

National klinisk retningslinje om etablering af amning efter fødsel

Udarbejdet af:

Ingrid Nilsson, sygeplejerske, MSA, ph.d., IBCLC

Marianne Busck-Rasmussen, sundhedsplejerske, MPH, IBCLC

Hanne Kronborg, sundhedsplejerske, MPH, ph.d.

Sted og dato:

København den 4. februar 2019

Hovedforfatter

Ingrid Nilsson, Marianne Busck-Rasmussen og Hanne Kronborg

Kontaktperson

Ingrid Nilsson
Classensgade 71, 5.sal. 2100 København Ø
in@sundkom.dk
22672006
<http://www.kompetencecenterforamning.dk/>

Ansvarsfraskrivelse

Denne Nationale kliniske retningslinje (NKR) er udarbejdet af Komiteen for Sundhedsoplysning og Aarhus Universitet, sektion for sygepleje med midler fra puljen til udarbejdelse af NKR 2017-2020, udmøntet af Sundhedsstyrelsen efter Finansloven 2017. Denne NKR skal betragtes som vejledende og fritager ikke sundhedspersoner for individuelt ansvar for at træffe korrekte beslutninger vedrørende den individuelle patient, i samarbejde med og under hensyntagen til denne. De nationale kliniske retningslinjer er ikke juridisk bindende, og det vil altid være det faglige skøn i den konkrete kliniske situation, der er afgørende for beslutningen om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse. Der er ingen garanti for et succesfuldt behandlingsresultat, selvom sundhedspersoner følger anbefalingerne. I visse tilfælde vil anden behandling være at foretrække, fordi den passer bedre til patients situation.

Indhold

Centrale budskaber	4
1 - Læsevejledning	6
2 - Indledning.....	8
3 - PICO 1: Uforstyrret hud mod hud kontakt i forlængelse af fødslen.....	9
4 - PICO 2: Amning efter behov.....	16
5 - PICO 3: Vejledning i effektiv sutte- og ammeteknik på baggrund af moderens oplevelser af amningen og sundhedspersonalets observationer.....	19
6 - PICO 4: Tilbud om vejledning i effektiv sutte- og ammeteknik ved ammeproblemer	21
7 - PICO 5: Faderens involvering i ammevejledningen	23
8 - Bilag 1 Baggrund.....	29
9 - Bilag 2 Implementering.....	30
10 - Bilag 3 Monitorering	31
11 - Bilag 4 Opdatering og videre forskning.....	32
12 - Bilag 5 Beskrivelse af anvendt metode.....	33
13 - Bilag 6 Fokuserede spørgsmål.....	34
14 - Bilag 7 Beskrivelse af anbefalingens styrke og implikationer	39
15 - Bilag 8 Søgebeskrivelser og evidensvurderinger	41
16 - Bilag 9 Arbejdsgruppen og referencegruppen	43
17 - Bilag 10 Forkortelser og definition af begreber	45
Referencer	46

Centrale budskaber

1 - Læsevejledning

2 - Indledning

3 - PICO 1: Uforstyrret hud mod hud kontakt i forlængelse af fødslen

Stærk anbefaling

Giv mor og barn mulighed for uforstyrret hud-mod-hud kontakt i forlængelse af fødslen, indtil barnet har suttet på brystet første gang eller er faldet i søvn. Dette gælder efter såvel vaginal fødsel som efter kejsersnit.

4 - PICO 2: Amning efter behov

God Praksis (Konsensus)

Det er god praksis at anbefale forældre, at barnet lige fra fødslen ammes efter behov med fri adgang til brystet. Gerne 8 gange i døgnet eller mere fra dag 2.

5 - PICO 3: Vejledning i effektiv sutte- og ammeteknik på baggrund af moderens oplevelser af amningen og sundhedspersonalets observationer

God Praksis (Konsensus)

Det er god praksis at inddrage moderens oplevelse af amning på lige fod med sundhedspersonalets observationer, når sundhedspersonalet vejleder i effektiv sutte- og ammeteknik.

6 - PICO 4: Tilbud om vejledning i effektiv sutte- og ammeteknik ved ammeproblemer

God Praksis (Konsensus)

Det er god praksis at sundhedspersonalet først identificerer den mulige årsag og dernæst tilbyder vejledning i effektiv sutte- og ammeteknik (se PICO 3), når mødre har tidlige ammeproblemer, hvor barnet har svært ved at få fat om brystet.

Der er konsensus blandt arbejdsgruppens medlemmer om, at det ikke er god praksis som førstevalg at introducere suttebrikker til mødre, hvor barnet har svært ved at få fat om brystet.

7 - PICO 5: Faderens involvering i ammevejledningen

Stærk anbefaling

Giv faderen/partneren mulighed for at blive inddraget i ammevejledningen.

8 - Bilag 1 Baggrund

9 - Bilag 2 Implementering

10 - Bilag 3 Monitorering

11 - Bilag 4 Opdatering og videre forskning

12 - Bilag 5 Beskrivelse af anvendt metode

13 - Bilag 6 Fokuserede spørgsmål

14 - Bilag 7 Beskrivelse af anbefalingens styrke og implikationer

15 - Bilag 8 Søgebeskrivelser og evidensvurderinger

16 - Bilag 9 Arbejdsgruppen og referencegruppen

17 - Bilag 10 Forkortelser og definition af begreber

1 - Læsevejledning

Retningslinjen er bygget op i to lag:

1. Lag - Anbefalingen

Stærk anbefaling for (Grøn)

Der gives en stærk anbefaling for, når der er evidens af høj kvalitet, der viser, at de samlede fordele ved interventionen er klart større end ulemperne. Det betyder, at alle, eller næsten alle, patienter vil ønske den anbefalede intervention

Stærk anbefaling imod (Grøn + Rød)

Der gives en stærk anbefaling imod, når der er evidens af høj kvalitet, der viser, at de samlede ulemper ved interventionen er klart større end fordelene. Der anvendes også en stærk anbefaling imod, når gennemgangen af evidensen viser, at en intervention med stor sikkerhed er nyttesløs.

Svag/betinget anbefaling for (Gul)

Der gives en svag/betinget anbefaling for interventionen, når det vurderes, at fordelene ved interventionen er større end ulemperne, eller den tilgængelige evidens ikke kan udelukke en væsentlig fordel ved interventionen, samtidig med at det vurderes, at skadevirkningerne er få eller fraværende. Denne anbefaling anvendes også, når det vurderes, at patienters præferencer varierer.

Svag/betinget anbefaling imod (Gul + Rød)

Der gives en svag/betinget anbefaling imod interventionen, når det vurderes, at ulemperne ved interventionen er større end fordelene, men hvor dette ikke er underbygget af stærk evidens. Denne anbefaling anvendes også, hvor der er stærk evidens for både gavnlige og skadelige virkninger, men hvor balancen mellem dem er vanskelige at afgøre. Ligeledes anvendes den også, når det vurderes, at patientens præferencer varierer.

God praksis (Grå)

God praksis anvendes, når der ikke foreligger relevant evidens, og bygger således på faglig konsensus blandt medlemmerne af arbejdsgruppen, der har udarbejdet den kliniske retningslinje. Anbefalingen kan være enten for eller imod interventionen. Da der er tale om faglig konsensus, er denne type anbefaling svagere end de evidensbaserede anbefalinger, uanset om de evidensbaseret er stærke eller svage.

Se bilag "Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer" for mere information

2. Lag – Grundlaget for anbefalingen

Klik på anbefalingen, hvis du vil vide mere om grundlaget for anbefalingen

Evidensprofilen: De samlede effektestimater samt referencer til studierne.

Sammenfatning: Overblik over samt kort gennemgang af den tilgrundliggende evidens

Kvaliteten af evidensen:

Høj: Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt

Moderat: Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes

Lav: Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt

Meget lav: Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.

Nøgleinformationer: Kort beskrivelse af gavnlige og skadelige virkninger, kvaliteten af evidensen og overvejelser om patientpræferencer.

Rationale: Beskrivelse af hvorledes de ovenstående elementer blev vægtet i forhold til hinanden og resulterede i den aktuelle anbefalings retning og styrke.

Praktiske oplysninger: Praktisk information vedrørende behandlingen og oplysninger om eventuelle særlige patientovervejelser.

Adaption: Såfremt anbefalingen er adapteret fra en anden retningslinje, findes her en beskrivelse af eventuelle ændringer.

Diskussion: Hvis du er logget ind som bruger, kan du her komme med kommentarer til specifikke anbefalinger.

Referencer: Referenceliste for anbefalingen.

Den anvendte graduering af evidensens kvalitet og anbefalingsstyrke baseres på GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation).

For en hurtig og informativ introduktion til GRADE anbefales følgende artikel G.Goldet, J.Howick. Understanding GRADE: an introduction. <http://www.gradeworkinggroup.org>

Desuden henvises der til Sundhedsstyrelsens [metodehåndbog](#) for en overordnet introduktion til metoden bag udarbejdelsen af de Nationale Kliniske Retningslinjer.

2 - Indledning

Formål

Formålet med den nationale kliniske retningslinje om sundhedspersonalets indsats i forbindelse med forældres etablering af amning efter fødsel er at understøtte og supplere Sundhedsstyrelsens nuværende anbefalinger for etablering af amning. Den kliniske retningslinje for etablering af amning skal sikre at nye forældre får en evidensbaseret vejledning, så forældre, der ønsker at amme, får optimale muligheder for en effektiv amme-etablering. Dette er fundamentet for, at en større andel af forældre kan komme til at amme svarende til Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Samtidig kan en klinisk retningslinje medvirke til en større ensartethed i vejledningen på tværs af faggrupper og sektorer og dermed bidrage til at mindske usikkerheden hos forældrene.

Denne nationale kliniske retningslinje indeholder konkrete handlingsanvisninger indenfor udvalgte, velafgrænsede kliniske problemstillinger i forbindelse med moderens etablering af amning af et raskt barn født til tiden. Den har ikke som formål at afklare visitation og organisering af indsatsen eller beregne de økonomiske konsekvenser. Disse typer af problemstillinger kan håndteres i en visitationsretningslinje, et pakkeforløb, et forløbsprogram, et referenceprogram eller en medicinsk teknologivurdering (MTV).

Afgrænsning af patientgruppe

Den kliniske retningslinje afgrænses til at omfatte den store gruppe af fødende med ukomplicerede barselsforløb. Det vil sige forældre til et enkelt nyfødt barn med en gestationsalder på 37+0 uger eller mere. Sygdomme eller særlige forhold hos mor og barn, der komplicerer den normale amme-etablering er ikke omfattet af denne retningslinje. Den kliniske retningslinje gælder både mødre, der har født vaginalt og ved kejsersnit.

Amme-etableringen omfatter barnets første levemåned.

Målgruppe/brugere

Målgruppen for den kliniske retningslinje er i sekundær sektor: jordemødre, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og læger på obstetriske og pædiatriske afdelinger og i primær sektor: sundhedsplejersker og praktiserende læger.

Emneafgrænsning

Den nationale kliniske retningslinje indeholder handlingsanvisninger for udvalgte og velafgrænsede kliniske problemstillinger, og er således udtryk for et punktnedslag i patientforløbet. De afgrænsede kliniske problemstillinger er formuleret i fokuserede spørgsmål, som er specificeret i relation til patientgruppe (P), intervention (I), sammenlignende intervention, comparison (C) og outcome (O), PICO og er fundamentet for den kliniske retningslinje. Disse fokuserede PICO spørgsmål er prioriteret af den faglige arbejdsgruppe som de områder, hvor det er vigtigst at få afklaret evidensen. Den nationale kliniske retningslinje beskæftiger sig således med udvalgte dele af vejledningsindsatserne i forbindelse med moderens etablering af amning.

Patientperspektivet

Det er vigtigt, at patientens værdier og præferencer løbende inddrages i patientforløbet.

I denne retningslinje er patientperspektivet repræsenteret via Ammenet.dk og Forældre & Fødsel, som har udpeget medlemmer i den nedsatte referencegruppe. Derudover har de haft mulighed for at afgive hørings svar til udkastet til den færdige retningslinje. Se medlemmerne af referencegruppen i bilag 9.

Juridiske forhold

Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer er systematisk udarbejdede udsagn med inddragelse af relevant sagkundskab. Nationale kliniske retningslinjer kan bruges af fagpersoner, når de skal træffe beslutninger om passende og god klinisk sundhedsfaglig ydelse i specifikke situationer. De nationale kliniske retningslinjer er offentligt tilgængelige, og patienter kan også orientere sig i retningslinjerne. Nationale kliniske retningslinjer klassificeres som faglig rådgivning, hvilket indebærer, at Sundhedsstyrelsen anbefaler relevante fagpersoner at følge retningslinjerne. De nationale kliniske retningslinjer er ikke juridisk bindende. Det vil altid være det faglige skøn i den konkrete kliniske situation, der er afgørende for hvilken sundhedsfaglig ydelse, der er passende og korrekt. Der er ingen garanti for et succesfuldt resultat, selvom sundhedspersoner følger anbefalingerne. I visse tilfælde kan en metode med lavere evidensstyrke være at foretrække, fordi den passer bedre til patientens situation.

3 - PICO 1: Uforstyrret hud mod hud kontakt i forlængelse af fødslen

Fokuseret spørgsmål 1

Skal mor og barn tilbydes uforstyrret hud-mod-hud kontakt i forlængelse af fødslen, indtil barnet har suttet på brystet første gang eller er faldet i søvn?

Baggrund for valg af spørgsmål:

Hud-mod-hud kontakt lige efter fødslen har været praktiseret gennem mange år. Det diskuteres imidlertid stadig, hvilken betydning det har, at barnet får lov til at ligge uforstyrret, indtil det viser interesse for at komme til brystet og tage fat om brystet sammenlignet med, at personalet praktisk hjælper med at få barnet til at sutte på brystet. Denne diskussion er aktualiseret i en tid, hvor der er travlt på fødegangene og hvor forældre sendes tidligt hjem efter fødslen.

Arbejdsgruppen ønsker at klarlægge, om der er evidens for en mere effektiv etablering af amningen, når mor og barn tilbydes uforstyrret hud-mod-hud kontakt i forlængelse af fødslen, indtil barnet har suttet på brystet for første gang. Dette sammenlignes med, at mor og barn forstyrres af rutinemæssige procedurer under barnets vej til brystet, at personalet anvender hands-on vejledning, eller at barnet ikke ligger nøgent på moders bare bryst. A priori var følgende outcomes defineret: eksklusiv amning 4-6 uger efter fødslen (pp), 3-4 og 6 måneder pp; delvis amning 4-6 uger og 6 måneder pp; smerter ved amning og sår på brystvorterne; amme self-efficacy 1 måned pp; og barnets død.

Uforstyrret hud-mod-hud kontakt defineres som, at barnet *ligger* nøgent på den vågne moders bare bryst lige efter fødslen og bliver liggende uden at blive forstyrret af andre rutinemæssige procedurer end *afnavling* og injektion af k-vitamin, indtil det viser interesse for og tager fat om brystet første gang eller er faldet i søvn. Nyfødte børn, der ligger hud-mod-hud hos moderen efter fødslen begynder at vise interesse for brystet og gennemløber under denne proces ni trin, som inkluderer, at det til sidst tager fat om brystet, sutter og herefter falder i søvn [31].

Stærk Anbefaling

Giv mor og barn mulighed for uforstyrret hud-mod-hud kontakt i forlængelse af fødslen, indtil barnet har suttet på brystet første gang eller er faldet i søvn. Dette gælder efter såvel vaginal fødsel som efter kejsersnit.

Nøgleinformationer

Gavnlig og skadelige virkninger

Litteraturen viser, at hud-mod-hud kontakt har gavnlig effekt på, om moderen ammer eksklusivt i 4-6 uger, 3-4 og 6 måneder. Ligeledes findes gavnlig effekt på ammeself-efficacy 1 måned postpartum. Det har ikke været muligt at belyse gavnlige virkninger af hud-mod-hud kontakt på delvis amning 4-6 uger og 6 måneder pp, færre smerter ved amning og sår på brystvorterne indenfor den første måned. Andre gavnlige effekter af hud-mod-hud kontakt som for eksempel effekten på mor/barn relationen eller barnets metaboliske adaptation er ikke omfattet af denne kliniske retningslinje. Litteraturgennemgangen har ikke kunnet belyse skadelige virkninger af hud-mod-hud. Enkelte tilfælde af barnets død ved hud-mod-hud kontakt efter fødslen er beskrevet i case-studier.

