



HÖGSKOLAN
DALARNA

Akademi hälsa och samhälle
Examensarbete Astma. Allergi och KOL hos barn och vuxna
Grundnivå, 15 högskolepoäng
VÅ 3014, 2009

Tillmatning av nyfödda barn på BB i Sverige – Följs föreskrifter och rekommendationer – En enkätstudie

Författare Ewa Andersson

Handledare

Siv Kangasniemi

Eva Österlund Efraimsson

Charlotte Hillervik

Examinator Anna Ehrenberg



HÖGSKOLAN
DALARNA

EXAMENSARBETE

Högskolan Dalarna
Examensarbete
Nr 2009:



HÖGSKOLAN
DALARNA

Department of Health and Social Sciences
Asthma, Allergy and COPD in children and adults
Basic level, 15 ECTS – credits
VÅ 3014, 2009

Feeding Newborns in
Maternity Wards in
Sweden
- Are regulations and
recommendations
followed?
- A Questionnaire

Author Ewa Andersson

*Supervisor
Siv Kangasniemi
Eva Österlund Efraimsson
Charlotte Hillervik*

Examinator Anna Ehrenberg



HÖGSKOLAN
DALARNA

EXAMENSARBETE

Högskolan Dalarna
Examensarbete
Nr 2009:



HÖGSKOLAN
DALARNA

Högskolan Dalarna

91 88 Falun

Tel 023-77 80 00

Rapport 200x:nr

ISBN

ISSN

Syftet var att beskriva omvårdnaden kring nyfödda barns tillmatning på svenska BB-avdelningar, om föreskrifter följdes och om hänsyn togs till eventuell allergihereditet.

Metod: Deskriptiv tvärsnittsstudie med kvantitativ ansats

Resultat: Av alla nyfödda barn vid 26 barnkliniker i Sverige vecka 26 år 2009 (n=849) tillmatades 18 % . Moderns bröstmjolk gavs till 16% medan 78 % tillmatades med komjölkbaserad modersmjölksersättning. Den vanligaste orsaken till tillmatning av ersättning var att mammans egen mjölkproduktion inte hade kommit igång (24 %). Andra vanligt förekommande anledningar till tillmatning var lågt blodsocker (18 %) samt sugproblem hos barnen (16 %). Sexton barn tillmatades trots ett blodsockervärde motsvarande >2.2mmol/l. Vad gäller allergiförekomst tillfrågades endast 37 % av barnens föräldrar före tillmatning. Dokumentation om tillmatning fanns noterat i 80 % av barnens journaler. Motsvarande siffra för mammornas journaler var 34 %.

Konklusion: Bristfälliga omvårdnadsåtgärder vidtas i samband med tillmatning av nyfödda spädbarn på BB-avdelningar, där allergifrågor ställs i för låg utsträckning. BB-kliniker har varierande referensvärde för vad som räknas som lågt blodsocker. Omvårdnadsbehov för nyfödda barn och deras föräldrar, där förmedlad kunskap om amningens betydelse, tas inte på allvar och oklara riktlinjer skapar förvirring. Föreskrifter och riktlinjer bör följas i större utsträckning än vad denna studie visar.

Nyckelord: *Allergi, amning, förebyggande och tillmatning*

Keywords: *Allergy, breastfeeding, prevention and supplementary feeding*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	6
Naturlig uppfödning	6
Amning i Sverige	6
Föreskrifter om amning och modersmjölksersättning	7
Omvårdnad vid amning	8
Amningsstöd	8
Amning och allergisjukdom	9
Kriterier för tillmatning	9
Problemformulering	10
Syfte	10
Frågeställningar	10
METOD	11
Design	11
Population och urval	11
Definition av centrala begrepp	11
Bakgrundsvariabler	12
Datainsamlingsmetod	13
Mätinstrument	13
Tillvägagångssätt	13
Statistisk bearbetning	14
Etiska aspekter	14
RESULTAT	15
Personalkategori som ordinerade tillmatning	15
Huvudorsak till tillmatning	16
Blodsockernivåer hos tillmatade barn	18
Vad barnen huvudsakligen tillmatats med	19
Vem som tillmatade barnen	20
Tillmatningsmetod	21
Fråga om eventuell förekomst av allergi hos föräldrar eller syskon	22
Hur frågor om allergi ställdes	23
Hur tillmatningen dokumenterades	24

DISKUSSION	25
Sammanfattning av huvudresultaten	25
Resultatdiskussion	25
Metoddiskussion	28
Bortfall	30
Klinisk tillämpbarhet	31
Förslag till vidare forskning	31
Slutsats	32
REFERENSER	33
Bilaga 1. Informationsbrev verksamhetschefer	
Bilaga 2. Informationsbrev avdelningsansvarig barnmorska	
Bilaga 3. Informationsbrev barnmorskor och övrig personal	
Bilaga 4. Informationsbrev föräldrar	
Bilaga 5. Enkät	
Bilaga 6. Tio steg till en lyckad amning	
Bilaga 7. Redovisning av klinikers PM/riktlinjer	
Bilaga 8. Redovisning statistisk bearbetning	

INTRODUKTION

Naturlig uppfödning

För alla däggdjur har di från modern alltid varit något helt naturligt, så också för ett nyfött människobarn (1). Bröstmjölken är anpassad för spädbarnet och innehåller alla nödvändiga näringsämnen. Som föda är bröstmjolk fullt tillräckligt under barnets första sex månader. Att tidigt efter födseln lägga barnet hud mot hud till modern, stimulerar barnets naturliga beteende och är positivt för tidig anknytning (2-3).

World Health Organization, (WHO) och The United Nations Children's Fund (UNICEF), har påtalat att amning är viktig för hälsa och välbefinnande såväl hos mor som hos barn. Modern löper mindre risk att drabbas av typ 2 diabetes, äggstockscancer och bröstcancer. Ju längre amning pågår desto starkare hälsovinster för modern (3-4).

Vad gäller barnet har studier visat att barns mage och tarm påverkas gynnsamt av tidig amning då första mjölken, råmjölken innehåller mer av, till exempel protein och antikroppar, än mogen bröstmjolk gör (4-5). Råmjölken förebygger fysiologisk gulsot. Just bröstmjölakens unika sammansättning ”klär in” tarmens slemhinna vid kontakt med exempelvis främmande virus, mikroorganismer och föda, där immunglobulin A är viktigaste skyddet för barnets slemhinnor i mag-tarmkanalen och luftvägarna, organ som ofta är utsatta för infektioner (4-5). Ammade barn drabbas mindre ofta och lindrigare av infektioner i dessa slemhinnor, jämfört med barn som fått modersmjölksersättning. Gynnsam effekt kan finnas kvar långt efter att amningen har upphört och innebär exempelvis att barnet kan få färre luftvägs- och öroninflammationer under småbarnsåren, lägre förekomst av allergier, celiaki (glutenintolerans) och urinvägsinfektioner. Förekomsten av plötslig spädbarnsdöd har också visat sig vara lägre bland ammande barn jämfört med barn som fått modersmjölksersättning (3-4, 6)

Amning i Sverige

Barnhälsovården med primärvårdens barnavårdscentraler (BVC), ger amningsstatistik årligen till barnhälsovårdsenheter i respektive landsting och därifrån vidare till Socialstyrelsen. Amningsrapporterna utgör underlag för svensk amningsstatistik sedan 1986 (7). Barnets uppfödning registreras av BVC-sjuksköterska, från det barnet kommer hem efter BB-tiden och fram till ett års ålder. I ett internationellt perspektiv har Sverige hög amningsfrekvens. År

2006 var 88 % av alla nyfödda enbart ammande vid en veckas ålder. En av fem svenska barn amrades helt under sex månader efter födseln och 17 % amrades helt eller delvis vid ett års ålder (6).

Föreskrifter om amning och modersmjölksersättning

WHO, rekommenderar i den internationella barnmatskoden att barn bör ges enbart bröstmjolk upp till sex månaders ålder och därefter introduceras till annan mat som smakportioner av potatis, rotfrukter och gröt (8). Gluten kan introduceras i små mängder under amningsskydd, från fyra månaders ålder. Barn bör fortsätta att ammas, gärna upp till två års ålder och samtidigt få lämpliga livsmedel (3, 5)

Socialstyrelsens föreskrift om information som avser uppfödning genom amning eller med modersmjölksersättning, gäller från 1 januari, 2009, När modersmjölksersättning bör ges finns beskrivet i 3 § (9):

”Modersmjölksersättningar får endast ges till ett spädbarn efter det att det gjorts en bedömning att ett sådant behov föreligger. Bedömningen ska antecknas i spädbarnets patientjournal samt i moderns patientjournal, i förekommande fall”.

Livsmedelsverket har tillsammans med Expertgruppen i Pediatrik Nutrition och i samråd med Socialstyrelsen och Socialdepartementet, gjort följande ställningstagande:

”Den första tiden är bröstmjölken barnets bästa näring. De flesta barn klarar sig utmärkt på enbart bröstmjolk de första 6 månaderna av sitt liv. Från ungefär 6 månaders ålder bör amningen av näringsmässiga skäl kompletteras med annan föda men det är fördelaktigt om bröstmjölken utgör en del av kosten under hela levnadsåret eller längre” (10 sid. 2).

Redan 1994 lanserade The United Nations Children's Fund, UNICEF/WHO:s ”Tio steg för en lyckad amning” (bilaga 6). Detta var en global kampanj som omfattade även Sverige. De tio stegen utgör kriterier för hur en amningsvänlig vård ska bedrivas, där bland annat exklusiv och frekvent amning (enbart bröstmjolk) förespråkas. Även samvård av mor och barn och att inte ge modersmjölksersättning utan medicinsk indikation rekommenderas. Att undvika napp under den tidiga amningen utgör också ett av kriterierna (3-4).

