf Lindemann

Vedlegg VIII

AMMEOBSERVASJONSARK

Mors navn: _____ Dato: _____
Barnets navn: _____ Barnets alder: _____

(Beskrivelser i parentes gjelder kun nyfødte, ikke eldre babyer)

Tegn på ammingen går bra

BARNETS STILLING

- Mor er avslappet og sitter behagelig
- Barnets kropp er tett intil, ansiktet mot brystet
- Barnets hode og kropp får god støtte
- Barnets hake er i kontakt med brystet
- (Barnets «bleiebak» får støtte)

Tegn på mulige problemer

- Spente skuldrer, luter seg over babyen
- Barnet kropp har avstand til moren
- Barnet bøyer hodet for mye framover
- Barnets hake er ikke i kontakt med brystet
- Det er bare skuldrer og hode som får støtte

RESPONS

- Barnet leter etter brystet ved sult
- (Barnet søker brystet)
- Barnet utforsker brystknoppen med tungen
- Barnet er rolig og våkent ved brystet
- Barnet holder et godt sugetak
- Tegn på fungerende utdrivningsrefleks, melk lekker, stikkende følelse

- Ingen reaksjon ved brystet
- Ingen søkereflex observert
- Barnet er ikke intressert i brystet
- Barnet er urolig og gråter
- Barnet slipper taket
- Ingen tegn på fungerende utdrivningsrefleks

FØLELSEMESSIGE BÅND

- Holder barnet tryggt og sikkert
- Mor har god øyekontakt med barnet
- Mor tar mye på barnet

- Nervøst og/eller slapt grep på barnet
- Ingen mor/barn øyekontakt
- Mor tar lite på barnet eller
- rister og pirker på barnet

ANATOMI

- Brystet er mykt etter amming
- Brystknoppen står ut
- Huden er hel
- Brystet ser fyldig ut under amming

- Brystet har melkespreng
- Brystknoppen er flat og/eller innadvendt
- Sår eller rød hud
- Strekk eller drag i brystet under amming

SUGETEKNIKK

- Munnen er vidåpen
- Underleppen er brettet ut
- Tungen er koppformet rundt brystet
- Runde kinn
- Barnets munn dekker mer av aerola på oversiden
- Langsomme, dype sug med pauser
- Mulig å se og høre at barnet svelger

- Barnet har trutmunn
- Underleppen er innover
- Barnets tunge ikke synlig
- Innsugde og/eller spente kinner
- Merparten av aerola under barnets munn
- Kun korte raske sug
- Kan høre smasking og mye lyder

TID VED BRYSTET

- Barnet slipper brystet selv
Barnet diet i _____ minutter

- Mor tar barnet av brystet

Anmerkninger:

Retningslinjer for koppmating

Koppmating skal aldri erstatte amming uten en svært god grunn!

Hvordan skal man koppmate:

Metoden er lik for alle barn.

- 1) Barn som vifter med hendene kan pakkes inn i et teppe, slik at de ikke velter koppen.
- 2) Barnet skal ha god støtte i nakken og sitte i nesten oppreist stilling.
- 3) Koppen bør være minst halvfull med melk.
- 4) Koppen tipper slik at melken kommer i kontakt med barnets lepper. Melken skal ikke helles i barnet.
- 5) Før kanten på koppen i retning mot overleppen og den øvre gommen til barnet. Koppen skal ikke trykke ned barnets underleppe og barnets tunge skal komme i kontakt med melken.

6) La koppen være i samme posisjon under hele måltidet. Ta ikke vekk koppen når barnet tar pause. Det er viktig at barnet får spise i sitt eget tempo.

Rengjøring av koppen (ved sykehusbruk):

- Vask med oppvaskmiddel i varmt vann.
- Kokes i 10 minutter.

Hovedgrunner for bruk av kopp:

- Et godt alternativ for ernæring når mor ikke er tilgjengelig for å amme.
- Å unngå smokk/bryst-forvirring som er en risiko ved tidlig introduksjon av flaskesmokk.
- Å redusere behovet for sondemating.
- Å gi barnet positive opplevelser gjennom munnen.

Hvilke barn har fordeler ved bruk av koppmating?