Kvaliteten af evidensen

Ti RCT-studier og et cohortestudie indgår i beregningen af effekten på ammefrekvenserne 4-6 uger pp, 3-4 og 6 måneder efter fødslen. Alle peger i samme retning. Studiepopulationerne er generelt meget homogene, men interventionerne varierer som tidligere omtalt i relation til, hvornår hud-mod-hud kontakten initieres efter fødslen, og hvor mange timer den varer. Effekten på ammeself-efficacy er vurderet på baggrund af et enkelt RCT, hvor der indgår 92 mor/barn par. Arbejdsgruppen vurderer således, at evidensen er moderat. Vurderingen af risk of bias i studierne kan ses i figur 1-3.

Patientpræferencer

Undersøgelser viser, at de fleste mødre finder det er naturligt og vil gerne ligge hud mod hud med deres nyfødte barn efter fødslen [32][44].

Andre overvejelser

Sundhedsstyrelsen anbefaler uforstyrret hud-mod-hud kontakt lige efter fødslen. Det pointeres samtidigt, at sundhedsprofessionelle skal være særligt opmærksomme, når en mor ligger med sit helt nyfødte barn hud mod hud uden nogen ved sin side, når forældrene er trætte eller moderen er medicinpåvirket efter fødslen [45][46]. Hud mod hud kontakt kan medvirke til at barnet opvarmes [47]. Studier viser, at der er øget risiko for vuggedød, hvis barnet bliver overophedet [47]. Det påhviler således sundhedspersonalet at vejlede forældrene om forebyggelse af vuggedød og sikre sovestillinger i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger [50] i forbindelse med tidlig uforstyrret hud mod hud kontakt. Ligeledes er det vigtigt, at der lokalt på fødestederne er en klar ansvarsfordeling i forbindelse med observation af mor og barn efter fødslen.

Det er vores erfaring, at langt de fleste sundhedsprofessionelle synes det er vigtigt, at barnet kommer op til mor hud mod hud lige efter fødslen. Men en del mødre får aktiv hjælp (hands-on) til at få barnet til at sutte første gang. Barnet ligger således ikke uforstyrret, indtil det har suttet første gang, hvilken kan øge risikoen for udvikling af dårlig sutteteknik [48]. Det anbefales derfor, at personalet undlader at anvende "hands on" i ammevejledningen.

Bliver mor og barn af medicinske årsager adskilt efter fødslen, tilbydes faderen/partneren hud-mod-hud kontakt i stedet [51] og mor og barn tilbydes hud-mod-hud kontakt, så snart dette er muligt. Ligeledes tilbydes mor og barn hud-mod-hud kontakt igen, hvis barnet falder i søvn inden, det har suttet på brystet første gang.

Et Cochrane Review af uforstyrret hud-mod-hud kontakt efter fødslen viser, at praksis omkring hud-mod-hud kan være inkonsistent [19]. Dette har afstedkommet udvikling af en implementeringsalgoritme, som kan medvirke til at forbedre implementering af god praksis omkring den tidlige hud-mod-hud kontakt [49]. Der kan således være brug for en ekstra indsats for at få implementeret uforstyrret hud-mod-hud kontakt lige efter fødslen som et standardtilbud til alle.

Procedurer som skal udskydes til fordel for tidligt uforstyrret hud-mod-hud kontakt, kan for eksempel være: vejning, måling og børneundersøgelse. Det kan betyde, at jordemoderen ikke kan færdiggøre "papirarbejdet" efter fødslen, hvorfor det er nødvendigt at drøfte arbejds gange på fødestederne, så uforstyrret hud-mod-hud kontakt kan prioriteres efter fødslen. Et randomiseret studie viser, at smerte og stress er hæmmet lige efter fødslen hos børn født vaginalt og at denne effekt aftager i løbet af de første 2-4 timer efter fødslen. Det anbefales derfor at give K-vitamin så tidligt som muligt og helst inden 90 minutter efter fødslen [74]. Under eventuel suturering eller forflytning af mor og barn skal barnet forblive hud mod hud hos mor.

Når barnet fødes, er omgivelsernes temperatur ca. 15° lavere end barnet har været vant til før fødslen [52]. Det er derfor almindelig praksis, at barnet aftørres hurtigt efter fødslen med henblik på at undgå for stort varmetab med efterfølgende øget risiko for morbiditet og mortalitet [53]. WHO anbefaler at temperaturen på fødestuen er over 25° for at forebygge at barnets temperaturfald ikke overstiger dets varme produktion [53]. Det er almindelig praksis i Danmark, at nyfødte børn har hue på, når de ligger hud-mod-hud efter fødslen for at sikre normal temperatur efter fødslen. I et randomiseret studie blandt nyfødte med fødselsvægt under 2500 gr, blev der ikke fundet flere børn med temperaturer indenfor normalområdet blandt de børn, der blev randomiseret til at bære hue under hud-mod-hud kontakten med deres mor sammenlignet med børn uden hue [54]. I et andet upubliceret studie viser videooptagelser, at nogle børn bruger mange ressourcer på at ligge uroligt og "forsøge at fjerne huen". Dermed bliver de distraheret i deres vigtige proces med at finde vej til brystet. Det kan derfor overvejes, om det er nødvendigt at give nyfødte børn hue på under den første hud-mod-hud kontakt efter fødslen eller, om eksempelvis varmelampe kan bruges i stedet.

Rationale

På baggrund af den moderate evidens og moderens præferencer har arbejdsgruppen givet en stærk anbefaling af uforstyrret hud-mod-hud kontakt i forlængelse af fødslen, indtil barnet har suttet på brystet første gang.

Fokuseret Spørgsmål

Population: Forældre til et enkelt nyfødt barn med en gestationsalder på 37+0 uger eller mere. Mødre og børn med sygdomme eller særlige forhold, der komplicerer den normale amme-etablering er ekskluderet.

Intervention: Uforstyrret hud-mod-hud kontakt i forlængelse af fødslen.

Sammenligning: Mor og barn forstyrres af rutinemæssige procedurer under barnets vej til brystet, personalets hands-on vejledning eller hvor barnet ikke ligger nøgent på mors bare bryst.

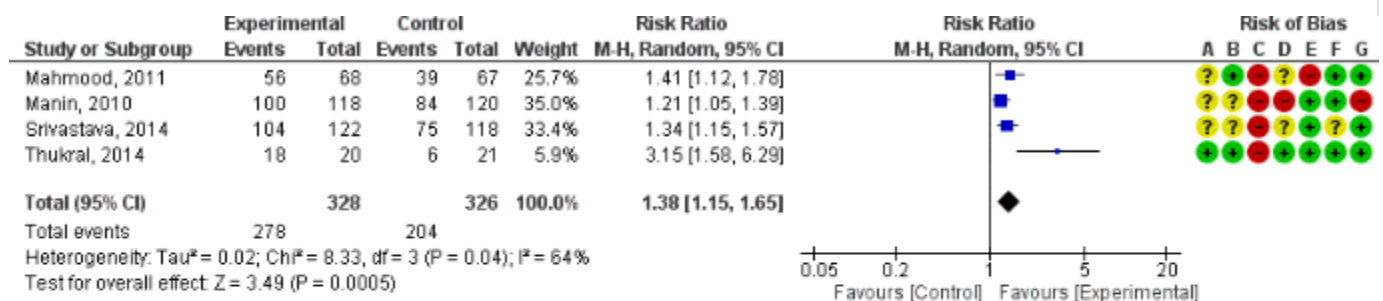
Sammenfatning

Gennemgang af evidensen

Som det fremgår af flowdiagrammet, består evidensgrundlaget for besvarelsen af det fokuserede spørgsmål af i alt 10 studier [32][33][34][35][36][37][38][39][40][41], hvoraf 9 er klinisk randomiserede studier [32][33][34][35][36][38][39][40][41] og 1 er et kohorte studie [37]. I alt 8 af studierne [32][33][34][35][36][38][40][41] er fundet gennem en systematisk litteraturgennemgang [19]. En opdaterende litteratursøgning resulterede i inklusionen af yderligere 2 studier [37][39].

De 9 studier inkluderede udelukkende raske forældre til et enkelt nyfødt barn med en gestationsalder på 37+0 uger eller mere [32][33][34][35][36][37][38][39][41]. I 1 studie indgik tillige børn, med en gestationsalder på minimum 35 uger [40]. I studierne indgik mellem 23 og 298 mødre. Mødrene havde født vaginalt undtagen i 3 studier, som udelukkende inkluderede mødre, der havde født ved kejsersnit [35][37][41]. Interventionen bestod i alle studierne af hud-mod-hud kontakt med moderen efter fødslen. I de fleste studier står beskrevet, at barnet var nøgent bortset fra ble og hue. Der var imidlertid inkonsistens i studierne med hensyn til, hvornår barnet blev lagt op til moderen efter fødslen. I enkelte af studierne blev børnene undersøgt af en pædiater [37], vejet [33] og/eller overflyttet til opvågningsafdeling inden hud-mod-hud kontakt blev iværksat [35][41]. Ligeledes var det forskelligt, hvor lang tid børnene lå hud-mod-hud. Nogle lå mindst 45 minutter hud-mod-hud eller indtil barnet havde suttet på brystet [32], nogle lå mindst 2 timer [33][34][35][37][39][41], i et studie blev hud-mod-hud kontakt afsluttet, hvis barnet ikke havde suttet indenfor 2 timer efter fødslen [32] og i et enkelt studie lå børnene hud-mod-hud 24 timer efter fødslen [38]. I sammenligningsgrupperne blev det generelt beskrevet, at mor og barn ikke havde hud-mod-hud kontakt og børnene blev placeret ved siden af moderen og lagt til brystet efter ankomst til barselafdelingen [32][33][34][38][39][40]. Frafaldet blev i 8 ud af de 10 studier vurderet til at give anledning til lille risiko for bias.

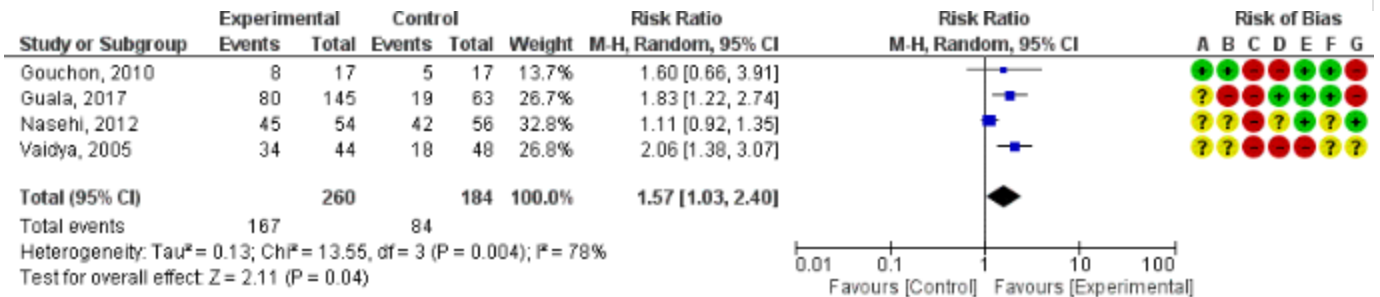
Resultaterne af metaanalysen, forest plots og Risk of Bias vurderingen for PICO 1 fremgår af nedenstående figurer 1-3



Risk of bias legend

- (A) Random sequence generation (selection bias)
- (B) Allocation concealment (selection bias)
- (C) Blinding of participants and personnel (performance bias)
- (D) Blinding of outcome assessment (detection bias)
- (E) Incomplete outcome data (attrition bias)
- (F) Selective reporting (reporting bias)
- (G) Other bias

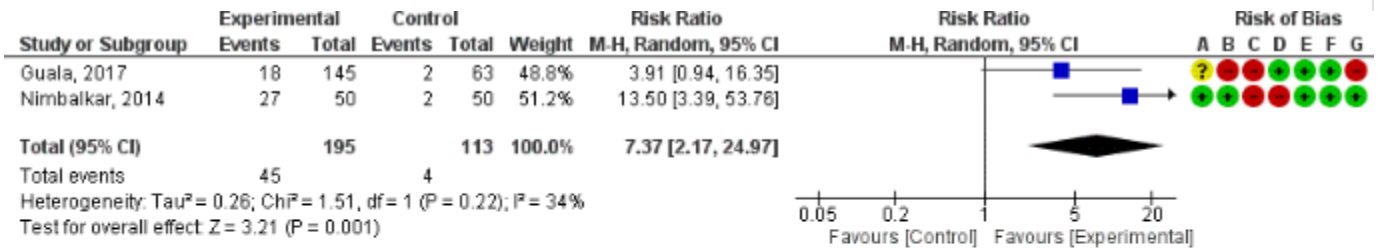
Figur 1: (analyse 1.1): Forest plot af sammenligningen: Hud mod hud kontakt umiddelbart efter fødslen versus standard omsorg, outcome: Eksklusiv amning 4 til 6 uger postpartum.



Risk of bias legend

- (A) Random sequence generation (selection bias)
- (B) Allocation concealment (selection bias)
- (C) Blinding of participants and personnel (performance bias)
- (D) Blinding of outcome assessment (detection bias)
- (E) Incomplete outcome data (attrition bias)
- (F) Selective reporting (reporting bias)
- (G) Other bias

Figur 2: (analyse 1.2): Forest plot af sammenligningen: Hud mod hud kontakt umiddelbart efter fødslen versus standard omsorg, outcome: Eksklusiv amning 3 til 4 måneder postpartum.



Risk of bias legend

- (A) Random sequence generation (selection bias)
- (B) Allocation concealment (selection bias)
- (C) Blinding of participants and personnel (performance bias)
- (D) Blinding of outcome assessment (detection bias)
- (E) Incomplete outcome data (attrition bias)
- (F) Selective reporting (reporting bias)
- (G) Other bias

Figur 3: (analyse 1.3): Forest plot af sammenligningen: Hud mod hud kontakt umiddelbart efter fødslen versus standard omsorg, outcome: Eksklusiv amning 6 måneder postpartum.

Aghdas et al [39] er det eneste studie, der måler effekten af hud-mod-hud kontakt på amme self-efficacy 1 måned efter fødslen. I studiet indgik 47 og 45 mor/barn par i henholdsvis interventions- og kontrolgruppen. Målt på Breastfeeding Self-Efficacy Scale [43] var amme self-efficacy i interventionsgruppen 53,42 ± 8,57 SD sammenlignet med 49,85 ± 5,50 SD i kontrolgruppen (p=0,0003).

En del af studierne indgår i det inkluderede systematiske Cochrane Review [19] hvorfra informationer om studierne og risk of bias vurderinger kan tilgås. For de resterende studie kan disse informationer ses i bilag 8.