Omvårdnad vid amning

Hur det nyfödda barnet ska födas upp är ett viktigt beslut att ta, för både kvinnan och mannen. Föräldrar med en positiv inställning till amning, har visat sig ha mer kunskap om amningens fördelar. En stödjande barnafader är oftast viktig för hur kvinnan kommer att lyckas med amningen (11). Vårdpersonals attityd kan påverka en ammande moder och positiva ord och bekräftelse på allt som är bra, kan stärka modern (12). Svårigheter att förstå information som ges kan ibland förklaras av moderns etniska eller kulturella bakgrund. Även utbildning kan påverka en nybliven moders inställning till amning. Amningstidens längd skiljer sig mellan hög- och lågutbildade mödrar (13). Allergisk hereditet kan påverka val som föräldrar gör, eller att barnet har flera syskon, då många småbarn i hemmet kan försvåra en lugn amningssituation (11-12).

Omvårdnadsbehovet bedöms av vårdpersonalen. Amningens skyddande egenskaper, gällande allergiutveckling hos späda barn, är viktig kunskap att förmedla till föräldrarna. Oklarheter i riktlinjer och gällande praxis, rörande allergiförebyggande åtgärder, kan påverka och förvirra både föräldrar och vårdpersonal. Vårdpersonal kan ha svårigheter att bemöta föräldrarna med sakliga råd, om barnet har ökad risk för allergiutveckling. Viktigt är att kartlägga fördelar med amning, där amningsstöd till modern är en del i vårdpersonalens arbetsområde (14-15).

Tillmatning kan ibland bli nödvändig. Handmjölkning, eller tömning av bröstet med en bröstpump, kan behövas. Om kvinnan kan och vill pumpa ur, bör alltid den egna bröstmjölken ges i första hand som tillmatning till barnet. Både sug- och dinappar bör undvikas och modersmjölk eller modersmjölksersättning bör ges till barnet med kopp eller sked (3-4, 6).

Amningsstöd

En studie från år 2002 har visat hur svårt det kan vara att ge amningsrådgivning och amningsstöd. Kvinnorna upplevde obehagliga känslor när personalen handgripligt berörde deras bröst, i samband med amning (16). Vårdpersonal behöver tillgång till litteratur och möjlighet att själva kunna fråga om amning och hur ett bra stöd bör ges. Amningskunniga barnmorskor och läkare, i nätverksgrupper, har arbetat för att öka kunskap om amningsstöd, med råd och riktlinjer för barnmorskor, barnsköterskor och sjuksköterskor. Exempel på en nätverksgrupp är Amningscentrum som startade år 2000. Det har sitt säte på Karolinska Universitetssjukhuset i Solna och är ett resurscentrum för personal där utbildningsverksamhet

bedrivs. Ett annat forum är Amningshjälpen (3). ”Målgruppen är *blivande och nyblivna föräldrar samt vårdpersonal som planerar sjukvård eller arbetar med amningsfrågor i praktiken*” (4).

Amning och allergisjukdom

Allergier har ökat drastiskt under senaste trettio åren. År 2009 var 40 % av alla barn och ungdomar överkänsliga. Orsaken till ökningen är inte helt fastställd men orsaker som miljöfaktorer, exponering för allergen (allergiframkallande ämnen), olämpliga levnadsvanor samt luftföroreningar har nämnts. Även den så kallade hygienhypotesen, enligt vilken immunsystemet tidigt i livet blivit understimulerat och utvecklat allergi mot icke relevanta ämnen, i stället för motstånd mot mikroorganismer har angetts som möjlig orsak (17-19). Enbart amning under första levnadsmånaderna kan enligt Svenska barnläkarföreningen minska risken för allergisjukdom (15). Denna primära prevention med enbart amning rekommenderas också enligt en svensk studie, Barn Allergi Miljö Stockholm Epidemiologi (den s.k. BAMSE-studien), för barn med allergiärlighet (3-4, 6, 20-21). Barn i familjer där minst två familjemedlemmar har allergi eller en av föräldrarna eller syskon har omfattande och behandlingskrävande allergisk sjukdom, räknas som riskbarn. Allergianamnes på blivande föräldrar är således viktig för barnet. Att tidigt utsätta nyfödda för främmande protein kan eventuellt öka risken för utveckling av komjölksproteinallergi och atopiska sjukdomar. Olämplig föda och olämpliga uppfödningmetoder, som utebliven amning eller oriktig användning av modersmjölksersättning, kan vara hälsorisker enligt Socialstyrelsen (9). Då tillmatning är nödvändig, med något annat än moderns bröstmjolk, bör komjolkshydrolysat ges, vilket näringsmässigt har anpassats för mjölkallergiska barn (hydrolysat, produkt där mjölkproteinet är sönderdelat för att inte framkalla allergi). Risken att drabbas av eksemutveckling och för komjölksallergi är då reducerad (3-4, 15, 19-21)

Kriterier för tillmatning

BB-kliniker/avdelningar är enligt nationella föreskrifter skyldiga att ha riktlinjer för hur tillmatning av nyfödda bör ske (22-23). ”*Modersmjölksersättningar får endast ges till ett spädbarn efter det att det gjorts en bedömning att ett sådant behov föreligger. Bedömningen ska antecknas i spädbarnets patientjournal samt i moderns patientjournal, i förekommande fall*” (9). Tillmatning kan behövas av medicinska skäl, t.ex.

- Barn vars mammor hade diabetes
- Tillväxthämmande barn som inte växer normalt i livmodern

- För tidigt födda barn med låga, egna glykogenförråd i levern
- Barn till kvinnor vilka tidigare haft komplicerade förlossningar
- Om barnets vikt avviker + eller – 2 standardavvikelser från normalkurvan för födelsevikten. Normal viktning efter förlossningen för ett fullgånget barn är 5-7 % med lägsta vikten dag tre, men upp till 10 % viktning bedöms normalt. (3-4).
- Smittsam sjukdom hos modern kan överföras till barnet vid amning.
Exempelvis HIV, eller läkemedel som kan skada barnet, kan vara medicinska skäl till att modern inte bör amma (3, 5-6).

Problemformulering

Ett stort hälsoproblem är de senaste trettio årens allergiökning, där cirka 40 procent av alla barn och ungdomar har någon form av överkänslighet och allergisk sjukdom. WHO, Socialstyrelsen, Livsmedelsverket och Svenska barnläkarföreningen har rekommenderat enbart amning, under de första sex levnadsmånaderna, för att minska risken för utveckling av allergisjukdom (8-10, 15). Att tidigt utsätta nyfödda för främmande protein, har visat risk för utveckling av komjölksproteinallergi och atopiska sjukdomar. Man vet att när och hur, ett spädbarn möter antigen har betydelse för om allergier utvecklas eller ej. Hur utvecklat immunförsvaret är vid första mötet med antigen, förefaller ha betydelse (20). Eftersom viss forskning tyder på att allergi och tidig allergenpåverkan går hand i hand, är det av intresse att beskriva omvårdnaden kring nyfödda barns tillmatning, på svenska BB-avdelningar, om föreskrifter och rekommendationer följs och om hänsyn tas till eventuell allergihereditet.

Syfte

Syftet var att beskriva omvårdnaden kring nyfödda barns tillmatning, på svenska BB-avdelningar, om föreskrifter och rekommendationer följdes och om hänsyn togs till eventuell allergihereditet

Frågeställningar

Vilka omvårdnadsåtgärder vidtogs i samband med tillmatning av nyfödda spädbarn på BB-avdelningar?

Hur följdes föreskrifter och rekommendationer?

Vilken hänsyn togs till de nyfödda barnens eventuella allergihereditet?

METOD

Design

Studien var en deskriptiv tvärsnittsstudie med kvantitativ ansats.

Population och urval

Populationen bestod av nyfödda barn med följande inklusionskriterier: 0 till 7 dygn gamla, tillmatade med modersmjölk, modersmjölksersättning eller hydrolyserad modersmjölksersättning, tillhörande 26 BB-kliniker/avdelningar i Sverige. Av totalt 849 förlösta barn tillmatades 153 barn, vilka utgör urvalet. Svårt sjuka barn vilka överförts till specialistbarnklinik exkluderades.

Definition av centrala begrepp

- Tillmatning: Med tillmatning avses att barnet inte har ammat från moderns bröst utan tillmatats på annat sätt med modersmjölk, modersmjölksersättning eller hydrolyserad modersmjölksersättning
- Graviditetslängd: Normal graviditetslängd, fullgångna barn, är 40 veckor (gestagenveckor) plus eller minus 2 veckor.
- Tillväxt och viktnedgång: Fullgångna barn har egna energidepåer, framförallt i underhudsfettet, vilka ger barnen möjlighet att anpassa sig till livet utanför livmodern.. För underburna barn eftersträvas en tillväxt på 20-30 gram per kilo kroppsvikt och dygn, för att likna tillväxten i livmodern. Normal viktnedgång för fullgångna barn är 5-7 % med lägsta vikt runt dag tre. Fullgångna friska barn bör inte gå ner mer än 10 % de första dagarna efter födseln. Eventuella åtgärder kan bli aktuella om viktnedgången är större, exempelvis tillmatning (4).
- Apgar: Med apgarpoäng menas bedömning av nyfödda barns hjärtfrekvens, andning, hudfärg, muskeltonus och retbarhet. Poängberäkning 1, 5, 10 minuter efter barnets födelse, där 2 poäng/kriterium gav 10 maxpoäng, lägsta poäng för normal apgarpoäng var 7 (24).

- Lågt blodsockervärde: Definition av lågt blodsocker varierar mellan klinikerna. Vid sexton kliniker, vilka bifogat PM/riktlinjer för tillmatning, hade fyra kliniker oklara definitioner för blodsockervärde. Sju kliniker har 2,5 mmol/l som lågt blodsockervärde. Två kliniker anger 2,3 mmol/l, en klinik 2,2 mmol/l och tre kliniker har 2,1 mmol/l, som lågt blodsockervärde. Exempel på definitioner som angavs i PM/riktlinjer var: *Allmän information och amningsstöd* eller *enligt principiella riktlinjer*. Övriga klinikers referensvärden för lågt blodsocker redovisas i bilaga 7

Bakgrundsvariabler

I tabellerna 1-3 redovisas några bakgrundsvariabler såsom barnets ålder vid födseln (graviditetslängd), barnens födelsevikt samt apgarpoäng.