1) Det premature barnet.

Kopp kan brukes helt trygt fra barnet har passert 30 ukers gestasjonsalder. Introduksjon og bruk av kopp er aktuelt når barnet er:

- våkent og utålmodig til mattider
- viser tegn til å suge
- ikke roer seg under sondemating
- ikke tar hele måltidet fra brystet og trenger å få i seg hele den tiltenkte mengden

2) Det fullbårne barnet.

Koppmating er ideelt til fullbårne brystbarn når mor ikke er tilgjengelig for amming, eller når barnet har bruk for ekstra væske som f.eks. ved hypoglykemi, stort væsketap og ved peroral medisinerings.

3) Barn med leppe-gane spalte.

Koppmating kan brukes hvis det er mulig at barnet etterhvert kan ammes. Metoden brukes under etablering av amming.

4) Barn som ikke kan suge.

Koppmating er et spesielt godt alternativ til de barn som hverken kan suge av flaske eller die. Det kan være et alternativ til langvarig sonde-ernæring. I stedet for å suge, lepper barnet i seg melken fra koppen. Dette er en teknikk som mange barn med neurologiske problem også kan beherske. I tillegg til å stimulere tungens bevegelser og munnens muskler, gir koppmating også en positiv oral opplevelse, og forsterker kontakten mellom mor og barn.

Hvor mye skal barnet ha ved koppmating?

Dette er avhengig av mange faktorer:

- 1) I begynnelsen tar det premature barnet kanskje bare 5-10 ml. fra koppen.
- 2) Barn tar forskjellige mengder fra et måltid til et annet. Hvorvidt mengden er tilstrekkelig må avgjøres i hvert enkelt tilfelle, med utgangspunkt i hvert enkelt barns tilstand og behov.
- 3) I tilfeller hvor barn trenger mer væske etter brystmåltid, eller ikke er fornøyd, bør barnet selv få regulere den mengden det ønsker å ta fra koppen, hvis ikke barnet står på væskerestriksjon eller av andre grunner må ha en tilmålt mengde.
- 4) Om barnet er utålmodig og skriker ved brystet kan man gi et lite koppmåltid før ammingen

Ref. Häggkvist Anna-Pia. Koppmating. Jordmorbladet, 1995, Nr.5, 5-7. Oversatt og bearbeidet fra: Lang, Sandra. Cup-feeding - An alternative method. Midwives Chronicle & Nursing Notes, 1994, May, 171-176

Vedlegg X

Litteratur, videoer og adresser

Forslag til et ammebibliotek på avdelingen:

Bøker og tidsskrifter:

Vellykket amming, Royal College of Midwives, 1992, Sandviks Bokforlag a.s. ISBN 82-7106-229-8.

Boken om amming, Elisabeth Helsing, 1995, Gyldendal, ISBN 82-05-22652-0.

Statens ernæringsråds anbefalinger for spebarnsrenæring, 1993

Spebarn og småbarns ernæring, Statens helsetilsyns veiledningsserie, Nr.1, 1995

Ammenytting, Ammehjelpens sekretariat, 2423 Østby, Tel.62455251

Videoer:

Bryst er best - om morsmelk, amming og tidlig kontakt med spebarnet, 1994, 36 min., MBVI/Statens Helsetilsyn, (norsk, engelsk, latvisk, urdu, tyrkisk, russisk, bosnisk). Bestilles fra HELSE - INFO, Video Vital A/S, Postboks 5058 Majorstua, 0301 Oslo, tlf. 22554588, fax: 22561991. Kan også bestilles på andre språk, se vedlegg XII.

Fra adskillelse til nærkontakt, Foreldres opplevelser ved nærkontakt. Bestilles fra Rikshospitalet, Barneklubben, Kari Gloppstad (produsent), tlf. 22867010

Utdanningsmaterieell fra Mor-barn vennlig initiativ:

Studieopplegg til boken «**Vellykket amming**» (med tilhørende utdanningsbevis)

Studieopplegg til videon «**Bryst er best**» (med tilhørende utdanningsbevis)

Ammeperm med praktisk problemløsning «**Ammeveiledning på helsestasjon**»

Forslag til bøker som kan kjøpes inn til det medisinske biblioteket:

Breastfeeding and Human Lactation, Jan Riordan og Kathleen Aurbach, 1993, Jones and Bartlett Publishers. ISBN 0-86720-343-9. Studiebok, ISBN 0-8672-632-2.