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater		Tiltro til estimaterne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
		Forstyrret kontakt	Uforstyrret hud- mod-hud		
Eksklusiv amning 4-6 uger postpartum 7 Kritisk	Relative risiko 1.38 (CI 95% 1.15 - 1.65) Baseret på data fra 654 patienter i 4 studier. ¹ (Randomiserede studier)	626 per 1.000 Forskæl: 238 mere per 1.000 (CI 95% 94 mere - 407 mere)	864 per 1.000	Moderat Manglende blinding og forholdsvis få studier. ²	Uforstyrret hud-mod-hud medfører sandsynligvis en væsentlig forbedring af eksklusiv amning
Eksklusiv amning 3-4 måneder postpartum 4 Vigtig	Relative risiko 1.57 (CI 95% 1.03 - 2.4) Baseret på data fra 444 patienter i 4 studier. ³ (Randomiserede studier)	457 per 1.000 Forskæl: 260 mere per 1.000 (CI 95% 14 mere - 640 mere)	717 per 1.000	Moderat Der indgår et observationelt studie, som vægter med 26,7%. Desuden er der manglende blinding i alle studier. ⁴	Uforstyrret hud-mod-hud medfører sandsynligvis nogen forbedring af eksklusiv amning
Eksklusiv amning 6 måneder postpartum 4 Vigtig	Relative risiko 7.37 (CI 95% 2.17 - 24.97) Baseret på data fra 308 patienter i 2 studier. ⁵ (Randomiserede studier)	35 per 1.000 Forskæl: 223 mere per 1.000 (CI 95% 41 mere - 839 mere)	258 per 1.000	Moderat på grund af alvorlig upræcist effektestimat ⁶	Uforstyrret hud-mod-hud medfører sandsynligvis en væsentlig forbedring af eksklusiv amning
Delvis amning 4-6 uger postpartum 4 Vigtig					Vi fandt ingen studier, der opgjorde (forekomst af) delvis amning 4-6 uger postpartum
Delvis amning 6 måneder postpartum 4 Vigtig					Vi fandt ingen studier, der opgjorde (forekomst af) delvis amning 6 måneder postpartum
Smerter i brystvorten ved amning 4-6 uger					Vi fandt ingen studier, der opgjorde (forekomst af) smerter i brystvorten ved amning 4-6 uger postpartum

postpartum					
4 Vigtig					
Sår på brystvorterne					
4-6 uger postpartum					Vi fandt ingen studier, der opgjorde (forekomst af) sår på brystvorterne 4-6 uger postpartum
4 Vigtig					
Barnets død					
mens mor/barn ligger hud-mod-hud efter fødslen					Vi fandt ingen studier, der opgjorde (forekomst af) barnets død mens mor/barn ligger hud-mod-hud efter fødslen
4 Vigtig					
Breastfeeding self-efficacy	Målt med: Breastfeeding Self-efficacy Scale	49.85	53.42		
4 uger postpartum	Skala: 14-70 Højere bedre	points (gennemsnit)	points (gennemsnit)	Høj	Uforstyrret hud-mod-hud medfører nogen forbedring af breastfeeding self-efficacy
4 Vigtig	(Randomiserede studier)		CI 95%	7	

1. Systematisk oversigtsartikel [33] med inkluderede studier: Thukral, 2014, Srivastava, 2014, Manin, 2010, Mahmood, 2011. **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen .
2. **Risiko for bias: Ingen betydelig** . Manglende blinding ; **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig** . Den statistiske heterogenicitet er høj ; **Manglende overførbarhed: Ingen betydelig** . Forskelle mellem ønsket intervention/komparator og de i studiet anvendte ; **Upræcist effekttestimat: Ingen betydelig** . **Publikationsbias: Ingen betydelig** . Der er ikke søgt efter grå litteratur og der er ikke lavet funnel plot . ;
3. Systematisk oversigtsartikel [33] med inkluderede studier: Vaidya, 2005, Nasehi, 2012, Guala, 2017, Gouchon, 2010. **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen .
4. **Risiko for bias: Ingen betydelig** . Manglende blinding , Utilstrekkelig/manglende blinding i evalueringen ; **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig** . Den statistiske heterogenicitet er høj ; **Manglende overførbarhed: Ingen betydelig** . Forskelle mellem ønsket intervention/komparator og de i studiet anvendte ; **Upræcist effekttestimat: Ingen betydelig** . Brede konfidensintervaller ; **Publikationsbias: Ingen betydelig** . Der er ikke søgt efter grå litteratur og ikke udarbejdet funnel plot ;
5. Systematisk oversigtsartikel [33] med inkluderede studier: Nimbalkar, 2014, Guala, 2017. **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen .
6. **Risiko for bias: Ingen betydelig** . Manglende blinding, Utilstrekkelig/manglende blinding i evalueringen ; **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig** . **Manglende overførbarhed: Ingen betydelig** . **Upræcist effekttestimat: Alvorlig** . Brede konfidensintervaller, på grund af 1 studie var observationelt . ; **Publikationsbias: Ingen betydelig** .
7. **Risiko for bias: Ingen betydelig** . Manglende blinding ; **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig** . **Manglende overførbarhed: Ingen betydelig** . **Upræcist effekttestimat: Ingen betydelig** . Kun data fra ét studie ; **Publikationsbias: Ingen betydelig** .

4 - PICO 2: Amning efter behov

Fokuseret spørgsmål

Skal alle forældre anbefales, at barnet ammes efter behov med fri adgang til brystet den første måned efter fødslen?

Baggrund for valg af spørgsmål

Hyppig amning minimum 8 gange i døgnet bliver anbefalet på fødestederne efter fødslen for at sikre, at mors mælkeproduktion stimuleres maksimalt og barnet får den mælk, det har brug for. Mange mødre synes imidlertid, at det kan være hårdt at amme ofte og kan vægre sig ved hyppig amning, hvis de oplever smerter og sår på brystvorterne. Ligeledes formoder nogle sundhedsprofessionelle, at hyppig amning forøger risikoen for smerter og sår på brystvorterne. Det diskuteres derfor blandt forældre og sundhedspersonale, hvor kritisk det er for amme-etableringen, at barnet har fri adgang til brystet.

Tidligere tiders anbefaling af skemalagt amning blev indført i takt med en medikalisering af amningen, da fødslerne i 1960'erne rykkede ind på sygehusene. De sundhedsprofessionelle vejledte mødre i amning på baggrund af flaske-ernærede børns måltidsmønstre [55][56]. Forståelsen af at ammede børn ikke fulgte flaskebørns spisemønstre affødte senere vejledningen om amning efter behov.

Arbejdsgruppen ønsker at klarlægge, om der er evidens for en mere effektiv etablering af amningen, når mødre ammer efter behov fremfor skemalagt amning. A priori var følgende outcomes defineret: eksklusiv amning 4-6 uger efter fødslen (pp), 3-4 og 6 måneder pp; delvis amning 4-6 uger og 6 måneder pp; væggtab over 10%; genindlæggelse på grund af ernæringsrelaterede problemer; smerter ved amning og sår på brystvorterne; amme self-efficacy 1 måned pp.

Amning efter barnets behov med fri adgang til brystet defineres som, at barnet lægges til brystet, når det viser tidlige tegn til at ville sutte og sutter indtil det selv slipper brystet, gerne 8 gange i døgnet eller mere fra dag 2. Tidlige tegn på at barnet vil sutte defineres som: suttebevægelser med mund og tunge, bevægelser af arme og ben, søgen efter brystet, fingre til mund, uro og klynkelyde.

God Praksis (Konsensus)

Det er god praksis at anbefale forældre, at barnet lige fra fødslen ammes efter behov med fri adgang til brystet. Gerne 8 gange i døgnet eller mere fra dag 2.

Nøgleinformationer

Gavnlig og skadelig virkning

Der er ikke fundet evidens for gavnlige virkninger af amning efter behov.

Det er imidlertid arbejdsgruppens vurdering, at amning efter barnets behov med fri adgang til brystet har flere gavnlige virkninger. Amning efter behov bevirker at mælkeproduktionen stimuleres, så moderen danner den mængde mælk barnet har behov for. Under laktogenese 1 i de første dage efter fødslen, indtil mælken løber til, er mælkeproduktionen endokrint reguleret. Under laktogenese 2, når mælken løber til, overgår reguleringen af mælkeproduktionen til autokrin regulering. Barnets efterspørgsel er i fase 1 betydningsfuld for igangsættelse af mælkeproduktionen og i fase 2 afgørende for opretholdelse af mælkeproduktionen [58][59].

Ligeledes afhjælper amning efter behov den fysiologiske brystspænding hos moderen, som kan opstå i forbindelse med at mælken løber til [60]. Moderen får således færre gener, og det er lettere for barnet at få godt fat på brystet. Børn der ammes efter behov vil hurtigere tage på i vægt [21]. Barnet vil vise tegn på trivsel (tilfredshed, vandladning, afføring), hvilket styrker moderens tro på, at hun kan lykkes med at amme sit barn. Endelig vil amning efter behov stimulere barnets fordøjelse, med deraf hyppigere afføring og derfor færre tilfælde af gulsot [61][62][63].

Arbejdsgruppen vurderer, at amning efter behov med fri adgang til brystet, ikke har nogen skadelige virkninger.

Kvaliteten af evidensen

Der er ikke fundet evidens, der kunne besvare det fokuserede spørgsmål.

Patientpræferencer

Nogle mødre oplever, at det er hårdt at amme efter behov, og er uforberedte på, hvor hyppigt barnet kan have brug for at blive ammet i den første tid efter fødslen [64][65]. Andre mødre oplever, at det er en frihed, at kunne amme efter behov [66].

Andre overvejelser

Gennemgang af litteraturen

Under litteraturgennemgangen blev der fundet et Cochrane Review fra 2016 [57] vedrørende effekten af amning efter behov sammenlignet med skemalagt amning for vellykket amning. Man fandt i dette Cochrane Review ikke nogen studier, der kunne besvare spørgsmålet. På baggrund af den fysiologiske forklaring om, at moderen danner den mængde mælk barnet efterspørger, anbefales det i reviewet's konklusion, at man fastholder anbefalingen om amning efter behov, trods den manglende evidens.

Ligeledes blev der under litteraturgennemgangen fundet et lille studie, der ikke direkte besvarer de outcomes, der stilles i dette PICO. Studiet er relevant, fordi det på en kvalificeret måde sammenligner amning efter behov med skemalagt amning. Det er et RCT-studie fra 1983, med 44 deltagere, udført i Cleveland, USA, som har undersøgt effekten af amning efter behov sammenlignet med amning hver 3.-4. time [21]. Outcomes i dette studie er barnets vægtøgning og mængden af mælk barnet fik. Studiet viser, at mødre, der ammer efter behov, 15 dage efter fødslen, ammer hyppigere, børnene tager mere mælk over 24 timer sammenlignet med børn, der ammes efter skema og har taget mere på i vægt siden fødslen. 35 dage efter fødslen viser resultaterne, at mødre, der ammer efter behov stadig ammer hyppigere, men børnene tager ikke mere mælk, og der er ikke større vægtstigning fra fødslen. Arbejdsgruppen har med data fra studiet udregnet den relative risiko for eksklusiv amning en måned efter fødslen ved amning efter behov sammenlignet med skemalagt amning hver 3.-4. time og fundet en RR = 1,26, 95% CI (0,73-2,18). Studiet bekræfter således anbefalingen om amning efter behov. At resultatet ikke er statistisk signifikant kan skyldes, at det er et lille studie.

Andre overvejelser:

Der påhviler sundhedspersonalet en vigtig opgave i at informere forældrene om fordelene ved amning efter behov, både i forberedelsen til amning før fødslen og i de første dage efter fødslen. Sundhedspersonalet bør ligeledes sikre sig, at forældrene kender barnets tidlige tegn på, at det er parat til at komme til brystet. Når barnet ligger hud mod hud hos en af forældrene, er det påvist, at barnet ammes hyppigere [65].

Studier af nyfødte, der ammes efter behov, viser, at børnene i det første døgn i gennemsnit bliver ammet 4-5 gange med en variation på 1 til 12 gange [14][67][68][69]. Fra andet døgn ammes de i gennemsnit 8-9 gange med en variation på 4-18 gange [21][70][71].

Flere undersøgelser viser, at intervallerne mellem amningerne er varierende henover døgnet [70][72]. Nogle forældre tolker anbefalingen om amning efter behov, gerne 8 gange i døgnet, som at barnet skal ammes 8 gange i døgnet fordelt med 3 timers mellemrum. Sundhedspersonalet må derfor være opmærksomme på, at forældrene har viden om, at amningerne kan fordele sig meget forskelligt over døgnet med kortere og længere intervaller imellem, og at nogle børn har brug for at blive ammet mere end 8 gange i døgnet.

Undersøgelser har vist, at barnet får mest mælk, når det lægges til brystet, når det viser tegn på, at det er parat [73]. Erfaringer fra praksis viser, at børn der sover meget i de første døgn kan stimuleres til at sutte ved at moderen håndudmalker et par dråber mælk ned i barnets mund. Det vil stimulere barnets spyttsekretion og fordøjelse og derved give barnet lyst til at komme til brystet. Afhængig af situationen kan man påtænke at igangsætte udmalkning, hvis barnet efter det første døgn stadig ikke er aktivt ved brystet.

Nogle mødre oplever, at amningen kan være smertefuld og trækker derfor tiden mellem amningerne så barnet ikke lægges til så ofte, som det er parat til. Det er vigtigt, at sundhedspersonalet støtter og hjælper disse mødre. Erfaringer fra praksis viser, at smertefulde amninger ikke skyldes amning efter behov, men oftest kan afhjælpes med forbedring af barnets sutteteknik og moderens ammestilling (se PICO 3 og 4). At trække tiden mellem amningerne vil i de fleste tilfælde forværre situationen, idet barnet kan blive urolig, være sværere at lægge til og sutte kraftigere på brystet, når det får lov at komme til brystet.

Rationale

Arbejdsgruppen lagde ved formulering af anbefalingen vægt på den fysiologiske forklaring, at mængden af mælk moderen producerer i ammeperioden reguleres af barnets efterspørgsel. Amning efter behov sikrer derfor, at moderen producerer den mængde mælk, barnet har brug for og er medvirkende til at sikre en effektiv ammeetablering. Samtidig er det vurderet, at der ikke er nogle skadelige virkninger.

5 - PICO 3: Vejledning i effektiv sutte- og ammeteknik på baggrund af moderens oplevelser af amningen og sundhedspersonalets observationer

Fokuseret spørgsmål

Skal alle mødre vejledes i effektiv sutte- og amme-teknik på baggrund af moderens oplevelser af amningen og sundhedspersonalets observationer?

Baggrund for valg af spørgsmål

Vejledning i effektiv sutte- og amme-teknik betragtes som gavnlig, idet effektiv amme-teknik er en væsentlig forudsætning for at etablere amning, sikre mælkeoverførsel og forebygge amme problemer. Hvorimod ineffektiv ammeteknik kan være associeret med amme-problemer, som efterfølgende kan lede til kortere ammevarighed [75]. Det har været almindelig praksis at vejlede forældre detaljeret og skridt for skridt i amme- og sutteteknik. Nyere forskning sætter imidlertid spørgsmålstegn ved, om denne skematiserede vejledning har en positiv effekt på ammevarigheden, eller om det ligefrem kan have en negativ indflydelse på den tidlige ammeetablering [76][77].

Arbejdsgruppen ønsker at klarlægge, om alle mødre skal modtage vejledning i effektiv sutte- og ammeteknik, som omfatter observation med efterfølgende vejledning, der tager udgangspunkt i såvel moderens behag/ubehag ved amningen som sundhedspersonalets observation. Der sammenlignes med ingen eller en detaljeret skridt for skridt observation og vejledning uden inddragelse af moderens oplevelser ved amningen. A priori var følgende outcomes defineret: eksklusiv amning 4- 6 uger efter fødslen (pp), 3-4 og 6 måneder pp; delvis amning 4 - 6 uger og 6 måneder pp; smerter ved amning og sår på brystvorterne; vægttab > 10%; og genindlæggelse på grund af ernæringsrelaterede problemer.

Effektiv sutte- og ammeteknik defineres som den interaktive proces mellem mor og barn, som resulterer i direkte overførsel af mælk fra mors bryst til barnet på en måde og i en mængde, som er tilstrækkelig til at tilgodese mors og barns behov. I alt 4 evidensbaserede kendetegn kendetegner effektiv sutte- og ammeteknik: mor og barns position, hvordan barnet tager fat om brystet, hvordan barnet sutter på brystet og mælkeoverførsel fra mor til barn [78].

God Praksis (Konsensus)

Det er god praksis at inddrage moderens oplevelse af amning på lige fod med sundhedspersonalets observationer, når sundhedspersonalet vejleder i effektiv sutte- og ammeteknik.

Nøgleinformationer

Gavnlig og skadelige virkninger

Der er ikke fundet nogen evidens for den gavnlige virkning på ammevarighed og amme- eller ernæringsrelaterede problemer af at inddrage moderens oplevelse af amning på lige fod med sundhedspersonalets observationer, når der vejledes i effektiv sutte- og ammeteknik.

Det formodes imidlertid, at sundhedspersonalet ved at indhente viden om moderens oplevelse og eventuelle smerter kan opnå en merviden om, hvordan barnet har fat om brystet. En værdifuld information, som ikke kan ses udefra, og som kan give mere brugbare oplysninger om, hvordan amningen fungerer end tekniske detaljer om mundens placering på brystet. Et øget fokus på inddragelse af moderens oplevelse af amning vil desuden give sundhedspersonalet mulighed for at anerkende moderen, bekræfte hende i det, som går godt, og dermed bringe moderens og barnets handlekompetencer i spil i forhold til etablering af amning [65][79].

Randomiserede studier viser, at standardiserede vejledninger med fastlagte checklister for observation af og vejledning i effektiv ammeteknik ikke fremmer amning, tværtimod [75][76][80][81]. Arbejdsgruppen vurderer derfor, at en detaljeret observation og skridt for skridt vejledning i effektiv sutte- og ammeteknik med fokus på det instrumentelle kan have en uhensigtsmæssig virkning.

Arbejdsgruppen vurderer ikke, at der er skadelige virkninger ved at inddrage moderens oplevelse af amningen, når der vejledes i effektiv sutte- og ammeteknik.

Kvaliteten af evidensen

Der er ikke fundet evidens, der kan besvare det fokuserede spørgsmål.

Patientpræferencer

Et ønske om at blive hørt og taget alvorligt i forhold til egen oplevelse af amning er et tilbagevendende fund i kvalitative undersøgelser med ammende kvinder [66]. Ønsket omfatter individuel vejledning, der tager afsæt i den enkelte moders erfaringer, fremfor generel og standardiseret vejledning [30].

Andre overvejelser

Mødre, der gerne vil amme, skal tilbydes individuel vejledning til at opnå effektiv amning, herunder i at kunne lægge spædbarnet til brystet. Mødre skal støttes i at reagere fyldestgørende på såvel barnets signaler som egne indtryk. Støtte til at opnå effektiv amning er en dialogisk proces mellem mor og den sundhedsprofessionelle, som inkluderer observation, inddragelse af moderens erfaringer og vejledning i amning [65][79][83].