Tabell 1. Antal förlösta barn fördelade efter graviditetslängd (n=153)

Graviditetsvecka	35+1- 36+0	36+1- 37+0	37+1- 38+0	38+1- 39+0	39+1- 40+0	40+1- 41+0	41+1-42	42+1- 43+0	>43	Ej registrerat
n	2	18	9	23	34	29	27	6	1	2
%	1	12	6	15	22	19	18	4	0,6	1

Av de deltagande barnen var 74 % födda efter normal graviditetslängd (40 veckor minus eller plus, 2 veckor). Flertalet barn, 41 %, var födda mellan vecka 39 + 1 och 40 + 0. Två barn var födda före vecka 36+0 och sju barn efter vecka 42+1 (tabell 1).

Tabell 2. Antal barn fördelade efter födelsevikt i gram (n=153)

Vikt i g	< 2000	>2000-2500	>2500-3000	>3000-3500	>3500-4000	>4000-4500	>4500	Ej reg
n	1	9	23	47	31	32	8	2
%	0,6	6	15	31	20	21	5	6,3

Av barnen hade 51 % en födelsevikt mellan 3000 och 4000 gram. Femton % vägde mellan 2500 och 3000 gram och 21 % barn med födelsevikt över 4000 gram uppgick till 21 %. Åtta barn vägde över 4500 gram och tio barn vägde under 2500 gram (tabell 2).

Tabell 3. Antal barn fördelade efter apgarpoäng (n=153)

Apgar poäng efter:	1 min			5 min			10 min			
Poäng	7	8	9	10	8	9	10	8	9	10
n	1	1	37	114	2	26	125	7	13	133
%	0,6	0,6	24	75	1,3	1,7	82	4,6	8,5	87

Av barnen hade 74 % av barnen i studien full apgarpoäng, det vill säga 10 poäng efter en minut. Efter fem minuter hade 82 % full apgar och tio minuter efter födelsen, hade 87 % full apgarpoäng (tabell 3).

Av totalt 40 BB-kliniker tackade 30 initialt ja till ett deltagande medan 26 kliniker fullföljde studien. På respektive barnklinik deltog barnmorskor och övrig vårdpersonal samt föräldrar i datainsamlingen.

Datainsamlingsmetod

Mätinstrument

En standardiserad enkät, gjord av uppsatsförfattaren, konstruerades och operationaliserades utifrån studiens syfte och frågeställningar. Enkäter skickades därefter, tillsammans med informationsbrev, till BB-klinik/avdelningar där avdelningsansvarig barnmorska ombads informera övrig personal om studien. Enkäten, bestod av strukturerade frågor med fasta svarsalternativ. Respondenterna hade möjlighet att lämna egna svar om inte förslagna alternativ kunde användas eftersom vissa frågor medgav öppna svar. Första frågan gällde bakgrundsvariabler om barnet, omfattande nyfödda barnets vikt, födelsevecka/graviditetsvecka och apgarpoäng. Fem frågor avsåg barnens tillmatning och de avslutande tre frågorna gällde allergi och dokumentation.

Tillvägagångssätt

Inledningsvis under hösten 2008 skickades informationsbrev till verksamhetschefer, med ansökan om skriftligt godkännande för BB-klinikens/avdelningen deltagande. Därefter ansöktes om etiskt tillstånd hos Forskningsetiska nämnden vid Högskolan Dalarna. Ansökan granskades och godkändes i april år 2009. Underskrift från klinikernas verksamhetschefer bifogades ansökan. Varje BB-klinik/avdelning tilldelades ett kodnummer, enligt förteckning i alfabetisk ordning över BB-avdelningar/kliniker i Sverige. Enkäter skickades i april år 2009 till BB-kliniker, vilka tackat ja till ett deltagande i studien, med bifogat, kodat svarskuvert, samt bifogat informationsbrev till verksamhetssansvariga barnmorskor (bilaga 2).

Verksamhetsansvarig barnmorska vid varje BB-avdelning ombads registrera det totala antalet nyfödda på BB-avdelningen under veckan och dela ut informationsbrev och enkäter till tjänstgörande barnmorskor och övrig personal (bilaga 3).

Varje tillmatat barn under en specifik vecka registrerades med en enkät per barn. Tjänstgörande barnmorska kunde ansvara för flera tillmatade barn under en tjänstgöringstur. Den praktiska tillmatningen kunde vara utförd av annan person som informerade föräldrarna (bilaga 4) och inhämtade deras samtycke till att delta i studien, samt ansvarade för själva registreringen. Tillmatning med vatten och glukos, sockerlösning, till exempel i samband med provtagning, registrerades inte. Varje enkät (bilaga 5) tog cirka 5 minuter att fylla i. Tjänstgörande barnmorska ansvarade för att alla tillmatade barns enkäter samlades ihop under arbetspasset. Verksamhetsansvarig barnmorska ansvarade för att alla enkäter samlades ihop efter studiens genomförande och att de returnerades i bifogat, adresserat och frankerat kuvert. Verksamhetsansvarig barnmorska ombads också bifoga BB-avdelningens riktlinjer för tillmatning, om sådana användes.

Statistisk bearbetning

Endast deskriptiv statistik redovisas. Enkäter har kodats och matats in manuellt i ett Exceldokument. Resultat av respondenternas svar och översikt av deltagande barns bakgrundsvariabler, sammanställdes och är beskrivna i figurer och tabeller. Ingen jämförelse har gjorts mellan klinikerna. Enskilda klinikers svar redovisas med kodat nummer. Referensvärden för blodsocker har kunnat redovisas då 16 BB-kliniker/avdelningar bifogade, för kliniken gällande PM/riktlinjer (bilaga 7).

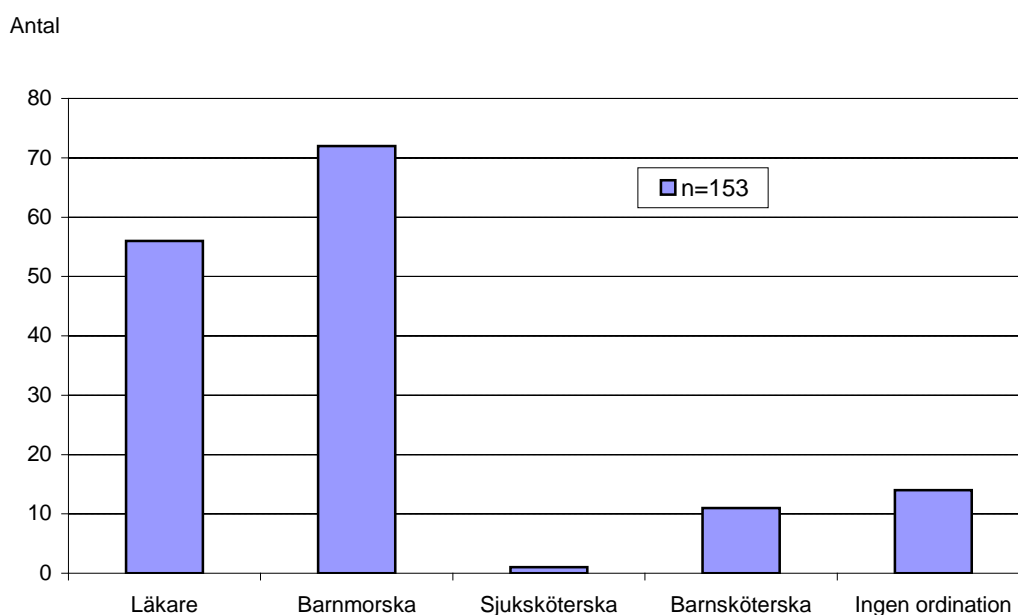
Etiska aspekter

Nyfödda barn och deras föräldrar är ur forskningsetiskt avseende en känslig grupp (25) och informerat samtycke krävdes för att få utföra studien. Då barnets integritet och autonomi måste respekteras var föräldrars informerade samtycke till deltagande i studien mycket viktigt, då dessa agerade som ställföreträdare för barnet. Respondenterna informerades om att studien kunde avbrytas när som helst utan närmare motivering. Efter undersökningens sammanställning makulerades alla enkäter med garanti för konfidentiell hantering av insamlade data.

RESULTAT

Personalkategori som ordinerade tillmatning av barnen

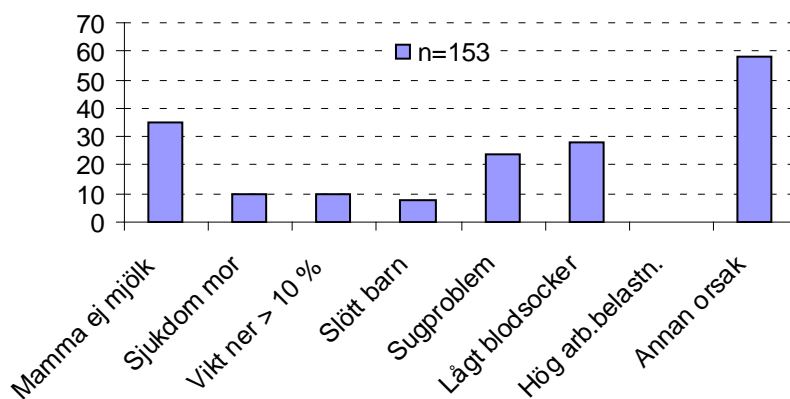
Tillmatning ordinerades oftast av barnmorskor (n 72=47 %), eller av läkare (n 56=37 %). Ingen ordination förekom vid 14 tillmatningar. För 12 tillmatade barn angavs *sjuksköterskor* och *barnsköterskor/undersköterskor*, vilka personalgrupper redovisas med varsin stapel (figur 1).