Breastfeeding - A guide for the medical profession, Ruth A. Lawrence, 1994, The C.V. Mosby Company. ISBN 0-8016-6858-1.

Ammeboken - slik blir ammingen vellykket, Sheila Kitzinger, 1989, Ex Libris Forlag as, 160 sider. ISBN 82-7384-377-7.

Bestfeeding: Getting Breastfeeding Right for You, Mary Renfrew, Chloe Fisher og Suzanne Arms, 1990, Celestial Arts. ISBN 0-89087-571-5

The Breastfeeding Answer Book, Nancy Mohrbacher og Julie Stock, La leche League International 1997. ISBN 0-912500-48-4

Breastfeeding Special Care Babies, Sandra Lang, 1996, Balliere Tindall. ISBN 0-7020-2020-6

Adresser til ammeorganisasjoner i Norge:

Ammehjelpens sekretariat, Berit Marie Øyehaug, 2423 Østby
Tel.6245 5251, Fax: 6245 5105

Ammefagrådet, leder dr. med. Gro Nylande, Kvinneklinikken, Rikshospitalet, 0027 Oslo
Tel. 2286 9201 Fax 2286 9235

BRYST ER BEST PÅ FLERE SPRÅK OGSÅ TIL INNVANDRERKVINNER

Ammevideoen "Bryst er best" fra MBVI/Helsetilsynet er blitt svært godt mottatt. Den finnes idag på de fleste føde/barsel/neonatalavdelinger og helsestasjoner og brukes både til praktisk oppdatering av personalet (med tilhørende studieopplegg), svangerskapskurs eller mødreundervisning flere ganger pr. uke. Disse kassetene trenger iblant fornyelse.

Videoen fortsetter å høste glimrende anmeldelser også internasjonalt, og er prisbelønnet. Den er inntil nå oversatt til 21 språk, en del av disse er spesielt beregnet på innvandrerkvinner. Det kan være vanskelig å kommunisere om amming nettop med fremmedspråklige kvinner, og de vil ha særlig stor nytte av selv å se/vise slektninger "Bryst er best" med kommentarer på sitt eget språk. Anemi er f.eks. langt vanligere blant innvandrerbarn, og **fullamming er den beste forsikringen mot anemi det første halve året.**

**Gunstig pakketilbud for "Bryst er best" på flere språk
5 videokassetter til kr. 975. Ved bestilling av flere enn 5 kassetter kr. 195 pr. stk.**

I tillegg til norsk har Video Vital fullverdige versjoner på engelsk og russisk, med omslagsinformasjon, titler, underteksting og forskjellige stemmer. Desuten finnes utgaver med en fortløpende kommentar som dekker alt på en rekke språk, se under.

Kopier arket, klipp ut og send inn: -----
Det bestilles i alt ____ kopier av videoen "Bryst er best" til pakkepris kr. 195 pr. kassett pluss porto ved bestilling av 5 eller flere (normalpris kr. 245 pr. stk.) Sum kr. ____

Språk	Antall	Bestillingen sendes til:
Norsk	_____	Video Vital AS Postboks 5058 Majorstua 0301 Oslo
Engelsk	_____	
Albansk	_____	
Bosnisk	_____	
Estisk	_____	
Latvisk	_____	
Litauisk	_____	
Polsk	_____	
Romensk	_____	
Russisk	_____	
Somalisk	_____	
Tamil	_____	
Thai	_____	
Tyrkisk	_____	
Urdu (Pakistan)	_____	
Vietnamesisk	_____	

Institusjonens navn og adresse: _____

Bestillingen kan også ringes inn på telefon **22 55 45 88** eller faxes på telefax **22 56 19 91**

Vedlegg XII

"Bryst er best" kan skaffes direkte fra utlandet på følgende språk:

Catalansk: ACPAM c/ Pere Serafi 41, baixos, 080 12 Barcelona, Spania,
Tel. 93-217 05 22 Tittel: "EL PIT NO TE HORARI"