Sundhedspersonalets observation af amningen skal omfatte både mor og barn. Observation af barnet skal sikre, at barnet har et godt greb om brystet. Når mælken er løbet til observeres, at barnet ændrer sutterytme i forbindelse med at nedløbsrefleksen aktiveres, og at mælkeoverførslen fra mor til barn kan høres ved, at barnet synker [84]. Observation af moderen skal omfatte moderens ansigtsudtryk, udtryk for smerte eller ubehag og interaktion med barnet.

I forbindelse med vejledning i effektiv sutte- og ammeteknik er det væsentligt, at ammestillingen tilgodeser, at barnet tilbydes brystet på en måde, så det kan få et godt greb om brystet og bevare dette greb under amningen. Det handler således om at hjælpe og støtte den enkelte mor med at finde frem til, hvilken ammestilling (liggende, siddende eller stående), der fungerer bedst for hende og hendes barn. Erfaringer fra praksis viser, at den tilbagelænedede ammestilling, kan være meget effektiv i den første tid efter fødslen, idet tyngdekraften bevirker, at barnet kommer helt tæt ind til mors bryst og i højere grad udnytter de primitive neonatale reflekser sammenlignet med mere traditionelle stillinger (46). Det kan derfor være hensigtsmæssigt at introducere moderen for denne stilling. Barnet er selv i stand til at placere brystvorten hensigtsmæssig i mundhulen, når det bliver placeret tæt mod moderens krop og givet muligheden for selv at gribe brystet (se også PICO 1). En hands-off tilgang til vejledningen i sutte- og ammeteknik anbefales [82].

Rationale

Arbejdsgruppen lagde ved formuleringen vægt på, at tidligere studier har vist, at rigid standardiseret observation og vejledning i effektiv sutte- og ammeteknik ikke har nogen positiv effekt på ammevarighed og amme- eller ernæringsrelaterede problemer. Desuden vægtede arbejdsgruppen, at inddragelse af moderens oplevelse af amningen i forbindelse med observation og vejledning i effektiv sutte- og ammeteknik formodes at resultere i en mere individuel og nuanceret vejledning, hvilket er i overensstemmelse med mødres udtrykte præferencer for ammevejledning. En mindre skematisk vejledning forventes desuden at øge den enkelte mors handlemuligheder og tilliden til sig selv i forhold til amning. Inddragelse af moderens oplevelser vurderes ikke til at have nogle skadelige virkninger.

6 - PICO 4: Tilbud om vejledning i effektiv sutte- og ammeteknik ved ammeproblemer

Fokuseret spørgsmål

Skal mødre, der har ammeproblemer, hvor barnet har svært ved at få fat om brystet, tilbydes vejledning i effektiv sutte- og ammeteknik fremfor at blive introduceret til en suttebrik.

Baggrund for valg af spørgsmål

Når barnet har svært ved at tage fat om brystet, har det været god praksis at vejlede i sutte- og ammeteknik for at kunne afhjælpe problemet. Der berettes imidlertid fra praksis om et stigende forbrug af suttebrikker i situationer, hvor barnet har svært ved at tage fat om brystet. Når der er travlhed på fødestederne, er suttebrikken en nem og hurtig intervention, og en del mødre er glade for at bruge den. Det ser imidlertid ud til at brug af suttebrik forkorter ammevarigheden [86].

Arbejdsgruppen ønsker at klarlægge om der er evidens for at give vejledning i effektiv sutte- og amme-teknik til mødre, der har tidlige ammeproblemer med at få barnet til at tage fat om brystet, fremfor at sundhedspersonalet tilbyder en suttebrik. A priori var følgende outcomes defineret: eksklusiv amning 4 - 6 uger efter fødslen (pp), 3-4 og 6 måneder pp; delvis amning 4 - 6 uger og 6 måneder pp; vægttab > 10%; og genindlæggelse på grund af ernæringsrelaterede problemer.

Definition af effektiv sutte- og ammeteknik inkluderer observation af mor og barns position, hvordan barnet tager fat om brystet, hvordan barnet sutter på brystet og mælkeoverførsel fra mor til barn. Vejledningen i effektiv sutte- og ammeteknik er afhængig af problemets karakter. Den omfatter en observation af sutte- og ammeteknik, hvor den efterfølgende vejledning tager udgangspunkt i moderens behag/ ubehag ved amningen og personalets observation af amningen.

God Praksis (Konsensus)

Det er god praksis at sundhedspersonalet først identificerer den mulige årsag og dernæst tilbyder vejledning i effektiv sutte- og ammeteknik (se PICO 3), når mødre har tidlige ammeproblemer, hvor barnet har svært ved at få fat om brystet.

Der er konsensus blandt arbejdsgruppens medlemmer om, at det ikke er god praksis som førstevalg at introducere suttebrikker til mødre, hvor barnet har svært ved at få fat om brystet.

Nøgleinformationer

Gavnlig og skadelige virkninger

Der er ikke fundet evidens for, at det har gavnlig virkning på amme-varighed, vægttab eller genindlæggelse at vejlede i effektiv sutte- og ammeteknik fremfor at blive introduceret til en suttebrik, når moderen oplever problemer med at få barnet til at tage fat om brystet.

Arbejdsgruppen har en forventning om, at sundhedspersonale kan optimere kvaliteten af den vejledning, som mødre får, ved at målrette vejledningen den identificerede årsag til, at barnet har svært ved at få fat. Vedrørende videre vejledning henvises til PICO 3. Arbejdsgruppen forventer ikke, at vejledning fokuseret på den identificeret årsag har skadelig virkning, så længe den tager et individuelt afsæt og ikke har karakter af fejlfinding, hvor moderen kan føle, at hun har skyld eller, at der ledes efter fejl hos hende [85].

Et dansk kohortestudie viser, at anvendelse af suttebrik har signifikant sammenhæng med at opleve tidlige amme-problemer [86]. Den kan have skadelig virkning ved at reducere mælkeoverførslen fra mor til barn samt forøge risikoen for tidligt amme-ophør, specielt for den førstegangsfødende uden amme-erfaring og den flegangsfødende med tidligere kort amme-erfaring.

Den skadelige virkning ved anvendelse af suttebrik kan have sammenhæng med tidspunktet, den bliver introduceret, varigheden den anvendes, og måden den introduceres på. Introduktion før udskrivelse reducerer muligheden for vellykket amning [87]. Ved brug over længere tid er der øget risiko for tidligt ammeophør [86]. Sundhedspersonalets kompetente støtte til mødre i brug af suttebrik kan reducere den negative indflydelse [88].

Kvaliteten af evidensen

Der er ikke fundet evidens, der kunne besvare det fokuserede spørgsmål.

Patientpræferencer

I kvalitative studier beretter mødre om at have fået udleveret suttebrik uden begrundelse, og at anvendelse af suttebrik kan skabe en afhængighed hos barn såvel som mor [86][89]. I kvalitative studier peger mødre også på, at anvendelse af suttebrik har hjulpet dem igennem svære amme-perioder, hvor barnet har haft svært ved at tage fat om brystet, eller moderen har oplevet mange smerter. Mødre påpeger, at anvendelse af suttebrik kan have været afgørende for, at de ikke opgav amningen [89][90].

Andre overvejelser

40% af mødre, der starter med at amme, oplever tidlige ammeproblemer. Amme problemer består oftest i problemer med at få barnet til at tage fat eller sutte på brystet. 31% af mødrene oplever problemer med at få barnet til at tage fat den første uge [75]. Problemer med at få barnet til at tage fat eller sutte på brystet kan skyldes fysiske forhold hos moderen som flade eller indadvendte brystvorter, store bryster, brystspænding, smerte i sårede brystvorter, eller psykosociale forhold såsom stor usikkerhed knyttet til amning. Forhold hos barnet kan også være af fysisk eller psykisk karakter som stramt tungebånd, smerte ved at blive lagt til brystet efter svær fødsel med clavícula fraktur eller fødselssvulst, eller barnet kan reagere med afstandtagen, hvis det er blevet presset mod brystet mod sin vilje. Drejer det sig om et barn der er træt og ikke viser interesse for at sutte, se PICO 2.

Det skaber forståeligt nok uro, frustration og usikkerhed hos forældrene, når barnet ikke tager fat. Barnets indtag af mælk er centralt for, at barnet kan trives og har en grundlæggende betydning for opbygning af moderskabet og moderens tro på at hun kan få barnet til at vokse og trives [91]. Uro hos barnet i forbindelse med måltidet kan derfor give større følelse af usikkerhed end andre former for uro.

Vejledningen skal indeholde såvel guidning i forhold til de praktiske færdigheder i at lægge barnet til (effektiv sutte- og ammeteknik) som dialogbaseret kommunikation, der involverer moderens oplevelse (se PICO 3). Sundhedspersonale skal også være opmærksom på hud mod hud kontakt og muligheden for "at starte forfra", når barnet har svært ved at få fat [92]. Se PICO 1. Tidlig brug af suttebrik kan ledsages af regelmæssig udmalkning for at sikre morens mælkeproduktion afhængigt af, hvor aktivt barnet er ved brystet.

Det er en udbredt praksiserfaring, at anvendelse af suttebrik kan hjælpe ammende mødre over en svær periode, men at den samtidig kan øge usikkerheden for ammesucces på længere sigt. Det kan ikke udelukkes, at tidlig introduktion af suttebrik er en markør for ammeproblemer, som dermed ikke bliver adresseret. Introduktion af suttebrik til mødre, hvor barnet har svært ved at få fat, skal ske på baggrund af en kvalificeret faglig vurdering og efter involvering af moderen i vurderingen med oplysning om mulige fordele og ulemper ved anvendelse af suttebrik.

Det påhviler sundhedspersonalet at støtte moderen i at få barnet tilbage på brystet uden suttebrik, når moderen er parat. Det implicerer støtte i at lægge barnet til uden anvendelse af suttebrik, guide moderen frem under afprøvning, pege på hensigtsmæssige tidspunkter, hvor barnet er mere tilbøjeligt til at gribe fat om brystet (når barnet har suttet brystvorten frem, når barnet er søvnigt og afslappet f.eks. om natten) og bevare moderens tro på, at det kan lykkes, selvom det kræver flere forsøg.

Rationale

Arbejdsgruppen lagde ved formulering af anbefalingen vægt på, at det forventes, at en målrettet vejledning vil få en mere langsigtet effekt ved at arbejde for at identificere og forsøge at eliminere årsagen til, at barnet har svært ved at få fat om brystet. Der forventes ikke at være nogen skadelig virkning af at identificere den mulige årsag og dernæst tilbyde vejledning i effektiv sutte og ammeteknik, så længe vejledningen tager et individuelt afsæt, er guidende, og ikke har karakter af fejlfinding. Modsat kan tidlig introduktion af suttebrik give anledning til tidligt ammeophør, hvorfor arbejdsgruppen vurderer, at suttebrik kun bør introduceres til mødre på baggrund af en kvalificeret faglig vurdering af det enkelte mor-barn par og i dialog med moderen, når hun har tidlige problemer med at få barnet til at tage fat.

7 - PICO 5: Faderens involvering i ammevejledningen

Fokuseret spørgsmål 5

Skal faderen/partneren involveres i ammevejledningen?

For læsevenligheds skyld skriver vi i det nedenstående kun faderen og ikke faderen/partneren.

Baggrund for valg af spørgsmål:

I de senere år er der kommet fokus på faderens medinddragelse i vejledningen om amning. Mange fædre ønsker at være en del af amningen, og det ser også ud til, at faderen har en betydning for ammeperiodens længde. Både sundhedspersonalet, moderen og faderen kan imidlertid være i tvivl om, hvordan faderen bedst inddrages og det medfører ofte, at han ikke får en plads i ammevejledningen.

Arbejdsgruppen ønsker at klarlægge, om der er evidens for en mere effektiv etablering af amningen, når faderen/partneren involveres i ammevejledningen sammenlignet med ammevejledning, som udelukkende er rettet mod moderen. A priori var følgende outcomes defineret: eksklusiv amning 4-6 uger efter fødslen (pp), 3-4 og 6 måneder pp; delvis amning 4-6 uger og 6 måneder pp; vægttab > 10% af fødselsvægten; og genindlæggelse på grund af ernæringsrelaterede problemer, eksempelvis gulsot, vægttab eller dehydrering.

Inddragelse af faderen i ammevejledningen defineres her som en vejledning, der gives særskilt til faderen eller sammen med moderen og omfatter vejledning/undervisning, der både gives præ- og/eller postpartum.

Stærk anbefaling

Giv faderen/partneren mulighed for at blive inddraget i ammevejledningen.

Nøgleinformationer

Gavnlig og skadelige virkninger

Litteraturen viser at inddrages faderen/partneren i ammevejledningen, så ammer flere mødre eksklusivt 4-6 uger pp, 3-4 og 6 måneder pp. Desuden ammer flere mødre delvist 4-6 uger og 6 måneder pp. Det har ikke været muligt at belyse gavnlige virkninger som færre børn, der taber sig mere end 10% af fødselsvægten og færre børn, der genindlægges på grund af ernæringsmæssige problemer. Arbejdsgruppen vurderer ikke, at der er skadelige virkninger forbundet ved at inddrage faderen/partneren i ammevejledningen.

Kvaliteten af evidensen

6 RCT studier og 3 quasi-eksperimentelle studier indgår i beregningen af effekten på ammefrekvenserne 4-6 uger pp, 3-4 og 6 måneder efter fødslen. Alle peger i samme retning. Studiepopulationerne er generelt meget homogene, ligesom interventionerne er sammenlignelige. Den samlede evidens vurderes således som moderat til høj. Vurderingen af risk of bias i studierne kan ses i figur 4-7.

Patientpræferencer

Flere kvalitative studier viser, at langt de fleste fædre og mødre ønsker, at faderen/partneren involveres [103][104][105]. Erfaringer fra praksis i Danmark viser, at de fleste forældre forventer, at faderen/partneren involveres og vurderer det negativt i landsdækkende tilfredshedsundersøgelser, hvis de ikke oplever dette [106].

Andre overvejelser

Det er arbejdsgruppens erfaring at langt de fleste sundhedsprofessionelle synes, det er vigtigt, at faderen involveres i ammevejledningen. Der er imidlertid sundhedsprofessionelle, som har vanskeligt ved at vurdere, hvordan de bedst involverer faderen/partneren. Der er således brug for kompetenceudvikling og en ekstra indsats for at få implementeret dette som et standardtilbud til alle.

Inddragelsen kan ifølge de inkluderede studier omfatte vejledning og undervisning vedrørende fordelene ved amning, vigtigheden af faderens støtte, hvordan faderen/partneren praktisk kan deltage i amningen, viden om almindelige ammeproblemer og hvordan de kan afhjælpes.

Hvis vejledningen/undervisningen foregår i den almindelige arbejdstid, kan det være vanskeligt for fædre at deltage. Der kan således være brug for et varieret tilbud til forældre, som indebærer at faderen har mulighed for at deltage.

Rationale

På baggrund af den moderate evidens, de primært gavnlige effekter og forældrenes præferencer har arbejdsgruppen givet en stærk anbefaling for involvering af faderen/partneren i ammevejledningen.

Fokuseret Spørgsmål

Population: Forældre til et enkelt nyfødt barn med en gestationsalder på 37+0 uger eller mere. Mødre og børn med sygdomme eller særlige forhold, der komplicerer den normale amme-etablering er ekskluderet.