Figur 1. Vem som ordinerade tillmatning. I huvudsak ordinerar tillmatning av barnmorskor, 47 %, eller läkare 37 %. *Ingen ordination* förekom vid tillmatning av 12 barn.

Huvudorsak till tillmatning

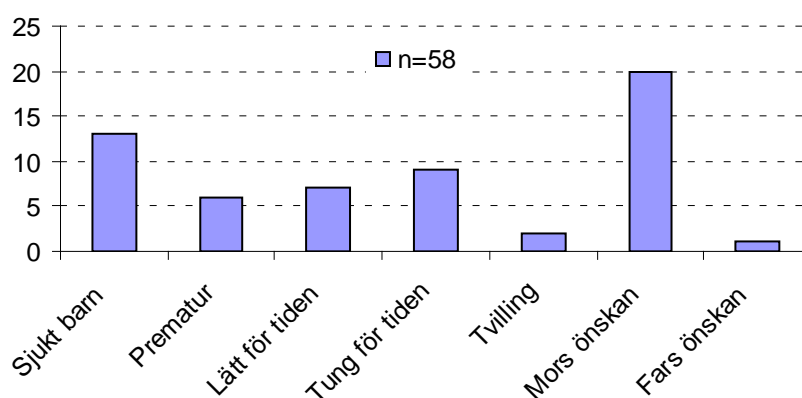
Den vanligaste orsaken till tillmatning var *Mammans egen mjölkproduktion hade inte kommit igång* vilket angavs för 24 % (n=35). Andra vanligt förekommande anledningar till tillmatning, var *lågt blodsocker* (n=28, 18 %) samt *sugproblem hos barnen* (n=24, 16 %) (figur 2 a). *Annan orsak*, noterades för 58 barn (38 %). *Sjukdom* eller *medicinpåverkan hos mamman*, *barnets viktnedgång mer än 10 %* och *slött barn*, var andra anledningar till tillmatning. Inget barn blev tillmatat på grund av *hög arbetsbelastning för personalen*.



Figur 2 a *. Huvudorsaken till tillmatningen. Vanligaste orsaken var *Mammans egen mjölkproduktion hade inte kommit igång*, 24 %, *lågt blodsocker*, 18 % och *sugproblem hos barnen*, 16 %.

* Förklaring av figurtext har av utrymmesskäl kortats ner och överensstämmer inte helt med enkäternas svarsalternativ.

Annan orsak till tillmatningen än de föreslagna svarsalternativen, noterades för 58 barn (38 %) *Mors önskan* (n=20, 13 %), *sjukdom hos barnet* (n=13, 8 %), där gulsot, ikterus med högt bilirubinvärde vilket föranledde ljusbehandling, var vanligast (8/13). *Tung för tiden, lätt för tiden, tvillingfödelse* och *fars önskan* var andra anledningar till tillmatning (figur 2 b).

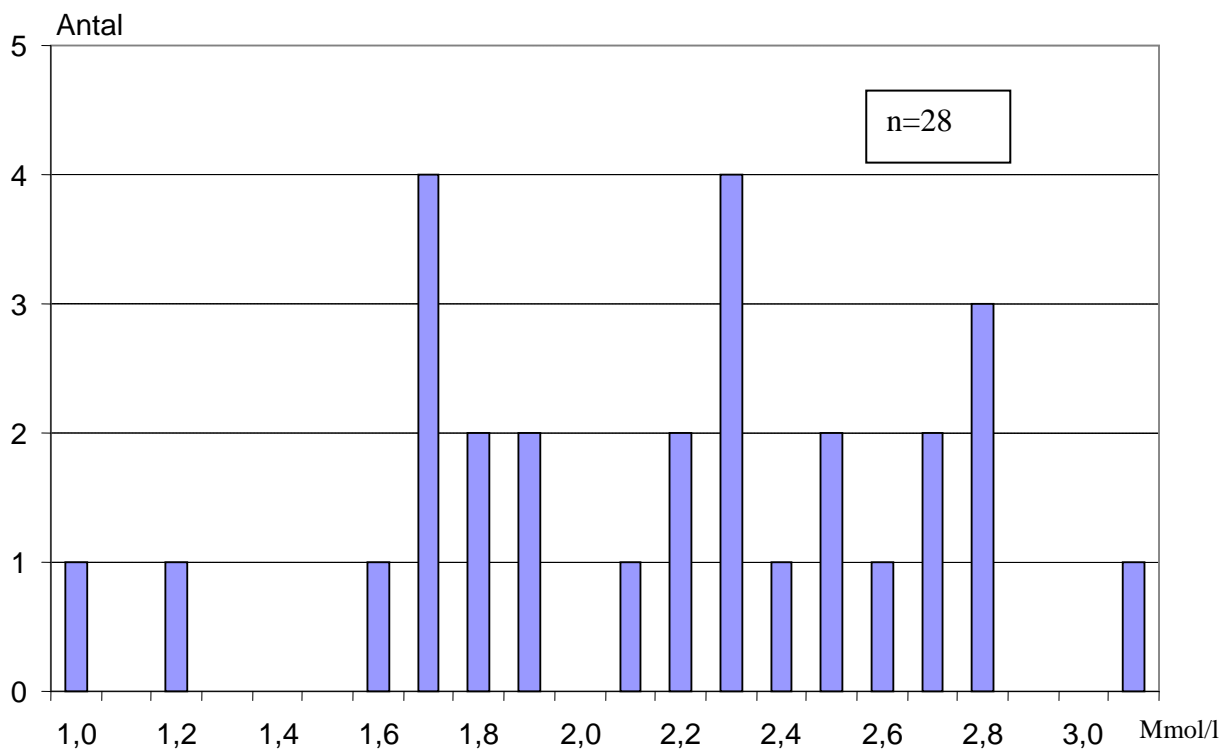


Figur 2 b *, *Annan orsak* angavs som orsak till tillmatning för 58 barn (38 %). Mest förekommande anledning var *Mors önskan* (n=20, 13 %) och *sjukdom hos barnen* (n=13, 8 %).

* Förklaring av figurtext har av utrymmesskäl kortats ner och överensstämmer inte helt med enkäternas svarsalternativ.

Blodsockernivåer hos tillmatade barn

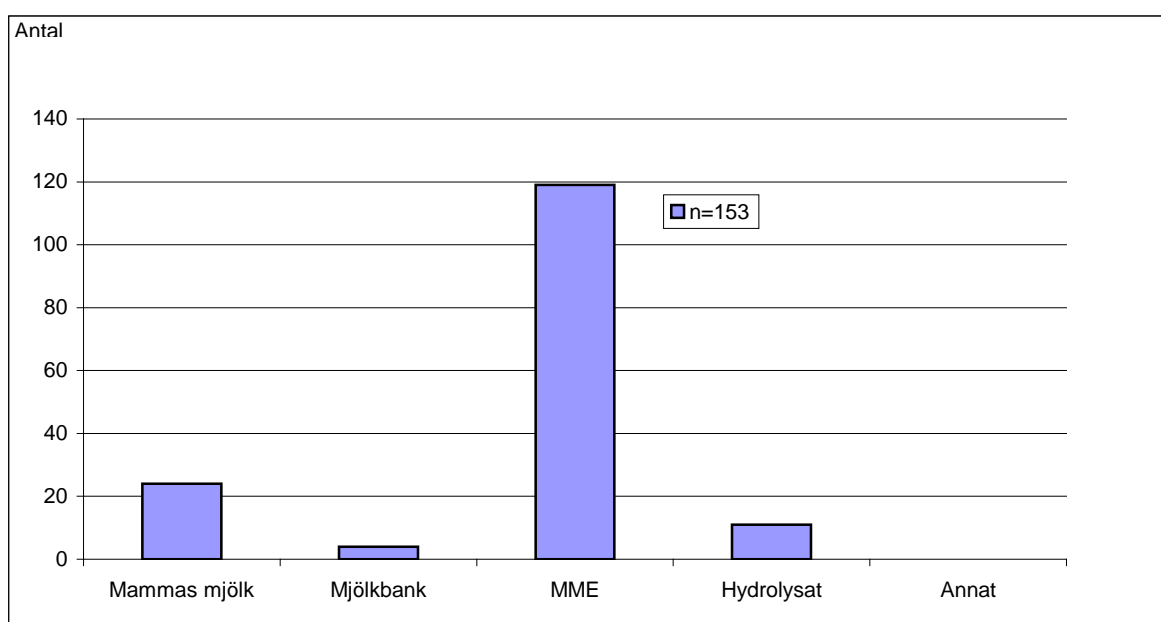
Av de 153 barnen tillmatades 28 barn (13 %) på grund av lågt blodsocker, angivet i enheten millimol/liter (mmol/l). Av dessa 28 tillmatades sju barn med blodsockervärde över eller lika med 2,6 mmol/l. Om värde över eller lika med 2,2 mmol/l ska anses som normalt blodsockervärde, hade 16 barn i studien tillmatats med normalt blodsockervärde (figur 3).