Dansk: Gyldendal video, Lindgrens alle 12C, 2300 København, Danmark
Tel. 33 93 66 22 Tittel: "AMMINGENS ABC"

Fransk: La Societe Creacom Audiovisuel / Medialactee, 7 Place de Marechal
Foch, F-80480 Dury Les Amiens, Frankrike, tel +33 22895684 fax +33
22452016 Tittel: "BREAST IS BEST"

Finsk: OY SUOMEN KUNNALLISPAL VELU, Finlands kommunaltjänst AB,
Bulevardi 9 A 3, 00120 Helsinki, Finland
Tel 90 612 1055 Fax 90 612 1050

Islandsk: Heilsugaeslan i Reykavik - Bokasafn, Baronsstigur 47, IS-101 Reykavik,
Iceland. Tel. 354 5522400 Fax. 354 5622415

Nederlandsk: Stichting Zorg voor Borstvoeding, Postbus 2047, 2930 AA Krimpen
aan de Lek, Nederland, tel/fax 0180 - 52 06 33
Tittel: "BORSTVOEDING, DIE BESTE START"

Tysk: PROFAMILIA Vertriebsgesellschaft mbH & Co KG, Niddastrasse 76,
60329 Frankfurt/Main, Tyskland Tel. 069 - 25 19 30, Fax: 069 23 72 27
Tittel: "NATÜRLICH STILLEN!"

Ungarsk: Hungarian Association for Breastfeeding, 1027 Budapest, Csalogany
u.21, Ungarn. Tittel "A SZOPTATAS"

Spansk: ACPAM c/ Pere Serafi 41, baixos, 080 12 Barcelona, Spania,
Tel. 93-217 05 22 Tittel: "EL PECHO NO TIENE HORARIO"

Svensk: Förlagshuset Gothia, Box 15169, 104 65 Stockholm, Sverige
Tel. 08-462 26 70, Fax 08-462 03 22 Tittel: "BRÖST ÄR BÄST"

Følgende språkversjoner er produsert i Norge og kan skaffes her:

Engelsk, albansk, bosnisk, estisk, latvisk, litauisk, norsk, polsk, romensk, russisk, somalisk, tamil (Sri Lanka), thai, tyrkisk, urdu (Pakistan), vietnamesisk. Alle disse er tilgjengelige direkte fra Video Vital, PO BOX 5058 Majorstua, 0301 Oslo. Tel 47 22 55 45 88, Fax 47 22 56 19 91.
Inntekter fra rike land brukes til å lage språkversjoner til fattige land.

Amming av barn med spesielle behov er en utfordring for mor, far, barn og helsepersonell. Helsepersonell som arbeider med dette har stort behov for kunnskap om amming, og særlig behov for innsikt og kompetanse i løsninger på spesielle problemstillinger. Denne veiledningen tar opp problemstillinger, fakta og forslag til tiltak når det gjelder bl.a. amming av barn som er født prematurt, barn med hjertefeil, leppe/gane-spalte, respirasjonsproblemer, Down's syndrom og barn som er sugesvake av andre grunner. I tillegg omhandler den fakta om morsmelk, grunnleggende amme-fysiologi, løsninger på generelle ammeproblemer og Mor-barn vennlig initiativs satsing på amming for denne spesielle gruppen. Mødre med forskjellig erfaring gir oss også sin opplevelse fra amming av barn med en annerledes start på livet.

Denne veiledningen er et hjelpemiddel i hverdagen for helsepersonell som arbeider med ammende mødre til barn med spesielle behov. Den primære målgruppen er helsepersonell på barne-, føde-, barselavdelinger og helsestasjoner. Veiledningen er praktisk rettet, men tar også opp medisinske problemstillinger rundt amming og morsmelk. Den vil også være til nytte for leger og er vel egnet i studietiden for de ovenfor nevnte grupper av helsepersonell.

Veiledningen er finansiert av Statens Helsetilsyn.

Veiledningen kan bestilles fra:
Statens Helsetilsyn

Ammehjelpen
2423 Østby
Tlf.: 62 45 52 51
Telefaks: 62 45 51 05