Intervention: Inddragelse af faderen i ammevejledningen

Sammenligning: Ammevejledning, som udelukkende er rettet mod moderen

Sammenfatning

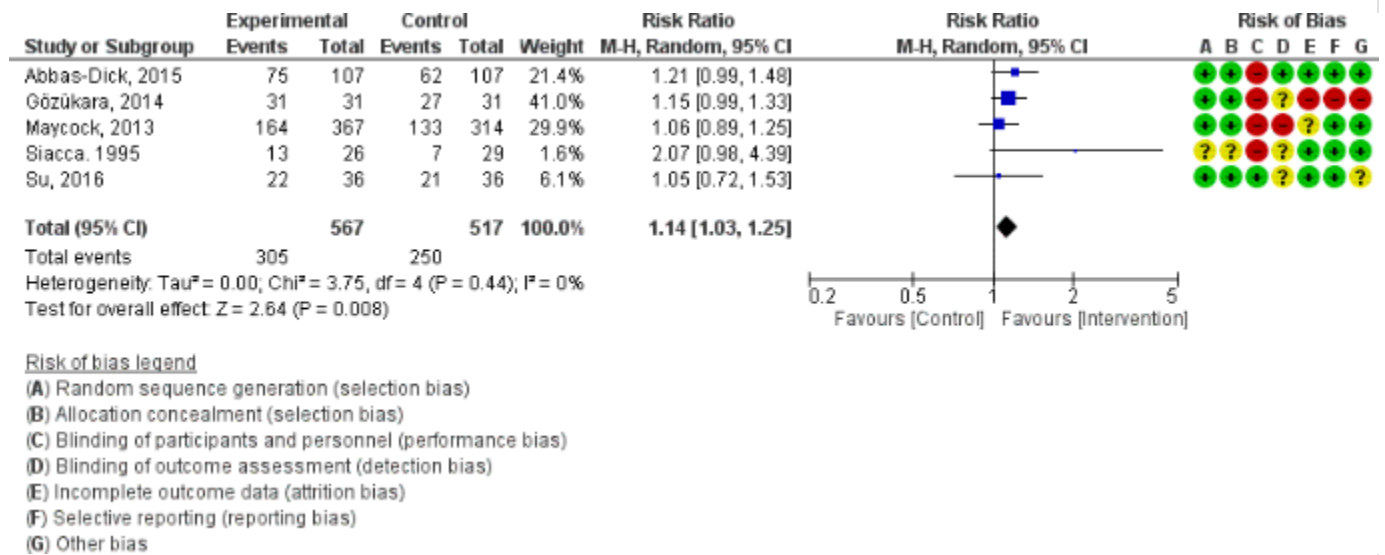
Gennemgang af evidensen

Som det fremgår af flowdiagrammet, består evidensgrundlaget for besvarelsen af det fokuserede spørgsmål af 9 studier [94][95][96][97][98][99][100][101][102], hvoraf 6 er klinisk randomiserede studier [94][95][96][97][99][100] og 3 er quasi-eksperimentelle studier [98][101][102]. 3 af studierne [94][95][96] er fundet gennem en systematisk litteraturgennemgang [24]. En opdaterende litteratursøgning resulterede i inklusionen af yderligere 6 studier [97][98][99][100][101][102].

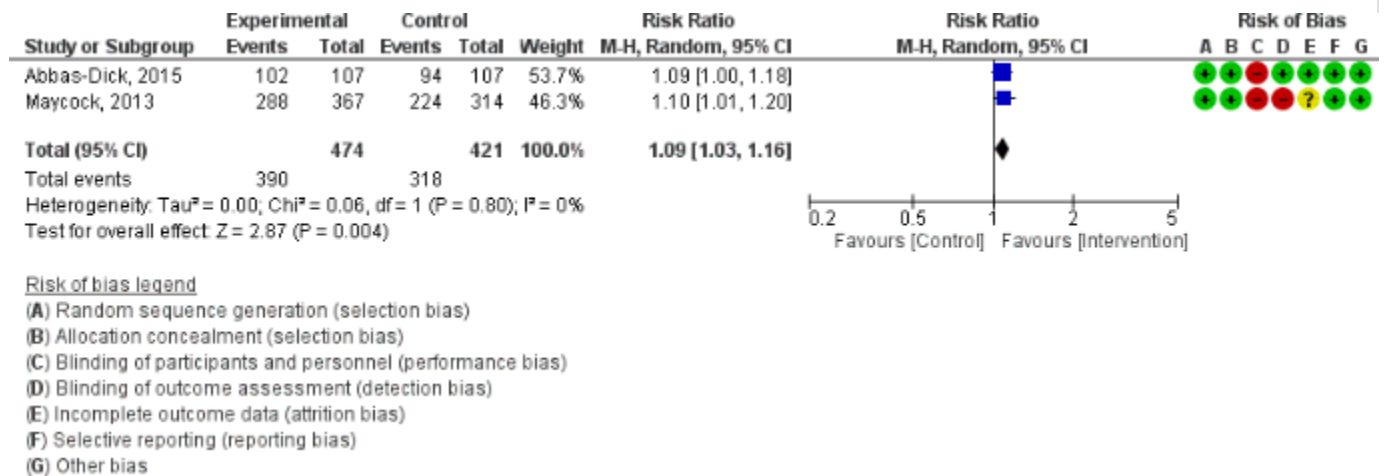
De 9 studier inkluderede alle raske forældre til et enkelt nyfødt barn med en gestationsalder på 37+0 uger eller mere og vurderes således meget homogene. I studierne indgik mellem 55 og 699 fædre eller forældrepar og i 3 af studierne indgik udelukkende førstegangsforældre [94][97][101]. Interventionen i 4 af studierne var udelukkende henvendt til faderen [96][98][99][100] og omfattede i 2 af studierne en indsats antepartum [94][100], i 4 studier postpartum [95][96][97][101] og i de resterende 3 studier lå indsatsen både ante- og postpartum [98][99][102]. Interventionen bestod i alle studierne af undervisning og vejledning. I 2 studier blev der suppleret med adgang til hjemmeside, pjece, videomateriale og/eller deltagelse i et arrangement [97][98]. Flere af interventionerne havde fokus på fordele ved amning [94][95][98][99], træning i ammeteknik ved hjælp af dukker [94][101][102], drøftelse af almindelige ammeproblemer og hvordan disse kunne afhjælpes [94][95][96][99], drøftelse af vigtigheden af og hvordan faderen kunne deltage i amningen [95][96][98][99][100][101] og hvordan forældrene kunne samarbejde om at nå deres mål for amning [100]. I alle studier modtog faderen i sammenligningsgruppen ingen undervisning/vejledning eller der blev givet vanligt tilbud, som var målrettet til moderen alene. Frafaldet blev i 5 ud af de 9 studier vurderet til at give anledning til lille risiko for bias, i 2 studier var risiko for bias uklar og i 2 studier gav frafaldet anledning til vurdering af høj risiko for bias. For yderligere information om de inkluderede studier se bilag 8.

Den summerede effekt på det kritiske outcome-mål: eksklusiv amning 4-6 uger pp var statistisk signifikant og til fordel for interventionsgruppen. Ligeledes var den summerede effekt statistisk signifikant til fordel for interventionsgruppen på outcome-målene delvis amning 4-6 uger pp (2 studier indgik), eksklusiv amning 3-4 måneder pp og eksklusiv amning 6 måneder pp. Kun et studie indgik i vurderingen af outcome-målet: delvis amning 6 måneder pp [100]. Her blev også fundet en statistisk signifikant effekt til fordel for interventionsgruppen. Der blev ikke fundet nogle studier, der kunne besvare spørgsmålet om, hvorvidt involvering af faderen i ammevejledning har effekt på væggtab > 10% af fødselsvægten indenfor den første måned og genindlæggelse indenfor den første måned efter fødslen på grund af ernæringsrelaterede problemer. Meta-analysen viste, at for outcome målene eksklusiv og delvis amning 4-6 uger var heterogeniteten mellem studierne meget lav ($I=0$), mens den var noget højere for eksklusiv amning 3-4 måneder pp ($I=64\%$) og eksklusiv og fuld amning 6 måneder pp ($I=48\%$). Se figur 4-7 for yderligere. Tiltroen til evidensen blev nedgraderet til moderat på grund af inddragelse af quasi-eksperimentelle studier, og risk of bias primært på grund af manglende blinding. En oversigt over studierne med angivelse af risk of bias kan findes i bilag 8.

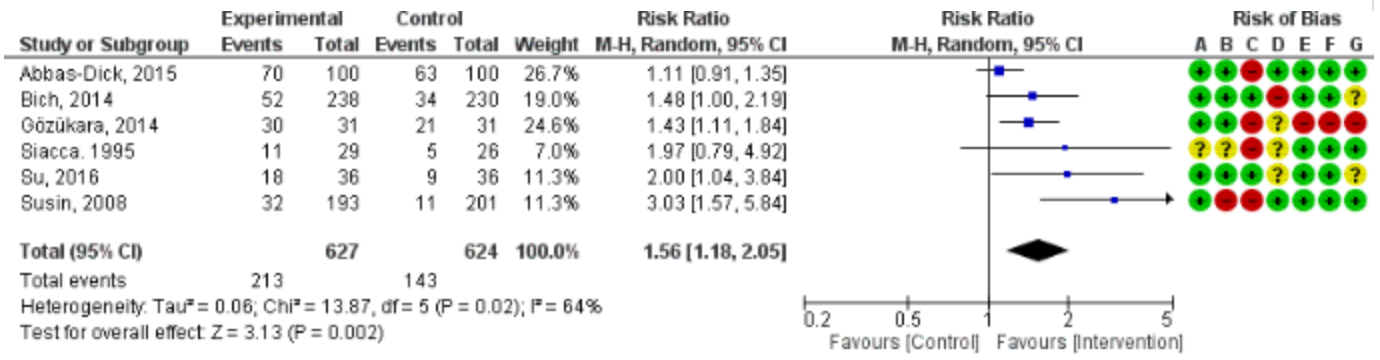
Resultaterne af metaanalysen, forest plots og Risk of Bias vurderingen for PICO 5 fremgår af nedenstående figurer 4-7



Figur 4 (analyse 1.4): Forest plot af sammenligningen: Involvering af faderen versus ingen involvering af faderen, outcome: Eksklusiv amning 4 til 6 uger postpartum.



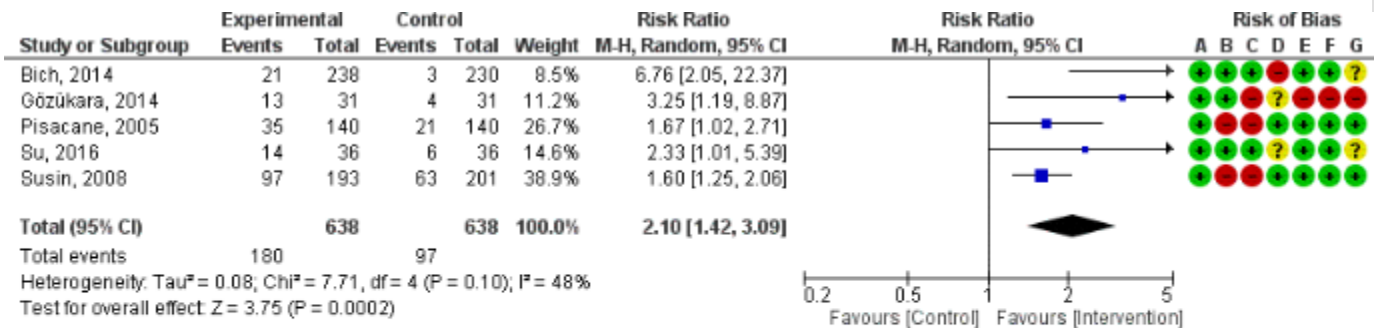
Figur 5 (analyse 1.5): Forest plot af sammenligningen: Involvering af faderen versus ingen involvering af faderen, outcome: Delvis amning 4 til 6 uger postpartum.



Risk of bias legend

- (A) Random sequence generation (selection bias)
- (B) Allocation concealment (selection bias)
- (C) Blinding of participants and personnel (performance bias)
- (D) Blinding of outcome assessment (detection bias)
- (E) Incomplete outcome data (attrition bias)
- (F) Selective reporting (reporting bias)
- (G) Other bias

Figur 6 (analyse 1.6): Forest plot af sammenligningen: Involvering af faderen versus ingen involvering af faderen, outcome: Eksklusiv amning 3 til 4 måneder postpartum.



Risk of bias legend

- (A) Random sequence generation (selection bias)
- (B) Allocation concealment (selection bias)
- (C) Blinding of participants and personnel (performance bias)
- (D) Blinding of outcome assessment (detection bias)
- (E) Incomplete outcome data (attrition bias)
- (F) Selective reporting (reporting bias)
- (G) Other bias

Figur 7 (analyse 1.7): Forest plot af sammenligningen: Involvering af faderen versus ingen involvering af faderen, outcome: Eksklusiv amning 6 måneder postpartum.

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater		Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
		Ammevejledning til moderen	Inddragelse af faderen		
Eksklusiv amning 4-6 uger postpartum 7 Kritisk	Relative risiko 1.14 (CI 95% 1.03 - 1.25) Baseret på data fra 1,084 patienter i 5 studier. (Randomiserede studier)	484 per 1.000 Forskæl: 68 mere per 1.000 (CI 95% 15 mere - 121 mere)	552 per 1.000	Moderat Brede konfidensintervaller i de primære studier. 2 af de 5 studier har et quasi- eksperimentelt design. 1	Inddragelse af faderen medfører sandsynligvis nogen forbedring af eksklusiv amning
Delvis amning 4-6 uger postpartum 4 Vigtig	Relative risiko 1.09 (CI 95% 1.03 - 1.16) Baseret på data fra 895 patienter i 2 studier. (Randomiserede studier)	755 per 1.000 Forskæl: 68 mere per 1.000 (CI 95% 23 mere - 121 mere)	823 per 1.000	Høj 2	Inddragelse af faderen forbedrer delvis amning væsentligt
Eksklusiv amning 3-4 måneder postpartum 4 Vigtig	Relative risiko 1.56 (CI 95% 1.18 - 2.05) Baseret på data fra 1,251 patienter i 6 studier. (Randomiserede studier)	229 per 1.000 Forskæl: 128 mere per 1.000 (CI 95% 41 mere - 240 mere)	357 per 1.000	Moderat 3	Inddragelse af faderen medfører sandsynligvis nogen forbedring af eksklusiv amning
Eksklusiv og fuld amning 6 måneder postpartum 4 Vigtig	Relative risiko 2.44 (CI 95% 1.56 - 3.81) Baseret på data fra 1,276 patienter i 5 studier. (Randomiserede studier)	60 per 1.000 Forskæl: 86 mere per 1.000 (CI 95% 34 mere - 169 mere)	146 per 1.000	Moderat på grund af alvorlig risiko for bias, Opgraderet på grund af Stor effekt 4	Inddragelse af faderen medfører sandsynligvis en væsentlig forbedring af eksklusiv og fuld amning
Delvis amning 6 måneder postpartum 4 Vigtig	Relative risiko Baseret på data fra 100 patienter i 1 studier. (Randomiserede studier) Opfølgningstid 6 måneder	760 per 1.000 Forskæl: 180 mere per 1.000	940 per 1.000	Moderat Kun et studie er inkluderet 5	Inddragelse af faderen medfører sandsynligvis en væsentlig forbedring af delvis amning
Vægttab > 10% af FV Indenfor den første					Vi fandt ingen studier, der opgjorde (forekomst af)

<p>måned</p>		<p>vægttab > 10% af fv indenfor den første måned</p>
<p>4 Vigtig</p>		
<p>Genindlæggelse pga ernæringsrelaterede problemer Indenfor den første måned postpartum</p>		<p>Vi fandt ingen studier, der opgjorde (forekomst af) genindlæggelse pga ernæringsrelaterede problemer (gulsot, vægttab eller dehydrering) indenfor den første måned postpartum</p>
<p>4 Vigtig</p>		

1. Risiko for bias: Ingen betydelig . Manglende blinding ; Inkonsistente resultater: Ingen betydelig . Manglende overførbarhed: Ingen betydelig . Upræcist effekttestimat: **Alvorlig** . Brede konfidensintervaller ; Publikationsbias: Ingen betydelig .
2. Risiko for bias: Ingen betydelig . Manglende blinding ; Inkonsistente resultater: Ingen betydelig . Manglende overførbarhed: Ingen betydelig . Upræcist effekttestimat: Ingen betydelig . Publikationsbias: Ingen betydelig .
3. Risiko for bias: Ingen betydelig . Manglende blinding ; Inkonsistente resultater: Ingen betydelig . Manglende overførbarhed: Ingen betydelig . Upræcist effekttestimat: Ingen betydelig . Publikationsbias: Ingen betydelig .
4. Risiko for bias: Ingen betydelig . Utilstrækkeligt skjult randomisering, Manglende blinding ; Inkonsistente resultater: Ingen betydelig . Manglende overførbarhed: Ingen betydelig . Upræcist effekttestimat: Ingen betydelig . Publikationsbias: Ingen betydelig .
Opgradering: Stor effekt .
5. Risiko for bias: Ingen betydelig . Manglende blinding, Inkomplette data/eller Stort frafald ; Inkonsistente resultater: Ingen betydelig . Manglende overførbarhed: Ingen betydelig . Upræcist effekttestimat: Ingen betydelig . Kun data fra ét studie ; Publikationsbias: Ingen betydelig .