Figur 3. Antal tillmatade barn fördelade efter blodsockervärde i enheten mmol/liter. 28 barn (13 %) på grund av lågt blodsocker, angivet i enheten millimol/liter (mmol/l). Av dessa 28 tillmatades sju barn med blodsockervärde över eller lika med 2,6 mmol/l

Vad barnen huvudsakligen tillmatats med

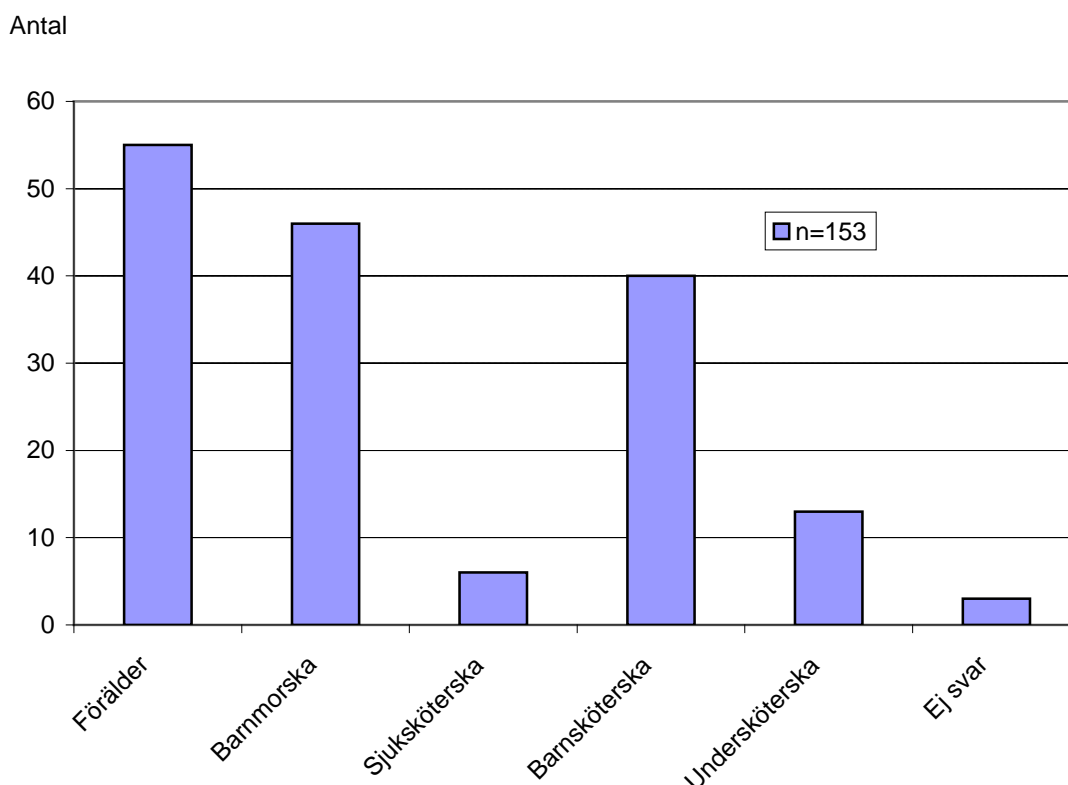
Tillmatning har huvudsakligen skett med komjölkbaserad MME., till exempel Baby Semp eller NAN, (n=119, 78 %). Mammans egen urpumpade bröstmjök gavs till knappt en femtedel av barnen (n=24, 16 %) och hydrolyserad MME., till exempel Nutramigen® eller Profylac®, till ännu färre (n= 11, 7 %) (figur 4).



Figur 4. Vad barnen huvudsakligen har tillmatats med. Huvudsakligen tillmatas barn med komjölkbaserad *modersmjölksersättning* (n=119, 78 %). *Mammans egen urpumpade bröstmjök* gavs till 24 barn (16 %) och *hydrolyserad modersmjölksersättning* till 11 barn (7 %)

Vem som tillmatade barnen

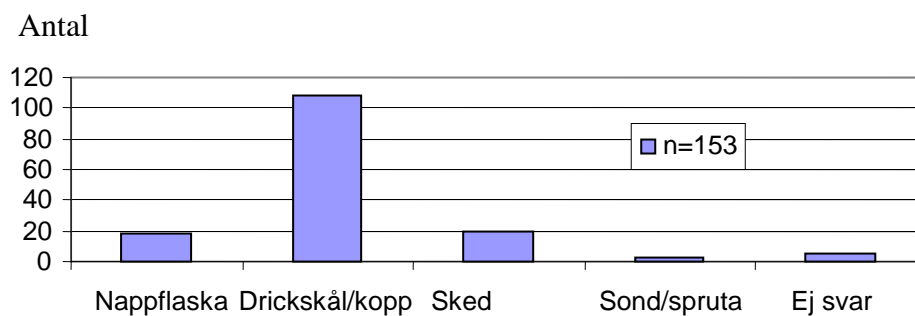
I drygt en tredjedel av fallen tillmatades barnen av sina föräldrar (n=55, 36 %). Nästan lika många tillmatningar utfördes av barnmorskor (n=46, 30 %), då ofta tillsammans med förälder. Barnsköterskor hade tillmatat 26 % av barnen (n=40) medan 6 % var tillmatade av barnsjuksköterskor eller sjuksköterskor. Annan person kunde enligt enkät vara undersköterska eller barnmorske-, och sjuksköterskestuderande, i tabell angivet *undersköterska* (n=13, 13 %) (figur 5).



Figur 5. Vem som tillmatade barnen. Huvudsakligen tillmatas barnen av sina föräldrar (36 %) eller av barnmorska (30 %). Barnsköterskor tillmatade 40 barn (26 %) och övrig personal, undersköterska, barnmorske- och sjuksköterskestuderande (angivet undersköterska) tillmatade 13 barn (13 %).

Tillmatningsmetod

Majoriteten (n=108, 70 %) använde drickskål eller kopp. Skedmatning förekom också (n=20, 13 %) och nappflaska (n=18, 12 %). Fåtalet barn tillmatades med annan metod, såsom *sond eller spruta* (figur 6).



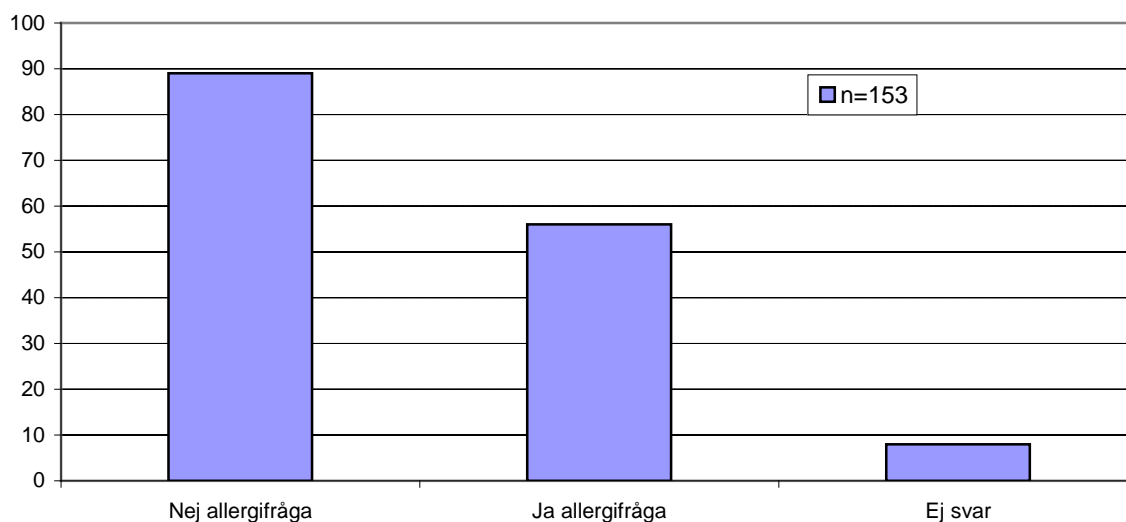
Figur 6. Vilken tillmatningsmetod som användes. Mest förekommande tillmatningsmetod var drickskål eller kopp (70 %). Skedmatning (13 %) och nappflaska (12 %) användes i mindre utsträckning. Bara två barn behövde sondmatas eller ges mat med spruta.

Fråga om eventuell förekomst av allergi hos föräldrar eller syskon

Fråga om allergi ställdes av vårdpersonal innan tillmatning av barnen i 37 % av fallen (n=56).

För övriga 58 % ställdes inga frågor om allergiförekomst (n=89) (figur 7).

Antal

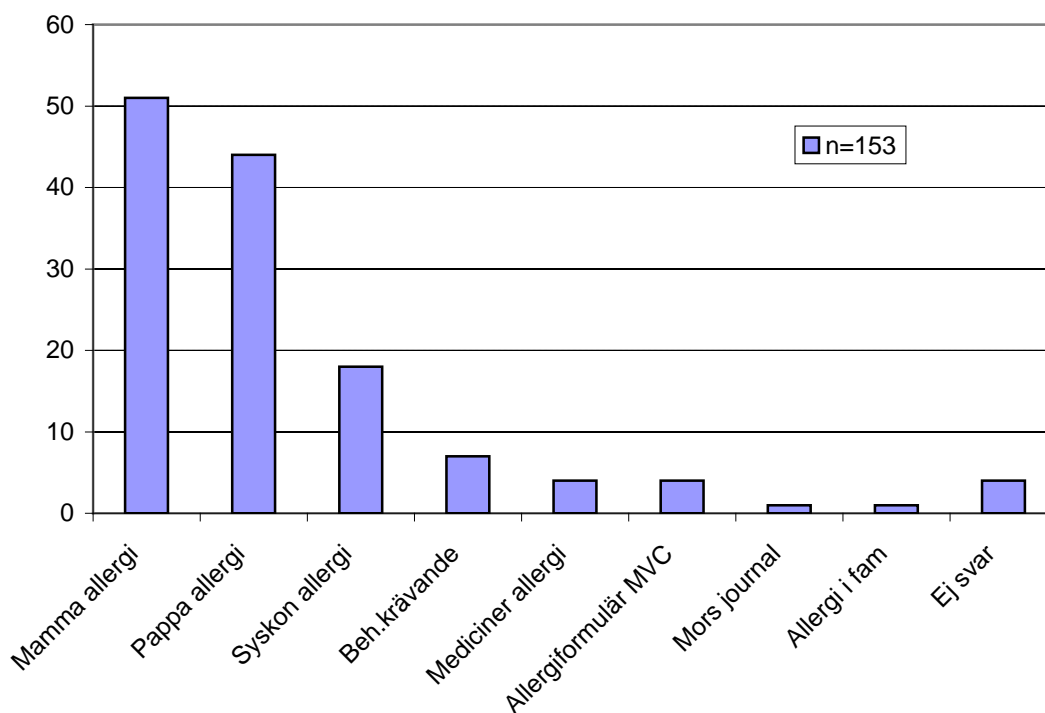


Figur 7. Fråga om eventuell förekomst av allergi hos föräldrar eller syskon. Vårdpersonal ställde fråga om allergiförekomst till 56 barns föräldrar (37 %), hos övriga 89 barn tillfrågades inte föräldrarna (58 %).

Hur frågor om allergi ställdes

Flera svarsalternativ kunde anges. Av 56 enkätsvar, där respondenter hade tillfrågats om allergi, var alternativet: *Frågade om allergi hos mamma* vanligast (n=51, 91 %), därefter följde alternativen: *frågade om allergi hos pappa* (n=44, 78 %) och *frågade om allergi hos syskon* (n= 18, 32 %). Få *frågades om behandlingskrävande allergi fanns hos minst två familjemedlemmar* (1 %) och *om vilka mediciner som användes* (1 %). Det öppna svarsalternativet: *annat sätt nämligen* angavs vid 1 % av enkätsvaren och här uppgavs: *allergiformulär från MVC, läste i moderns journal från MVC och frågade allmänt om allergi i familjen* som svar (1 %) (figur 8).

Antal



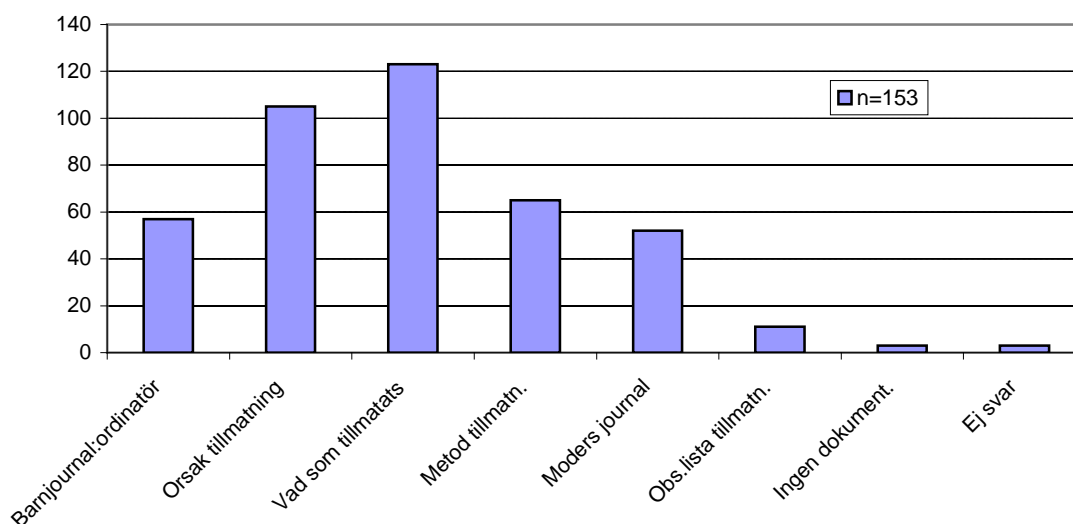
Figur 8 *. Hur frågan om allergi ställdes. *Frågade om allergi hos mamma* ställdes till 51 barns föräldrar (91 %), *frågade om allergi hos pappa* (n=44, 78 %) och *frågade om allergi hos syskon* till 18 barns föräldrar. Få *frågades om behandlingskrävande allergi fanns hos minst två familjemedlemmar* (1 %) och *om vilka mediciner som användes*.

* Förklaring av figurtext har av utrymmesskäl kortats ner och överensstämmer inte helt med enkäternas svarsalternativ

Hur tillmatningen dokumenterades

Flera svarsalternativ kunde anges under frågeställningen. Tillmatning av nyfödda barn infördes tillsammans med vad som tillmatats för 123 barn (80 %) och orsak till tillmatningen för 105 (67 %) i huvudsak i barnets journal. *Vilken metod som använts* dokumenterades också (n=65, 42 %) samt *vem som ordinerat tillmatningen* (n=57, 37 %). *Dokumentation i moderns journal* (n=52, 34 %) och öppet svarsalternativ, *på annat sätt nämligen* angavs vid 11 svar och dominerades av kommentaren: *på observationslista* (figur 9).

Antal



Figur 9. Hur tillmatning dokumenterades. Att *tillmatning utförts* och *vad som tillmatats* dokumenterades för 123 barn (80 %) och *orsak till tillmatningen* för 105 (67 %) huvudsakligen i barnets journal. *Vilken metod som använts* dokumenterades också (n=65, 42 %) samt *vem som ordinerat tillmatningen* (n=57, 37 %). *Dokumentation i moderns journal* (n=52, 34 %) och *på annat sätt nämligen* (n=11).

DISKUSSION

Sammanfattning av huvudresultaten

Antal barn födda i Sverige under en vecka i april år 2009 var 849, fördelade på 26 BB-klinker/avdelningar. Av dessa tillmatades 153 barn, d.v.s. 18 %. Den vanligaste orsaken till tillmatning var *Mammans egen mjölkproduktion hade inte kommit igång* som angavs för 24 % (n=35) av de nyfödda, tillmatade barnen. Lågt blodsocker, angivet i enheten millimol/liter (mmol/l), var anledning till tillmatning av 28 barn (13 %). Definition av lågt blodsocker varierar mellan klinikerna och oklara definitioner förekommer. Om värde, över eller lika med 2,2 mmol/l ska anses som normalt blodsockervärde, hade 16 barn i studien tillmatats trots normalt blodsockervärde. Tillmatning hade huvudsakligen skett med komjölksbaserad modersmjölksersättning (n=119, 78 %). Mammans egen urpumpade bröstmjolk gavs till knappt en femtedel av barnen (n=24, 16 %). Frågor om allergi ställdes av vårdpersonal innan tillmatning av barnen i 37 % av fallen. För övriga 58 % ställdes inga frågor om allergiförekomst. Medicinsk bedömning och orsak till att barnen har tillmatats, ska dokumenteras i patientjournal, enligt Socialstyrelsen. Detta gjordes i 80 % av barnens journaler, samt i 34 % av fallen, i moderns patientjournal. Bristfälliga omvårdnadsåtgärder vidtas i samband med tillmatning av nyfödda spädbarn på BB-avdelningar där allergifrågor ställs i för låg utsträckning och BB-kliniker har varierande referensvärde för vad som ska räknas som lågt blodsocker. Omvårdnadsbehov för nyfödda barn och deras föräldrar, där förmedlad kunskap om amningens betydelse, tas inte på allvar och oklara riktlinjer för tillmatning skapar förvirring.

Resultatdiskussion

Studiens syfte var att se, vilka omvårdnadsåtgärder som vidtogs i samband med tillmatning av nyfödda spädbarn, på BB-kliniker/avdelningar. Enkäternas frågor om *vem som tillmatade, vilken metod som användes, om frågor om allergi ställdes* samt *hur allergifrågor ställdes*, gav en bild av vilka omvårdnadsåtgärder som vidtogs. Nyfödda barn tillmatas oftast med hjälp av delaktig förälder eller av barnmorska. Ibland hjälps förälder och barnmorska åt (enkätfråga 4, figur 9). Den vanligaste metoden för tillmatning på BB-avdelningar/kliniker var drickskål och kopp, vilket är glädjande ur amningsvänligt perspektiv, då tillmatning med nappflaska inte är att rekommendera (enkätfråga 5, figur 10). *Amningskoden, Tio steg till en lyckad amning* enligt WHO, Socialstyrelsen och Livsmedelsverket, uttrycker enhetligt budskap: *ingen nappflaska till ammande barn* (8-9).

Hur BB-kliniker/avdelningar följer föreskrifter och rekommendationer kunde frågorna om *vem som ordinerade tillmatningen, orsak till tillmatningen, blodsockernivå hos barnen, vilken metod som användes, vad som gavs som tillmatning, om tillmatningen dokumenterades* och om *allergifrågor ställdes*, ge svar på. Vilken hänsyn som togs till de nyfödda barnens eventuella allergihereditet, kunde studien ge svar på, genom frågor som *hur ställdes allergifrågor* och *om allergifrågor ställdes*.

Tillmatning ordinerades i huvudsak av barnmorskor och läkare (84 %), men även av sjuksköterskor, barnsköterskor och undersköterskor. När avdelningen/kliniken har gällande PM för tillmatning, behövs då inte läkarkonsultation? När referensvärde styr tillmatningen, ex. blodsockervärdet, behövs då inte individuell bedömning av barnet? Är det för enkelt att ta till tillmatning? Har barn tillmatas av slentrian? Mindre än 1 % av barnen tillmatades utan ordination. Hur dokumenterades *utan ordination* i barnets och moderns journal? Uppsatsförfattaren ifrågasätter om Socialstyrelsens föreskrift tas på allvar (9).

Vanligaste orsaken till tillmatning var att *moderns mjölkproduktion inte hade kommit igång* (24 %). Följdfrågor hade kanske varit av värde. Hur gamla var barnen då? Hur mycket amningsstöd gavs till modern? Var barnen så medtagna att det inte kunnat klara sig utan tillmatningen med komjölksbaserad ersättning? *Mors önskan* var orsak till tillmatning hos 13 % av barnen och här hade respondenterna kommenterat: *såriga bröstvårtor* (sex svar), *sugit intensivt på mor, skrikigt, inte nöjd, hungrig* (tre svar), *modern upplevt tidigare amning jobbig och smärtsam och vill inte amma, inte fungerande amning tidigare* (två svar). *Sugproblem* hos barnen hade kunnat utvecklas mera, med en följdfråga, på hur barnens problem yttrade sig.