8 - Bilag 1 Baggrund

Lancet konkluderede i 2016 på baggrund af en række publikationer, at amning er blandt de sundhedsfremmende aktiviteter, som har den største betydning for folkesundheden på kort og længere sigt med sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende effekter for såvel mor som barn i vestlige industrialiserede lande, inklusiv økonomiske samfundsmæssige gevinster [1][2]. For barnets vedkommende er det således veldokumenteret i undersøgelser, hvor der er kontrolleret for blandt andet uddannelse og sociale tilhørsforhold, at modermælken med sin unikke ernæringsmæssige sammensætning fremmer et hensigtsmæssigt tidligt vækstmønster hos barnet og forebygger senere udvikling af fedme [1][3]. Desuden er det veldokumenteret at modermælken indhold af blandt andet immunoglobuliner understøtter barnets immunsystem og forebygger tidlige infektionssygdomme, at blandt andet fedtsammensætningen fremmer barnet neurale og kognitive udvikling, samt at modermælken generelt forebygger en række kroniske sygdomme som ex. diabetes på længere sigt [1][3]. For moderens vedkommende mindsker amning risikoen for udvikling af brystkræft, livmoderkræft og type-2 diabetes [1][3].

Der fødes ca. 60.000 børn i Danmark om året [4]. Mere end 95 % af mødre til disse børn påbegynder amning efter fødslen [5][6]. Flere danske undersøgelser har imidlertid vist, at omkring 20% af mødre ophører med at amme barnet fuldt indenfor de første 5 uger efter fødslen, på trods af et ønske om at amme længere tid [5]. Kun omkring 56% ammer fuldt til 4 måneder og 12% ammer svarende til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om fuld amning til barnet er omkring 6 måneder [8]. Etablering af amning foregår i løbet af den første måned efter fødslen, hvorfor man kan argumentere for, at de mødre, der ophører tidligt med at amme fuldt, i virkeligheden aldrig har fået etableret en effektiv amning. Mødre, som det lykkes at amme fuldt i længere tid, er i højere grad karakteriseret ved at være ældre og have længerevarende uddannelse og være etnisk danske sammenlignet med mødre, som det ikke lykkes at amme fuldt [1][9]. Når man tager de sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende effekter ved amning i betragtning, så giver denne skæve sociale fordeling blandt mødre, som det lykkes at fuldame i længere tid en ulige adgang til sundhed for nyfødte børn i Danmark [10].

Faktorer, der har betydning for etablering af amning er fortrinsvis undersøgt via observationelle studier. Sammenhængen er tilsyneladende multi-faktoriel med påvirkende faktorer af såvel fysiologisk, som adfærdsmæssig og psykosocial karakter [1]. Faktorer relateret til fødslen [11][12][13], tidspunkt for tilløb af mælk [15], fedme [16][17] eller diabetes [18] hos moderen spiller en rolle. Moderens adfærd efter fødslen med hensyn til at have tæt hudkontakt med barnet [19], benytte effektiv amme-teknik [20][75] og lade barnet sutte hyppigt [21] er påvist at have betydning. Desuden influerer moderens oplevelse af tidlige ammeproblemer med smerter, sårede brystvorter og oplevelse af for lidt mælk [22][110], ligesom moderens intention om at vil amme, hendes viden om amning, hendes tiltro til at kunne amme og hendes oplevelse af at blive støttet i amningen, specielt af faderen, påvirker forløbet [23][24].

Derudover har det betydning, at moderen oplever at få tilstrækkelig hjælp. Den landsdækkende undersøgelse af patienttilfredshed (LUP) har gennem en årrække vist, at amning er det område, der kan medvirke til størst usikkerhed blandt forældrene i den tidlige efterfødselsperiode [25]. En kvalitativ uddybning af dette i LUP 2016 viser, at en del af forklaringen kan være sundhedspersonalets modstridende eller manglende opdaterede vejledning [26]. Et Cochrane review og flere observationelle studier, heriblandt også danske viser, at sundhedspersonalet har indflydelse på nye mødres etablering og vedligeholdelse af amning [27][28][29]. Desuden påvises det, at ekstra støtte kan medvirke til at øge amme frekvensen specielt i områder, hvor mange påbegynder amning, hvilket netop er tilfældet for danske mødre [27].

I Danmark varetages vejledningen af forældre af både jordemødre, sygeplejersker og social/sundhedsassistenter i sekundær sektor og sundhedsplejersker i primær sektor. Desuden kan læger i primær og sekundær sektor inddrages ved komplicerede forløb. En klinisk retningslinje for etablering af amning vil give de sundhedsprofessionelle, som er ansvarlige for at vejlede nye forældre i amme-etablering mulighed for at ensrette og basere vejledningen på nyeste evidensbaserede viden og dermed mindske usikkerheden hos forældre og øge frekvensen af fuld amning 1 måned efter fødslen [30].

9 - Bilag 2 Implementering

Dette afsnit beskriver, hvilke aktører (organisationer, faggrupper, myndigheder), der har et medansvar for at sikre udbredelsen af kendskabet til samt anvendelse af retningslinjens anbefalinger hos det sundhedsfaglige personale, der i den kliniske praksis møder spædbørnefamilier og skal vejlede og støtte denne gruppe til etablering af amning. Afsnittet indeholder desuden arbejdsgruppens forslag til de konkrete aktiviteter, som de pågældende aktører kan iværksætte for at understøtte implementeringen.

Regionerne og regionernes sygehuse samt Kommunernes Landsforening og kommunernes sundhedsplejerskeordninger spiller en vigtig rolle i at understøtte implementeringen af den nationale kliniske retningslinje gennem formidling af retningslinjens indhold og ved at understøtte retningslinjens anvendelse i praksis. Samarbejdet og kommunikationen mellem primær- og sekundær sundhedsvæsen er således vigtig for sikre konsistens i vejledningen. For at understøtte retningslinjens anvendelse lokalt er det hensigtsmæssigt, at den nationale kliniske retningslinje samstemmes med eller integreres i de forløbsbeskrivelser, instrukser og vejledninger, som allerede anvendes her. Regionerne og Kommunernes Landsforening bør således sikre, at de anbefalinger, som må være relevante, indarbejdes i instrukser og vejledninger i regioner og kommuner.

For almen praksis kan der med fordel indsættes et link til den nationale kliniske retningslinje i lægehåndbogen. Regionernes praksiskonsulenter kan desuden have en rolle i at tage stilling til den konkrete implementering.

De faglige selskaber er en vigtig aktør i at udbrede kendskabet til retningslinjen. Arbejdsgruppen foreslår således, at den nationale kliniske retningslinje omtales på hjemmesider, i nyhedsbreve og fagblade for følgende faglige selskaber: Fagligt Selskab for Gynækologiske og Obstetriske sygeplejersker, Fagligt Selskab for sygeplejersker, der arbejder med Børn og Unge, Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker, Jordemoderforeningen, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, Dansk Pædiatrisk Selskab, Dansk Selskab for Almen Medicin og Internationalt Certificerede Ammekonsulenter i Danmark. Omtalen skal indholde orientering om, hvad retningslinjen indebærer for det pågældende speciale med et link til den fulde version af retningslinjen. Arbejdsgruppen foreslår ligeledes, at retningslinjen præsenteres på årsmøder/konferencer i regi af de ovennævnte faglige selskaber. Ligeledes foreslår arbejdsgruppen, at den nationale kliniske retningslinje indarbejdes i Sundhedsstyrelsens publikation "Amning - en håndbog for sundhedspersonale", når denne revideres næste gang.

Arbejdsgruppen foreslår desuden, at Forældre & Fødsel, Ammenet og La Leche Leage kan spille en rolle i formidling af retningslinjens indhold. Dette kan medvirke til at vejledning kan blive konsistent mellem det etablerede sundhedsvæsen og frivillige vejledere.

Implementering af national klinisk retningslinje for sundhedspersonalets indsats i forbindelse med forældres etablering af amning efter fødsel af et raskt barn født til tiden er som udgangspunkt et regionalt og kommunalt ansvar. Dog ønsker Sundhedsstyrelsen at understøtte implementeringen. I foråret 2014 publicerede Sundhedsstyrelsen således en værktøjskasse med konkrete redskaber til implementering. Den er tilgængelig som et elektronisk opslagsværk på [Sundhedsstyrelsens hjemmeside](#). Værktøjsskassen bygger på evidensen for effekten af interventioner, og den er tænkt som en hjælp til lederen eller projektlederen, der lokalt skal arbejde med implementering af forandringer af et vist omfang.

Foruden den fulde retningslinje udgives en quick guide. Quick guiden er en kort version på 1-2 A4-ark. Den gengiver alene retningslinjens anbefalinger og evt. centrale budskaber, med angivelse af evidensgraduering og anbefalingens styrke.

10 - Bilag 3 Monitorering

Monitorering med feedback baseret på data (herunder indikatormålinger) har på det generelle plan vist sig at have gunstig effekt på graden af implementering. Derfor har arbejdsgruppen opstillet indikatorer, som efter retningslinjens udarbejdelse kan anvendes til løbende at følge med i, hvorvidt retningslinjens anbefalinger følges i praksis og/eller har den forventede effekt.

Med hensyn til procesindikatorer for PICO 1 peger arbejdsgruppen på, at hud-mod-hud kontakt i den første time efter fødslen tidligere har været monitoreret i Dansk Kvalitetsdatabase for fødsler. Denne indikator registreres imidlertid ikke mere pga. næsten 100% efterlevelse. Det er arbejdsgruppen ønske at denne indikator registreres igen, så den svarer overens med anbefalingen i denne nationale kliniske retningslinje. Dvs. registrering af mor/barn par, som ligger uforstyrret hud-mod-hud lige efter fødslen indtil barnet har taget fat om brystet første gang. En eventuel genindførelse af indikatoren bør ud over det oprindelige også omfatte børn født ved kejsersnit. Relevante procesindikatorer for PICO 2, 3, 4 og 5 foreslås inddraget i den landsdækkende undersøgelse af patienttilfredshed for fødende (LUP fødende).

Arbejdsgruppen foreslår desuden følgende effektindikatorer for vurdering af effekten af implementering af nærværende nationale kliniske retningslinje: Ammevarighed og genindlæggelse af nyfødte grundet ernæringsrelaterede problemer. Der findes mulighed for at trække allerede eksisterende data på disse relevante effektindikatorer. Varighed af fuld amning registreres i dag af sundhedsplejersker i kommuner og indberettes til Den Nationale Børnedatabase, som administreres af Sundhedsdatastyrelsen. Data om ammevarighed omfatter børn, der ammes fuldt over 2 uger, 9 uger, 17 og 26 uger. Ligeledes registreres den gennemsnitlige ammevarighed i dage. Data er opgjort på kommuner, regioner og hele landet og kan ses på eSundhed.dk. Arbejdsgruppen har et ønske om, at der endvidere registreres delvis amning. Sundhedsdatastyrelsen opgør ligeledes data om genindlæggelser af nyfødte på grund af dehydrering, dårlig trivsel, fejlnæring og die/ammeproblemer samt gulsot. Opgørelserne kan ses på eSundhed.dk og er opgjort på hospitaler, kommuner, regioner og hele landet. Datagrundlaget for opgørelserne er Fødselsregistret og Landspatientregistret.

11 - Bilag 4 Opdatering og videre forskning

Opdatering

Som udgangspunkt bør retningslinjen opdateres 3 år efter udgivelsen – det vil sige i 2021. Opstår der viden, som kan medvirke til væsentlige ændringer i anbefalingerne, bør den nationale kliniske retningslinje revideres inden 2021.

Videre forskning

Arbejdsgruppen har valgt at fokusere på fundamentale områder af betydning for ammeetablering. Det fremgår imidlertid tydeligt ved gennemlæsning af denne nationale kliniske retningslinje, at der stadig indenfor disse områder mangler evidens.

Effekten af hud mod hud kontakt på amme self-efficacy er vurderet på baggrund af et enkelt RCT, hvor der indgår 92 mor/barn par, hvorfor det anbefales, at der gennemføres yderligere forskning for at styrke evidensen. Det kan imidlertid være etisk problematisk at gennemføre RCT studier, som sammenligner hud mod hud kontakt med ingen hud mod hud kontakt på grund af den stærke evidens, der allerede foreligger vedrørende betydningen for ammevarigheden og relationsdannelsen mellem mor og barn. Observationelle studier, der ser nærmere på sammenhænge mellem hud mod hud kontakt og amme self-efficacy og desuden mellem hud mod hud kontakt og forebyggelse af ammeproblemer, herunder dårlig amme- og sutteteknik, smerter og sår på brystvorterne og tidligt vægttab, kan medvirke til at belyse eventuelle yderligere virkninger af hud mod hud kontakt.

Der er behov for mere viden om anbefalingen om amning efter behov. Af etiske grunde kan det være vanskeligt at planlægge et RCT-studie, hvor man sammenligner amning efter behov med skemalagt amning, da både fysiologien og erfaringerne fra praksis understøtter anbefalingen. Man bør derfor ved fremtidige forskningsprojekter om dette emne anvende observationelle og kvalitative forskningsdesigns for at opnå mere viden om de mange faktorer hos både mor og barn, der har betydning for hyppighed og varighed af ammemåltidet.

For at opnå mere viden om anbefalingen om at inddrage moderens oplevelse af amning på lige fod med sundhedspersonalets observationer, når sundhedspersonalet vejleder i effektiv sutte- og amme-teknik, anbefaler arbejdsgruppen dette som forskningsfokus for afprøvning. Det vil være hensigtsmæssigt at udforme fremtidige forskningsprojekter, hvor man i interventionsstudier randomiserer nye mødre til at modtage vejledning i effektiv sutte- og amme-teknik, der inddrager moderens oplevelse af amningen på lige fod med sundhedspersonalets observationer og sammenligner med en kontrolgruppe, der modtager sædvanlig praksis. Outcome variable kunne være forekomst af tidlige amme-problemer og varighed af eksklusiv amning. På den måde kunne man opnå viden om- og øget evidensbaseret af praksis anbefalingen.

Der mangler mere viden om, hvordan sundhedspersonale tidligt kan identificere mødre med brug for ekstra støtte i forbindelse med, at barnet har svært ved at få fat om brystet, og hvilken vejledning mødre skal tilbydes for at lykkes i at få barnet til at tage fat. Kortlægning af målgruppen og dens behov for vejledning må ske ved hjælp af kvalitative studiedesigns, tværsnits- og kohorte studier inden en nærmere beskrevet vejledningsindsats kan afprøves i randomiserede studier. På den måde kunne man opnå viden om- og øget evidensbaseret af praksis anbefalingen.

Der ligger for nuværende stærk dokumentation for effekten af inddragelse af faderen/partneren i ammevejledningen. Yderligere forskning kan derfor med fordel inddrage aspekter, der belyser, hvordan man rent praktisk kan involvere faderen og hvordan sundhedspersonalets kompetence kan styrkes i relation til inddragelse af faderen i praksis. Her vil det være muligt at gå efter en høj grad af evidens og gennemføre interventionsstudier med et klinisk randomiseret design.

Udover ovenfor nævnte forslag til yderligere forskning indenfor de 5 udvalgte PICO spørgsmål, er der under arbejdet med denne nationale kliniske retningslinje opstået behov for at udarbejde anbefalinger i relation til relaterede PICO spørgsmål. Set i lyset af den stadigt kortere indlæggelsestid, vil det blandt andet være relevant at få belyst evidensen af effektiv opfølgning efter ambulante fødsel, såvel med inddragelse af primær som sekundær sektor.

12 - Bilag 5 Beskrivelse af anvendt metode

Arbejdsgruppen har fulgt Sundhedsstyrelsen fastlagte beskrivelse under udarbejdelsen af nærværende nationale kliniske retningslinje.

For en uddybet beskrivelse af metoden henvises til Sundhedsstyrelsens NKR metodehåndbog version 2.1. Metodehåndbogen kan tilgås [her](#).

13 - Bilag 6 Fokuserede spørgsmål

PICO 1

Skal mor og barn tilbydes uforstyrret hud mod hud kontakt i forlængelse af fødslen, indtil barnet har suttet på brystet første gang eller er faldet i søvn?

Baggrund for valg af spørgsmål:

Hud mod hud kontakt lige efter fødslen har været praktiseret gennem mange år, men det diskuteres stadig, hvilken betydning det har, at barnet får lov til at ligge uforstyrret, indtil det viser interesse for at komme til brystet og tage fat om brystet contra, at personalet praktisk hjælper med at få barnet til at sutte på brystet. Denne diskussion er aktualiseret i en tid, hvor der er travlt på fødegangene og hvor forældre sendes tidligt hjem efter fødslen.

Population

Alle mødre, der har født et enkelt barn enten vaginalt eller ved sectio. Barnet skal være født med en gestationsalder på 37+0 uger eller mere. Mor og/eller barn med sygdomme eller særlige forhold, der kontraindicerer hud mod hud kontakt i forlængelse af fødslen er ikke omfattet af dette.