Lågt blodsocker var anledning till tillmatning och studien visade att sju av barnen tillmatades trots blodsockervärden $> 2,5$ mmol/l. Här kunde ju följdfrågan *varför*, varit intressant? Vad är normalt blodsockervärde för ett nyfött barn? Finns allmänna, generella data att tillgå? Vid vilken nivå ökar risken för barnet att få hjärnskador? Av sexton kliniker, vilka tolv bifogade gällande PM/riktlinjer för tillmatning, har varierande referensvärde angivits, för lågt blodsocker. Sju kliniker har 2,6 mmol/l som normalt blodsockervärde. Två kliniker anger att blodsocker $> 2,4$ mmol/l, är normalt, en klinik har referens $> 2,3$ mmol/l och tre kliniker har $> 2,2$ mmol/l som normalt blodsockervärde. Om värde $> 2,2$ mmol/l ska anses som normalt blodsockervärde, hade 16 av barnen i studien, tillmatats i onödan. Uppsatsförfattaren

ifrågasätter om barn tillmatas av ren slentrian? Glädjande var att ingen angivit att barn hade tillmatats på grund av hög arbetsbelastning för personalen.

I 18 % av fallen i denna studie behövde barnen tillmatning. Sjuttioåtta % av dessa tillmatades med komjölkbaserad modersmjölksersättning. En klinik hade tillmatat enbart med hydrolyserad modersmjölksersättning och på det sättet påverkades studiens resultat. Skulle totala resultatet redovisas utan den kliniken, vore siffran för tillmatade barn med komjölkbaserad modersmjölksersättning 98 %. Barnmorskan Sofia Zwedberg (et al.) gjorde en kartläggning av barns uppfödning under BB-tiden i Stockholms läns landsting, år 1999. Studien visade på hög användning av komjölkbaserad modersmjölksersättning och liten hänsyn tagen till allergiutveckling. Sjukhuset med högst tillmatningsfrekvens uppgav att 50 % av tillmatade barn hade lågt blodsocker. Zwedbergs tolkning: *”att resultatet kan visa på hur aktivt man spårar låga blodsocker”* och ställer sig frågan: *”på vilka indikationer ska blodsocker tas?”* Totalt rapporterades allergi hos 25 mammor och 24 av barnen gavs komjölkbaserad modersmjölksersättning. Har ingen förbättring skett på tio år? (26)

Resultatet i denna studie tyder på att allergifrågor och hereditet för allergisk sjukdom inte verkar tas hänsyn till (enkätfråga 6 A, figur 11). Forskning visar att risken ökar att utveckla allergisk sjukdom, om barnen redan som nyfödda får komjölkbaserad modersmjölksersättning (20). Betydelsefulla föreskrifter utgivna av WHO, Socialstyrelsen, Livsmedelsverket och Svenska barnläkarföreningen rekommenderar att amning är att föredra under barnens första halvår, för att öka förutsättningarna för att förhindra utveckling av allergisjukdom (8-10, 15).

Föreliggande studie visar att vårdpersonal är aktiva när det gäller omvårdnadsåtgärder. I huvudsak ordinerar tillmatning av läkare eller barnmorskor. De flesta kliniker har PM/riktlinjer som följs och detta kan kanske innebära att läkares konsultation inte alltid krävs. Ibland kanske vårdpersonal i sitt empatiska förhållningssätt till föräldrar och barn, tillgodoser föräldrarnas önskan om att det nyfödda barnet behöver tillmatas utan medicinsk indikation (enkätfråga 2, figur 6). Detta strider mot ett av kriterierna för amningsvänlig vård som finns beskrivet i *Tio steg till en lyckad amning* (bilaga 6), där steg 6 är formulerat:

”Informera mammorna om att nyfödda barn ej ska ges mat eller dryck utöver bröstmjolk, såvida det inte är medicinskt indikerat. Friska nyfödda fullgångna barn behöver vanligtvis ingen annan näring eller vätska än den mamman har i bröstet, först

kolostrum och sedan mogen mjölk. Att ge något utöver bröstet är att störa det naturliga samspelet mellan mor och barn. Mammans mjölk är avpassad i mängd efter hennes barns behov och är immunologiskt viktig för att förebygga vanliga sjukdomar”

Studiens fråga som tar upp vad barnet huvudsakligen har tillmatas med, visar på en skrämmande hög användning av komjölksbaserad modersmjölksersättning, med hänsyn till allergiutveckling (20). En spekulering kan vara att ekonomiska aspekter styr val av tillmatning. Hydrolyserad modersmjölksersättning är dyrare än den komjölksbaserade. En annan trolig anledning kan vara att tillmatade barn sover bättre än barn som enbart ammas (4,6). Detta kan verka spekulativt men mödrars önskan om att få ett nöjt barn efter en jobbig, kanske smärtsam och utdragen förlossning, vilket kan innebära en mycket trött moder, är fullt naturligt men varför går man den enklaste vägen? Har tillmatning ersatt vårdpersonalen engagemang och tid till amningsstöd? Detta antagande är rent hypotetiskt då denna studie inte tagit upp detta. Frågan är dock av värde och vore ur vidare forskningssynpunkt intressant att studera.

Barnmorskor dokumenterar i huvudsak i barnens journaler (80 %), med notat om *vad som tillmatats barnet*. Huvudsaklig orsak till tillmatningen dokumenterades i något mindre utsträckning och 67 % av barnen hade journalnotering om detta. Ännu sämre dokumentation fördes i mödrarnas journaler, där bara 34 % hade adekvat dokumentation. Lågt antal av studiens deltagande barn, 37 %, hade fått dokumenterat i journalen, *vem som ordinerat tillmatningen*. Trots Socialstyrelsens föreskrift om journalföringsskyldighet, så följs inte anvisningar (9).

Metoddiskussion

En svårighet i denna studie har varit bestämning av urval. Enligt uppsatsförfattaren är det dock barnen som utgör urvalsgruppen. För att nå dessa har det varit organisatoriskt nödvändigt att gå ut till BB-kliniker/avdelningar i Sverige. Totalt erbjöds 40 kliniker att vara med i studien och tio tackade nej. Av de 30 kliniker, vilka tackade ja, deltog 26 i studien, vilket innebar utifrån deltagande kliniker 65 %. Vissa kliniker exkluderades. Av till exempel Stockholmsrådet fem sjukhus med BB-kliniker/avdelningar, erbjöds en klinik att vara med i studien, övriga bedömdes, av uppsatsförfattaren, vara specialiserade kliniker med olika inriktningar för sjuka och för tidigt födda barn, där studien varit svår att genomföra. Den klinik från Stockholm, vilken erbjöds ett deltagande i studien tackade ja, men deltog inte, trots

detta, i studien. Kliniken redovisas som externt bortfall, vilket möjligen hade kunnat undvikas om en påminnelse hade sänts ut.

Osäkerhet finns om samtliga födda barn som tillmatats aktuell vecka på deltagande kliniker ingår i studien. Verksamhetsansvarig barnmorska kan ha missat några barn. Om inte skulle urvalsprincipen kunna benämnas som ett totalurval då de barn som uppfyllde vissa kriterier vid en viss tidpunkt (vecka 26) ingår i studien. En ytterligare svaghet i studien är att gruppen barn är heterogena. Studien hade vunnit på att enbart fokusera på barn födda med normal födelsevikt alternativt, prematura barn. Detta kan ses som ett hot mot den interna validiteten.

Deskriptiv enkätstudie med kvantitativ ansats har möjliggjort ett stort urval och att stor mängd data kunnat insamlas. Ingen test – retest utfördes som kunde säkra studiens reliabilitet och ingen pilotstudie genomfördes på klinik. Dock testade barnmorskor vid två vårdcentraler mätinstrumentets validitet, där *face validity* och *content* utföll till belåtenhet och inga revideringar föreslogs. Ytterligare definition och förtydligande av tillmatning, hade kanske minskat risken för eventuella informationsfel, då handurmjölkad modersmjölk given till barnet, kanske inte uppfattades som tillmatning. Inga kommentarer har dock lämnats angående detta, av deltagande respondenter. Följdfrågor hade kunnat vara av värde, vilket hade varit möjligt om studien genomförts med intervjuer istället. Därvid hade validiteten sannolikt stärkts.

Möjlig bias var avsaknad av respondenternas uppriktighet, vid ifyllnad av enkät och möjlig Hawthorne-effekt, då respondenternas vetskap om deltagande i studien kunnat påverka svar, vilket kunde vara ett visst hot mot extern validitet. En oanmäld enkät hade kanske gett ett annat resultat, men forskningsetiska krav omöjliggjorde alternativet, då nyfödda barn och deras föräldrar var en extra känslig grupp, där problemet var kravet på informerat samtycke från barnens föräldrar

Missivbrev/informationsbrev blev mycket detaljerade på grund av att många olika aktörer var inblandade och informationen inte var lika till föräldrar, barnmorskor, övrig vårdpersonal och verksamhetsansvarig barnmorska. Förklaring till olika information var att olika aktörer hade olika uppdrag

Studien genomfördes under en vecka i april år 2009, vilket borde ha inneburit ordinarie personalstyrka och mindre antal vikarier. Efter studiens genomförande insamlades alla enkäter (n= 153) och databearbetning påbörjades, i slutet av april. Inga påminnelser skickades ut vilket förmodligen innebar en viss förklaring till externt bortfall. Inkomna enkäter, senare än fyra veckor efter studiens genomförande, kom från tre kliniker. Enkäterna från dessa kliniker innefattades inte i studien och redovisas i bortfallet. En svaghet är att bortfallet redovisats i form av kliniker. I efterhand ser uppsatsförfattaren att det hade varit lämpligare att ha utgått ifrån antal utskickade enkäter vid redovisning av bortfall.