Intervention

Hud mod hud kontakt defineres som, at barnet *ligger* nøgent på den vågne moders bare bryst lige efter fødslen og bliver liggende uden at blive forstyrret af andre procedurer end *afnavling* og injektion af k-vitamin, indtil det viser interesse for og tager fat om brystet første gang eller er faldet i søvn. Andre procedurer som skal undlades kan for eksempel være: vejning, måling og børneundersøgelse eller personalets "hands on" ammevejledning. Under eventuel forflytning af mor og barn skal barnet forblive hud mod hud hos mor.

Sammenligning

Der sammenlignes med en praksis, hvor mor og barn forstyrres under barnets vej til brystet eller hvor personalet anvender hands-on vejledning eller hvor barnet ikke ligger nøgent på mors bare bryst.

Outcomes	Tidsramme	Kritisk/Vigtigt
Eksklusiv amning eller fuld amning	1 måned post-partum	Kritisk
Eksklusiv amning eller fuld amning	4 måneder post-partum	Vigtig
Eksklusiv amning eller fuld amning	6 måneder post-partum	Vigtig
Delvis amning	1 måned post-partum	Vigtig
Delvis amning	6 måneder post-partum	Vigtig
Smerter i brystvorten ved amning	Op til 1 måned post-partum	Vigtig
Sår på brystvorten	Op til 1 måned post-partum	Vigtig
Barnets død	Mens mor ligger med barnet hud mod hud efter fødslen	Vigtig
Breastfeeding self-efficacy	1 måned post-partum	Vigtig

PICO 2

Skal alle mødre anbefales at barnet ammes efter behov med fri adgang til brystet den første måned efter fødslen?

Baggrund for valg af spørgsmål:

Hyppig amning minimum 8 gange pr døgn bliver anbefalet på fødestederne efter fødslen for at sikre at mors mælkeproduktion stimuleres maksimalt og barnet får den mælk, det har brug for. Mange mødre synes imidlertid, at det kan være hårdt at amme ofte og kan vægre sig ved hyppig amning, hvis de oplever smerter og sår på brystvorterne. Ligeledes formoder nogle sundhedsprofessionelle, at hyppig amning forøger risikoen for smerter og sår på brystvorterne. Det diskuteres derfor blandt forældre og sundhedspersonale, hvor kritisk det er for amme-etableringen, at barnet har fri adgang til brystet.

Population

Alle mødre, der har født et enkelt barn enten vaginalt eller ved kejsersnit. Barnet skal være født med en gestationsalder på 37+0 uger eller mere. Sygdomme eller særlige forhold hos mor og barn, der komplicerer den normale amme-etablering er ikke omfattet af denne retningslinje.

Intervention

Amning efter barnets behov med fri adgang til brystet defineres som, at barnet lægges til brystet, når det viser tegn til at ville sutte, dog mindst 8 gange i døgnet fra dag 2.

Sammenligning

Der sammenlignes med skemalagt amning eller amning mindre end 8 gange i døgnet fra dag 2

Outcomes	Tidsramme	Kritisk/Vigtigt
Eksklusiv amning eller fuld amning	1 måned post-partum	Kritisk
Eksklusiv amning eller fuld amning	4 måneder post-partum	Vigtig
Eksklusiv amning eller fuld amning	6 måneder post-partum	Vigtig
Delvis amning	1 måned post-partum	Vigtig
Delvis amning	6 måneder post-partum	Vigtig
Vægttab > 10%	Op til 1 måned post-partum	Vigtig
Genindlæggelse på grund af ernæringsrelaterede problemer, eksempelvis gulsot, vægttab eller dehydrering	Op til 1 måned post-partum	Vigtig
Sår på brystvorterne	Op til 1 måned post-partum	Vigtig
Smerter i brystvorterne ved amning	Op til 1 måned post-partum	Vigtig
Breastfeeding self-efficacy	1 måned post-partum	Vigtig

PICO 3

Skal alle mødre vejledes i effektiv sutte- og ammeteknik på baggrund af moderens oplevelser af amningen og sundhedspersonalets observationer

Baggrund for valg af spørgsmål:

Det har været almindelig praksis at vejlede forældre detaljeret og skridt for skridt i amme- og sutteteknik. Nyere forskning sætter imidlertid spørgsmålstegn ved, om det har en positiv effekt på ammevarigheden, eller om det ligefrem kan have en negativ indflydelse på den tidlige amme-etablering

Population

Alle mødre, der har født et enkelt barn enten vaginalt eller ved sectio. Barnet skal være født med en gestationsalder på 37+0 uger eller mere. Sygdomme eller særlige forhold hos mor og barn, der komplicerer den normale amme-etablering er ikke omfattet af denne retningslinje.

Intervention

Vejledningen i effektiv sutte- og ammeteknik omfatter en observation af sutte- og ammeteknik. Den efterfølgende vejledning tager udgangspunkt i moderens behag/ubehag ved amningen og personalets observation af amningen.

Sammenligning

Sammenligningen omfatter ingen observation eller observation uden fastlagte kriterier. Endvidere ingen vejledning i effektiv sutte- og ammeteknik eller en detaljeret skridt for skridt vejledning uden inddragelse af moderens oplevelser af behag/ubehag ved amningen.

Outcomes	Tidsramme	Kritisk/Vigtigt
Eksklusiv amning eller fuld amning	1 måned post-partum	Kritisk
Eksklusiv amning eller fuld amning	4 måneder post-partum	Vigtig
Eksklusiv amning eller fuld amning	6 måneder post-partum	Vigtig
Delvis amning	1 måned post-partum	Vigtig
Delvis amning	6 måneder post-partum	Vigtig
Sår på brystvorterne	Op til 1 måned post-partum	Vigtig
Smerter i brystvorten ved amning	Op til 1 måned post-partum	Vigtig
Vægttab > 10%	Op til 1 måned post-partum	Vigtig
Genindlæggelse på grund af ernæringsrelaterede problemer, eksempelvis gulsot, vægttab eller dehydrering	Op til 1 måned post-partum	Vigtig

PICO 4

Skal mødre der har ammeproblemer, hvor barnet har svært ved at få fat om brystet tilbydes vejledning i effektiv sutte- og ammeteknik fremfor at blive introduceret til en suttebrik?

Baggrund for valg af spørgsmål:

Når barnet har svært ved at tage fat om brystet, er det god praksis, at vejledning i god sutte- og ammeteknik kan afhjælpe problemet. Der berettes imidlertid fra praksis om et stigende forbrug af suttebrikker i situationer, hvor barnet har svært ved at tage fat om brystet. Når der er travlhed på fødestederne, er suttebrikken en nem og hurtig intervention og en del mødre er glade for at bruge den. Det ser imidlertid ud til at brug af suttebrik forkorter ammevarigheden.

Population

Alle mødre, der har født et enkelt barn enten vaginalt eller ved sectio. Barnet skal være født med en gestationsalder på 37+0 uger eller mere. Sygdomme eller særlige forhold hos mor og barn, der komplicerer den normale amme-etablering er ikke omfattet af denne retningslinje.

Intervention

Vejledning i effektiv sutte- og ammeteknik afhængig af problemets karakter.

Sammenligning

Der sammenlignes med at sundhedspersonalet tilbyder en suttebrik, hvis barnet har svært ved at tage fat om brystet

Outcomes	Tidsramme	Kritisk/Vigtigt
Eksklusiv amning eller fuld amning	1 måned post-partum	Kritisk
Eksklusiv amning eller fuld amning	4 måneder post-partum	Vigtig
Eksklusiv amning eller fuld amning	6 måneder post-partum	Vigtig
Delvis amning	1 måned post-partum	Vigtig
Delvis amning	6 måneder post-partum	Vigtig
Genindlæggelse på grund af ernæringsrelaterede problemer, eksempelvis gulsot, vægttab eller dehydrering	Op til 1 måned post-partum	Vigtig
Vægttab > 10%	Op til 1 måned post-partum	Vigtig

PICO 5

Skal faderen/partneren involveres i ammevejledningen?

For læsevenligheds skyld skriver vi i stedet for faderen/partneren kun faderen i teksten nedenunder.

Baggrund for valg af spørgsmål:

I de senere år er der kommet fokus på faderens medinddragelse i vejledningen om amning. Mange fædre ønsker at være en del af amningen og det ser også ud til at faderen har en betydning for ammeperiodens længde. Både sundhedspersonalet, moderen og faderen kan imidlertid være i tvivl om, hvor faderen bedst inddrages og det medfører ofte at han ikke får en plads i ammevejledningen.

Population

Alle mødre og deres partnere, der har fået et enkelt nyfødt barn enten vaginalt eller ved sectio. Barnet skal være født med en gestationsalder på 37+0 uger eller mere. Sygdomme eller særlige forhold hos mor og barn, der komplicerer den normale amme-etablering er ikke omfattet af denne retningslinje.

Intervention

Interventionen omfatter inddragelse af faderen i ammevejledningen præ- og/eller postpartum sammen med moderen eller en vejledning, der særskilt gives til faderen.

Sammenligning

Sammenligning omfatter en vejledning, som udelukkende retter sig mod moderen.

Outcomes	Tidsramme	Kritisk/Vigtigt
Eksklusiv amning eller fuld amning	1 måned post-partum	Kritisk
Eksklusiv amning eller fuld amning	4 måneder post-partum	Vigtig
Eksklusiv amning eller fuld amning	6 måneder post-partum	Vigtig
Delvis amning	1 måned post-partum	Vigtig

Delvis amning	6 måneder post-partum	Vigtig
Vægttab > 10%	Op til 1 måned post-partum	Vigtig
Genindlæggelse på grund af ernæringsrelaterede problemer, eksempelvis gulsot, vægttab eller dehydrering	Op til 1 måned post-partum	Vigtig

14 - Bilag 7 Beskrivelse af anbefalingens styrke og implikationer

Formulering af evidensbaserede anbefalinger:

En anbefaling kan enten være for eller imod en given intervention. En anbefaling kan enten være stærk eller svag/betinget. Ved evidens vælges en af følgende fire typer af anbefalinger

Stærk anbefaling for (Grøn)

Der gives en stærk anbefaling for, når der er pålidelig evidens, der viser, at de samlede fordele ved interventionen er klart større end ulemperne.

Det er klart, at fordelene opvejer ulemperne. Det betyder, at alle, eller næsten alle, patienter vil ønske den anbefalede intervention

Ordlyd: *Giv/brug/anvend...*

Følgende vil trække i retning af en stærk anbefaling for:

- Høj eller moderat tiltro til de estimerede effekter.
- Stor gavnlige effekt og ingen eller få skadevirkninger.
- Patienternes værdier og præferencer er velkendte og ensartet til fordel for interventionen.

Implikationer:

De fleste patienter vurderes at ønske interventionen.
Langt de fleste klinikere vil tilbyde interventionen.

Stærk anbefaling imod (Grøn+Rød)

Der gives en stærk anbefaling imod, når der er der er høj tiltro til, der viser, at de samlede ulemper er klart større end fordelene. Det samme gælder, hvis der er stor tiltro til, at en intervention er nyttesløs.

Ordlyd: *Giv ikke/brug ikke/anvend ikke/undlad at...*

Følgende vil trække i retning af en stærk anbefaling imod:

- Høj eller moderat tiltro til de estimerede effekter.
- Der er stor tiltro til, at interventionen ikke gavner, eller at den gavnlige effekt er lille.
- Der er stor tiltro til, at interventionen har betydelige skadevirkninger.
- Patienternes værdier og præferencer er velkendte og ensartede imod interventionen.

Implikationer:

De fleste patienter vurderes ikke at ville ønske interventionen.
Klinikeren vil meget sjældent tilbyde interventionen.

Svag anbefaling for (Gul)

Der gives en svag anbefaling for intervention en, når det vurderes, at fordelene ved interventionen er marginalt større end ulemperne, eller den tilgængelige evidens ikke kan udelukke en væsentlig fordel ved en eksisterende praksis, samtidig med at skadevirkningerne er få eller fraværende. Der er større mulighed for variation i individuelle præferencer.

Ordlyd: *Overvej at...*

Følgende vil trække i retning af en svag anbefaling for:

- Lav eller meget lav tiltro til de estimerede effekter.
- Balancen mellem gavnlige og skadelige virkninger ikke er entydig.
- Patienternes præferencer og værdier vurderes at variere væsentligt, eller de er ukendte.

Implikationer:

De fleste patienter vurderes at ønske interventionen, men nogen vil afstå.
Klinikeren vil skulle bistå patienten med at træffe en beslutning, der passer til patientens værdier og præferencer.

Svag anbefaling imod (Gul+Rød)

Der gives en svag anbefaling imod interventionen, når ulemperne ved interventionen vurderes at være større end fordelene, men hvor man ikke har høj tiltro til de estimerede effekter. Den svage anbefaling imod, anvendes også hvor der er stærk evidens for både gavnlige og skadelige virkninger, men hvor balancen mellem dem er vanskelig at afgøre.

Ordlyd: *Anvend kun ... efter nøje overvejelse, da den gavnlige effekt er usikker og/eller lille, og der er dokumenterede skadevirkninger såsom...*

Følgende vil trække i retning af en svag anbefaling imod:

- Lav eller meget lav tiltro til de estimerede effekter. Balancen mellem gavnlige og skadelige virkninger ikke er entydig.

Skadevirkningerne vurderes at være marginalt større end den gavnlige effekt.

Patienternes præferencer og værdier vurderes at variere væsentligt, eller de er ukendte.

Implikationer:

De fleste patienter vurderes at ville afstå fra interventionen, men nogen vil ønske den.

Klinikeren vil skulle bistå patienten med at træffe en beslutning, der passer til patientens værdier og præferencer.

Formulering af anbefaling ved mangel på evidens:

God praksis anbefaling (Grå)

God praksis anvendes, når der ikke foreligger relevant evidens, og bygger således udelukkende på faglig konsensus blandt medlemmerne af arbejdsgruppen. Anbefalingen kan være enten for eller imod interventionen. Da der udelukkende er tale om faglig konsensus, er denne type anbefaling svagere end de evidensbaserede anbefalinger, uanset om de evidensbaseret er stærke eller svage.

De to typer af anbefalinger til god praksis anbefalinger

Ordlyd:

For:

Det er god praksis at overveje....

Imod:

Det er ikke god praksis rutinemæssigt at...

15 - Bilag 8 Søgebeskrivelser og evidensvurderinger

Søgebeskrivelse til NKR om etablering af amning efter fødsel

Litteratursøgningen blev foretaget af en søgespecialist Karen Rodriguez Sigaard, Cand. Scient. Bibl. Søgningerne blev dokumenteret ved en søgestrategi, en overordnet søgebeskrivelse og søgeprotokoller for hvert PICO. Referencehåndteringsværktøjet RefWorks blev brugt til frasortering af dubletter, og programmet Covidence anvendtes til sortering og ekstrahering af referencerne.

Litteratursøgningen foregik i tre trin: 1) guidelinesøgning, 2) sekundærlitteratursøgning og 3) primærlitteratursøgning. For hver PICO søgtes først efter eksisterende guidelines, som besvarede spørgsmålet. Hvis der ikke fandtes anvendelige guidelines, fortsattes til trin to, og der blev søgt efter relevante metaanalyser og systematiske reviews. Blev der fundet guidelines, blev trin to søgt med en tidsmæssig afgrænsning bestemt af nyeste guideline. I det omfang et PICO-spørgsmål ikke eller kun delvist blev besvaret af guidelines og sekundærlitteratur, fortsattes til trin tre, og der blev søgt efter primærlitteratur. Blev der fundet relevante guidelines, systematiske reviews eller metaanalyser, søgtes med en tidsmæssig afgrænsning bestemt af nyeste guideline/systematisk review/metaanalyse.

Søgningerne blev foretaget i følgende databaser:

- **Guidelinesøgning:** GIN, NICE, SIGN, HTA, NGC, SBU, Socialstyrelsen (Sverige), Kunnskapscenteret, Helsedirektoratet (Norge), Statens Institut for Folkesundhed i Danmark, WHO, ilca.org, bfmed.org, Medline (PubMed), Embase (embase.com) CINAHL (ebsco) og PsycInfo (Proquest).
- **Sekundærlitteratursøgning:** Medline (PubMed), Embase (embase.com), CINAHL (ebsco), PsycInfo ((ProQuest) kun til P1 og P5), forskningsdatabasen.dk (kun til P1), Cochrane Library (CDSR).
- **Primærlitteratursøgning:** Medline (PubMed), Embase (embase.com), CINAHL (ebsco), PsycInfo ((ProQuest) kun til P1 og P5), Cochrane Library (CENTRAL).