Bortfall

Då barnen är att betrakta som urvalsgrupp kan endast indirekt ett möjligt bortfall redovisas, då endast via antalet kliniker som ej deltog. Externa bortfallet i studien utgjordes då av sammanlagt tre kliniker vilka tackat ja men ej inkom med svar i tid. Huvudsakliga orsaker var *Hög arbetsbelastning och ombyggnation, hoppas vi kan medverka om det blir en fortsättning, långtidssjukskrivningar*. Anledningen var okänd, till externt bortfall av en klinik/BB-avdelning. En barnmorska från aktuella kliniken, kontaktade författaren via mail och gav en del synpunkter:

”Förra veckan genomfördes en enkät på kliniken. Vi såg fram emot att delta och tycker ämnet är angeläget. Här kommer några synpunkter dock: Informationen om studien var svår att förstå för personalen och föräldrarna. Detta påverkar säkert antalet deltagare. Vad menas med tillmatning? Detta måste specificeras i informationsbladet. Hos oss är det rutin att visa mamman handmjölkning och ge detta till de barn som inte sugit spontant efter förlossningen”.

Författaren svarade och förklarade, men kliniken valde att inte inkomma med sina enkäter, trots att enkätstudien tydligen hade genomförts på kliniken. En barnmorska bifogar en kommentar: *På vår klinik tillmatar vi ungefär 14 % av barnen med modersmjölksersättning. I denna undersökning var det 11,5 %. Möjligtvis har vi inte fått protokoll på alla tillmatade.*

Internt bortfall utgjordes av en klinik, vilken uteslutits ur studien. Verksamhetsansvarig barnmorska, skickade in svarskuvert tillsammans med en enkät, med kommentaren: *Resultatet är för bra för att vara sant. Personalen fick välja om de ville delta och har prioriterat annat.*

Respondenter, vilka inte registrerat alla enkätfrågor, redovisas som *ej svar*. Enkät svar där respondenter valt att besvara med flera alternativ, trots att detta inte angavs, redovisats som *ej svar* under respektive fråga.

Internt bortfall utgjordes av en klinik. I efterhand kan uppsatsförfattaren se svagheter med att utgå ifrån antalet kliniker vid analys av bortfallet. Mer intressant hade varit att se vilken typ av barn, avseende bakgrundsvariabler, som ingick som bortfall vid de tre klinikerna. Men detta förutsätter kontroll över både antalet utskickade enkäter respektive tillbakaskickade enkäter. Dessutom skulle det ha krävts en analys av bortfallet avseende bakgrundsvariabler. Av praktiska skäl var detta svårt då registrering av aktuella barn och tillbakaskickande av enkäter ansvarades av personal på klinikerna.

Klinisk tillämpbarhet

Föreliggande studie har bland annat visat att nyfödda tillmatas utan medicinsk indikation. För vårdpersonal kan denna kunskap leda till en strävan till bättre diagnostik, behandling, dokumentation och uppföljning av nyföddas uppfödning. Kunskap om att en tidig exponering av allergen, exempelvis komjölksprotein, hos nyfödda kan vara en hälsorisk, kan leda till ett ökat fokus på allergifrågor och därmed tidig prevention. En hälsovinst kunde göras, om barn förhindrades att utveckla allergi. En förbättring av omvårdnadsåtgärder i samband med tillmatning av nyfödda spädbarn på BB-avdelningar, vore av värde för barnen, föräldrarna, vårdpersonal och även ur ett samhällsekonomiskt perspektiv.

Förslag till vidare forskning

Följande förslag till vidare forskning vore av intresse.

Med syfte att kartlägga orsaker till varför barn med normalt blodsockervärde tillmatas:

- Finns allmänna, generella data att tillgå? Vad är normalt blodsockervärde för ett nyfött barn? Vid vilken nivå ökar risken för barnet att få hjärnskador?

Med syfte att förbättra amningsstatistik från BVC till Socialstyrelsen:

- En översyn av hur tillmatning dokumenteras på BB och hur amning rapporteras av BVC. Uppgifter som lämnas under nuvarande förutsättningar är inte tillförlitliga och ger vilseledande statistikunderlag.

Med syfte att se om allergiutvecklingen kan minskas:

- Hur ser allergiförekomst ut i det län där BB-avdelningen/kliniken inte ger nyfödda komjölksbaserad tillmatning?

Slutsats

Amning kan enligt Folkhälsoinstitutet vara ett folkhälsomål för barns hälsa (27). Ökad kunskap om amningens positiva inverkan kan kanske förbättra omvårdnaden kring nyfödda, med bättre möjlighet till allergiprevention och trygghet för föräldrarna där barnens bästa erbjuds. Enhetliga riktlinjer eftersträvas med kartläggning och riskbedömning, innan val av eventuell tillmatning (22-23). Barn tillmatas alltför ofta med komjölkbaserad modersmjölksersättning och hänsyn till eventuell allergirisk hos nyfödda barn, tas inte på allvar. Är detta en orsak till ökande allergiska problem hos barn och ungdomar? Omvårdnaden kring nyfödda barns på svenska BB-avdelningar, i Sverige bör förbättras, med bättre efterlevnad av rekommendationer och föreskrifter och därmed ökad hänsyn till att förebygga allergiutveckling. Kanske kan BB-avdelningen/kliniken där barnen tillmatas enbart med hydrolyserad modersmjölksersättning, när modern inte har tillräckligt med egen mjölk, vara en förebild för övriga Sverige?

REFERENSER

1. Anderson GC, Moore E, Heptworth J, Bergman N, Early skin-to-skin contact for the Mothers and their healthy newborn infants, Birth; Issues in Perinatal Care (BIRTH), 2003 Sep; 30(3): 206-7, ISSN 0730-7659, CINAHL, Rev, 2003
2. Wallis M, Harper M, Supporting breastfeeding mothers in hospital: part 1, September 2007, vol 19, no 7, 48-52 and part 2 a September 2007, vol 19, no 8, 31-35, Paediatric Nursing, London
3. Svensson, K, Zwedberg, S, Handlingsplan, ett komplement till UNICEF WHO: s TIO STEG, för att skydda, stödja och främja amning i hela vårdkedjan, Karolinska Universitetssjukhuset Solna, 2005
4. Weimers L, Gustafsson A, Gustafsson H, Amningsguiden, En guide om amning utifrån WHO/UNICEF: s 10 steg, Wassberg + Skotte tryckeri AN, ISBN 978-91-633-2274-7, 2008
5. Shrago L, C, Reifsnider E, Insel K, The Neonatal Bowel Output Study: Indicators of Adequate Breast Milk Intake in Neonates, Paediatric Nursing, 2006, vol. 32, no. 3, 195-201, USA.
6. Svensson, K, Nordgren, M, Amningsboken, Natur och Kultur, 2002
7. Socialstyrelsens amningsstatistik, Sveriges officiella statistik
<http://www.socialstyrelsen.se/uppfoljning/statistik/statistikefteramne/amning> 2009-04-30
8. World Health Organisation, The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding, Report of an expert consultation, WHO, Geneva, 2001
9. Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2008-33> 2009-02-27 kl. 19.22

10. Livsmedelsverket, Avdelningen för information och nutrition, Protokoll fört vid möte med Expertgruppen för pediatrik nutrition, 2003-09-16, protokoll nr. 34, sid. 2 (7) 2007 -10-23, protokoll nr 10, sid. 2(4)
11. Shaker I, Scott, J .A. Reid, M. Infant feeding attitudes of expectant parents: breastfeeding and formula feeding, *Journal of Advanced Nursing*, 2004, 45(3), 260–268,
12. Ekström, A, Matthiesen, A-S, Widström, A-M, Nissen, E, Breastfeeding attitudes among counselling health professionals. Development of an instrument to describe breastfeeding attitudes, *Scandinavian Journal of Public Health*, 2005; 33: 353-359
13. Drew Keister, MD; Kismet T. Roberts, MD; and Stephanie L. Werner, MD, Strategies for breastfeeding success, Offutt Air Force Base/University of Nebraska Medical Center Family Medicine Residency, Omaha, Nebraska 2008
14. GrowingPeople, Rikshandboken, 2004-2007
<http://www.growingpeople.se/templates/Overview.aspx?id=15779>, 2009-02-13
15. Svenska barnläkarföreningen, Sektion för barn- och ungdomsallergi. Prevention - information om möjlighet att minska risken för astma och allergisk sjukdom hos barn under första levnadsåren, 2006.
http://www.barnallergisektionen.se/stenciler_nya06/a1_prevention.html 2009-02-13
16. Weimers, L, Svensson, K, Dumas, L, Navér, L, Wahlberg, V, Hands-on approach during breastfeeding support in a neonatal Intensive care unit: a qualitative study of Swedish mother's experiences, *International Breastfeeding Journal* 2006, 1:20
17. Foucard, T, Hedlin, G, Wennergren, G, Allergi och astma hos barn, tredje upplagan, AstraZeneca, Södertälje, 2005
18. Brändén H, Andersson J, Grundläggande immunologi, Studentlitteratur, Lund, 2004
19. Truedsson L, Bjermer L, Werner S, Nived O, Sturfelt G, Allergiska och immunologiska tillstånd, *Läkemedelsboken 2007/2008* ©apoteket ab, Universitetssjukhuset i Lund

20. Kull, I, Infant feeding and allergy in children, Solna, 2005
<http://diss.kib.ki.se/2005/91-7140-553-4/> 2009-09-28
21. Östblom, E, Symptoms of food hypersensitivity in relation to sensitization to food and health related quality of life in children, ISBN: 978-91-7357-448-8, Solna, 2008
22. Skydda, främja och stödja amning i Europa: en handlingsplan. Framtaget och skrivet av deltagarna i projektet: Promotion of Breastfeeding in Europe (EU Project Contract N. SPC 2002359)
23. World Health Organization, Global Strategy for Infant and Young Child,
http://www.who.int/nutrition/topics/global_strategy/en/index.html 2009-09-28
24. Kids Health, About the Apgar score, The Nemours Foundation, USA, 2009
http://kidshealth.org/parent/newborn/first_days/apgar.html 2009-10-14
25. World Medical Association Declaration of Helsinki, National Institutes of Health, Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects, 2004,
26. Zwedberg S, Barns uppfödning under BB-tiden i Stockholms läns landsting, En kartläggning under våren 1999, Vård i Norden, (2) 21-26, 2003
27. Folkhälsoinstitutet, <http://www.fhi.se/> 2009-04-30