Guidelinesøgningen indeholdt følgende søgetermer: breastfeeding, breast feeding, amning, amming

Sekundær- og primærlitteratursøgningerne udformedes som bloksøgninger, og disse blev suppleret med kædesøgninger, hvor referencelister på inkluderede publikationer blev afsøgt. Til bloksøgningerne blev benyttet såvel kontrollerede emneord som friteksttermer, som blev kombineret. To hovedblokke var gennemgående i alle PICO-spørgsmål:

Amning	AND	Etablering
breastfeeding; breast feeding		establish*; initiat*; postpartum; post-partum; postnatal; post-natal; newborn*; infant*; perinatal; peri-natal; neonat*

I relation til de fem PICO-spørgsmål blev ovennævnte kombineret med følgende:

AND	Hud mod hud (PICO 1)
	Skin to skin; kangaroo

AND	Amning efter behov (PICO 2)
	Demand*; schedule*; pattern; restrict*; unrestrict*; cue; baby-led; infant-led; rhythm; regulat*; time factors[MeSH]

AND	God amme- og sutteteknik (PICO 3)
	Technique; position*; suck*; lactation counselling; lactation counseling; breastfeeding behavior; breastfeeding behaviour; breast feeding behavior; breast feeding behaviour; attachment; feeding reflex*; latch*; milk transfer; root*; swallow*; breastfeeding counselling; breast feeding counselling; breast feeding counselling; breast feeding counseling; effective breastfeeding; effective breast feeding; sucking behavior[MeSH]

AND	God amme- og sutteteknik ved problemer sammenlignet med suttebrik (PICO 4)		
	Shield; shields; device*; nipple; lactation counselling; lactation counseling; breastfeeding counselling; breast feeding counselling; breastfeeding counseling; breast feeding counseling; effective breastfeeding; effective breast feeding	AND	Breastfeeding problem*; breast feeding problem*; breastfeeding difficult*; breast feeding difficult*; latch*; sucking behavior[MeSH]

AND	Involvering af faderen (PICO 5)		
	Father*; breastfeeding famil*; breast feeding famil*; partner; parent*;	AND	Support*; breastfeeding counselling; breast feeding counselling; breastfeeding counseling; breast feeding counseling; lactation counselling; lactation counseling; participation, family care

Litteratursøgning til PICO 1 omfattede litteratur publiceret fra 1975 og frem til i dag. Ved PICO 2 og 5 sekundærlitteratur og PICO 4 og 5 primærlitteratur søgtes tilbage til 2000 og ved PICO 3 primær- og sekundærlitteratur og PICO 4 sekundærlitteratur søgtes tilbage til 1990. PICO 2 primærlitteratur søgtes tilbage til 1981.

Der blev afgrænset til studier publiceret på engelsk og skandinaviske sprog. Kun studier, hvor interventionen foregik fra fødslen til 1 måned postpartum og blev fulgt 6 måneder og inkluderede enkeltfødte børn født til tiden dvs. børn født mellem 37+0 og 42+0 gestationsuger, blev inkluderet. Studier, der omhandlede mødre med fysiske og/eller psykiske sygdomme, blev ekskluderet.

Flowcharts kan tilgås [her](#)

AMSTAR-vurderinger af systematiske reviews i relation til PICO 1, PICO 2 og PICO 5 kan tilgås [her](#)

RevMan-filer med risiko for bias-vurderinger og meta-analyser samt beskrivelse af inkluderede studier kan tilgås herunder:

PICO 1: Uforstyrret hud mod hud kontakt i forlængelse af fødslen [114]

PICO 5: Faderens involvering i amningen [115]

16 - Bilag 9 Arbejdsgruppen og referencegruppen

I forbindelse med udarbejdelsen af denne nationale kliniske retningslinje har der været etableret 3 grupper:

- primærgruppe/sekretariatet
- arbejdsgruppe
- referencegruppe

Primærgruppen/Sekretariatet

Primærgruppen har været initiativtager og ansøger til arbejdet med NKR. Primærgruppen har sørget for koordination mellem grupperne og har drøftet de problemstillinger, som opstod undervejs i arbejdet med henblik på fælles beslutning omkring håndteringen.

Primærgruppens medlemmer:

Ingrid Nilsson (*projektleder og fagkonsulent*), *chefkonsulent, sygeplejerske, Ph.d., Komiteen for Sundhedsoplysning*
Marianne Busck-Rasmussen (*fagkonsulent*), *specialkonsulent, sundhedsplejerske, MPH, Komiteen for Sundhedsoplysning*
Hanne Kronborg (*fag- og metodekonsulent*), *lektor, sundhedsplejerske, Ph.d., Århus Universitet*

Arbejdsgruppen

Arbejdsgruppen er udpeget af relevante sundhedsprofessionelle på området, og dens opgave har bestået i definition af forskningsspørgsmål og aktiv medvirken i udarbejdelsen af den nationale kliniske retningslinje.

Arbejdsgruppens medlemmer:

Ingrid Nilsson (*projektleder og fagkonsulent*), *chefkonsulent, sygeplejerske, Komiteen for Sundhedsoplysning*
Marianne Busck-Rasmussen (*fagkonsulent*), *specialkonsulent, sundhedsplejerske, Komiteen for Sundhedsoplysning*
Hanne Kronborg (*fag- og metodekonsulent*), *lektor, sundhedsplejerske, Århus Universitet*
Sisse Walløe Hulsbæk, *udpeget af Jordemoderforeningen, forskningsassistent, Forskningsenheden Kvinder og Børns Sundhed, Rigshospitalet*
Christina Louise Lindhardt, *udpeget af Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker, Postdoc, Syddansk Universitet*
Dorrit Vivel, *udpeget af Fagligt Selskab for gyn/obst sygeplejersker, Ammespecialist, Hvidovre Hospital*
Janne Ekstrøm Larsen, *udpeget af Foreningen af Danske Certificerede Ammekonsulenter, Klinisk uddannelsesansvarlig jordemoder, Sjællands Universitetshospital, Roskilde*

Habilitetsforhold

Der vurderes ikke at være interessekonflikter hos arbejdsgruppens medlemmer, der har kunnet påvirke deres habilitet ved udarbejdelsen af denne retningslinje

Referencegruppen

Referencegruppen er udpeget af relevante interessenter på området, og dens opgave har bestået i at kommentere på afgrænsningen af og det faglige indhold i retningslinjen.

Referencegruppens medlemmer:

Ingrid Nilsson (*projektleder og fagkonsulent*), *chefkonsulent, sygeplejerske, Komiteen for Sundhedsoplysning*
Marianne Busck-Rasmussen (*fagkonsulent*), *specialkonsulent, sundhedsplejerske, Komiteen for Sundhedsoplysning*
Hanne Kronborg (*fag- og metodekonsulent*), *lektor, sundhedsplejerske, Århus Universitet*
Marianne Ravn, *udpeget af Fagligt selskab for gyn/obst sygeplejersker, klinisk Sygeplejespecialist, Sygehus Lillebælt, Kolding*
Dorte Fischer, *udpeget af Fagligt selskab for sundhedsplejersker, sundhedsplejerske, Rudersdal Kommune*
Lillian Bondo, *udpeget af Jordemoderforeningen, formand, Jordemoderforeningen*
Tinne Thomsen, *udpeget af Foreningen af Danske Certificerede Ammekonsulenter*
Camilla Mandrup, *udpeget af Dansk obstetrisk selskab, læge, Nordsjællands hospital Hillerød*
Bente Høst, *udpeget af Dansk pædiatrisk selskab, overlæge, Aarhus Universitetshospital, Skejby*
Cecilie Burkal Cohrt, *udpeget af Ammenet.dk*
Birgitte Halkjær Storgaard, *udpeget af Forældre og Fødsel, formand, Forældre og Fødsel*

Eksterne konsulenter:

Følgende eksterne konsulenter har ligeledes deltaget i arbejdet:

Karen Tølbøl Sigaard, *bibliotekar, AU Library (konsulent til litteratursøgningsprocessen)*

Sasja Jul Håkonsen/Preben Ulrich Pedersen, *Center for Kliniske Retningslinjer, AAU (metodekonsulent til meta-analyser)*

Peer review og offentlig høring

Den nationale kliniske retningslinje for etablering af amning efter fødsel har forud for udgivelsen været i høring blandt følgende høringsparter:

- *Fagligt selskab for gynækologiske og obstetriske sygeplejersker*
- *Fagligt selskab for sundhedsplejersker*
- *Jordemoderforeningen*
- *Dansk Pædiatrisk Selskab*
- *Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi*
- *DACL (Danish Association for Certified Lactation Consultants)*
- *Danske Regioner*
- *Kommunernes Landsforening*
- *Forældre og Fødsel*
- *Ammenet*

Retningslinjen er desuden i samme periode peer reviewet af:

- *Kim Fleischer Michaelsen, professor emeritus, Københavns Universitet*
- *Anne Bærug, ph.d. og leder af Nasjonal kompetansetjeneste for amming, Oslo universitetssykehus, Norge*

17 - Bilag 10 Forkortelser og definition af begreber

Delvis amning - Barnet ernæres udover af modermælk fra brystet eller fra flaske også af modermælkserstatning eller anden kost flere gange om ugen eller dagligt [45].

Effektiv sutte- og ammeteknik - Omfatter mor og barns position, hvordan barnet tager fat om brystet, hvordan barnet sutter på brystet og mælkeoverførsel fra mor til barn [78].

Eksklusive amning - Barnet ernæres udelukkende af modermælk fra brystet eller fra flaske, herudover kun vitaminer, mineraler og medicin [107].

Fuld amning - Barnet ernæres udelukkende af modermælk efter udskrivelsen fra hospitalet. Udover moderens mælk kan tillades supplement med vand og lignende og/eller maksimalt et måltid med modermælkserstatning om ugen [45].

PICO - specificering af de fokuserede spørgsmål i relation til patientgruppen (P), interventionen (I), comparison, altså alternativet til interventionen (C) og outcome (O).

Postpartum (pp) - Efter fødslen.

Self-efficacy - En persons vurdering af egen evne til at planlægge og udføre en specifik handling [116].

Tidlige tegn på at barnet vil sutte - Omfatter suttebevægelser med mund og tunge, bevægelser af arme og ben, søgen efter brystet, fingre til mund, uro og klynkelyde [108][109].

Referencer

- [1] Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N, Rollins NC, : Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect.. Lancet (London, England) 2016;387(10017):475-90 [Pubmed Journal](#)
- [2] Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, Piwoz EG, Richter LM, Victora CG, : Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?. Lancet (London, England) 2016;387(10017):491-504 [Pubmed Journal](#)
- [3] Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, Trikalinos T, Lau J : Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries.. Evidence report/technology assessment 2007;(153):1-186 [Pubmed](#)
- [4] Sundhedsdatastyrelsen. Fødselsregistret . [Link](#)
- [5] Kronborg H, Foverskov E, Væth M : Breastfeeding and introduction of complementary food in Danish infants.. Scandinavian journal of public health 2015;43(2):138-45 [Pubmed Journal](#)
- [6] Bruun S, Buhl S, Husby S, Jacobsen LN, Michaelsen KF, Sørensen J, Zachariassen G : Breastfeeding, Infant Formula, and Introduction to Complementary Foods-Comparing Data Obtained by Questionnaires and Health Visitors' Reports to Weekly Short Message Service Text Messages.. Breastfeeding medicine : the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine 2017;12(9):554-560 [Pubmed Journal](#)
- [7] Sundhedsdatastyrelsen. Monitorering af barselsperioden. [Link](#)
- [8] Sundhedsdatastyrelsen. Den Nationale Børnedatabase. [Link](#)
- [9] Johansen A : Amning: Temarapport og årsrapport. Børn født i 2014. . Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU. 2016;
- [10] Johansen A : Social ulighed i sundhed - også i amning . 2016; [Link](#)
- [11] Forster DA, McLachlan HL : Breastfeeding initiation and birth setting practices: a review of the literature.. Journal of midwifery & women's health 52(3):273-80 [Pubmed](#)
- [12] Brimdyr K, Cadwell K, Widström A-M, Svensson K, Neumann M, Hart EA, Harrington S, Phillips R : The Association Between Common Labor Drugs and Suckling When Skin-to-Skin During the First Hour After Birth.. Birth (Berkeley, Calif.) 2015;42(4):319-28 [Pubmed Journal](#)
- [13] Prior E, Santhakumaran S, Gale C, Philipps LH, Modi N, Hyde MJ : Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature.. The American journal of clinical nutrition 2012;95(5):1113-35 [Pubmed Journal](#)
- [14] Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ, Cohen RJ : Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss.. Pediatrics 2003;112(3 Pt 1):607-19 [Pubmed](#)
- [15] Brownell E, Howard CR, Lawrence RA, Dozier AM : Delayed onset lactogenesis II predicts the cessation of any or exclusive breastfeeding.. The Journal of pediatrics 2012;161(4):608-14 [Pubmed Journal](#)
- [16] Baker JL, Michaelsen KF, Rasmussen KM, Sørensen TIA : Maternal prepregnant body mass index, duration of breastfeeding, and timing of complementary food introduction are associated with infant weight gain.. The American journal of clinical nutrition 2004;80(6):1579-88

Pubmed

[17] Preusting I, Brumley J, Odibo L, Spatz DL, Louis JM : Obesity as a Predictor of Delayed Lactogenesis II.. Journal of human lactation : official journal of International Lactation Consultant Association 2017;33(4):684-691 [Pubmed](#) [Journal](#)

[18] Herskin CW, Stage E, Barfred C, Emmersen P, Ladefoged Nichum V, Damm P, Mathiesen ER : Low prevalence of long-term breastfeeding among women with type 2 diabetes.. The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians 2016;29(15):2513-8 [Pubmed](#) [Journal](#)

[19] Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N : Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants.. The Cochrane database of systematic reviews 2016;11 CD003519 [Pubmed](#)

[20] Holmes AV : Establishing successful breastfeeding in the newborn period.. Pediatric clinics of North America 2013;60(1):147-68 [Pubmed](#) [Journal](#)

[21] De Carvalho M, Robertson S, Friedman A, Klaus M : Effect of frequent breast-feeding on early milk production and infant weight gain.. Pediatrics 1983;72(3):307-11 [Pubmed](#)

[22] Odom EC, Li R, Scanlon KS, Perrine CG, Grummer-Strawn L : Reasons for earlier than desired cessation of breastfeeding.. Pediatrics 2013;131(3):e726-32 [Pubmed](#) [Journal](#)

[23] de Jager E, Broadbent J, Fuller-Tyszkiewicz M, Skouteris H : The role of psychosocial factors in exclusive breastfeeding to six months postpartum.. Midwifery 2014;30(6):657-66 [Pubmed](#) [Journal](#)

[24] Mitchell-Box KM, Braun KL : Impact of male-partner-focused interventions on breastfeeding initiation, exclusivity, and continuation.. Journal of human lactation : official journal of International Lactation Consultant Association 2013;29(4):473-9 [Pubmed](#) [Journal](#)

[25] Landsdækkende Undersøgelse af Patientstilfredshed, fødende 2017. Danske Danske Regioner, Region Hovedstaden, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse. 2018; [Link](#)

[26] Landsdækkende Undersøgelse af Patienttilfredshed, fødende 2016. Danske Regioner, Region Hovedstaden. Enhed for Brugerinddragelse 2017; [Link](#)

[27] McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, Veitch E, Rennie AM, Crowther SA, Neiman S, MacGillivray S : Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies.. The Cochrane database of systematic reviews 2017;2 CD001141 [Pubmed](#) [Journal](#)

[28] Jarlenski M, McManus J, Diener-West M, Schwarz EB, Yeung E, Bennett WL : Association between support from a health professional and breastfeeding knowledge and practices among obese women: evidence from the Infant Practices Study II.. Women's health issues : official publication of the Jacobs Institute of Women's Health 24(6):641-8 [Pubmed](#) [Journal](#)

[29] Kronborg H, Vaeth M, Olsen J, Harder I : Health visitors and breastfeeding support: influence of knowledge and self-efficacy.. European journal of public health 2008;18(3):283-8 [Pubmed](#)

[30] Schmied V, Beake S, Sheehan A, McCourt C, Dykes F : Women's perceptions and experiences of breastfeeding support: a metasynthesis.. Birth (Berkeley, Calif.) 2011;38(1):49-60 [Pubmed](#) [Journal](#)

- [31] Widström A-M : Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. . Acta Paediatr. 2011 2011; [Pubmed Journal](#)
- [32] Mahmood I : Effect of mother-infant early skin-to-skin contact on breastfeeding status: a randomized controlled trial.. J Coll Physicians Surg--Pak JCPSP 2011; [Pubmed Journal](#)
- [33] Srivastava S : Effect of very early skin to skin contact on success at breastfeeding and preventing early hypothermia in neonates.. Indian J Public Health. 2014; [Pubmed Journal](#)
- [34] Thukral A : Early Skin-to-Skin Contact and Breast-Feeding Behavior in Term Neonates: A Randomized Controlled Trial. . Neonatology. 2012; [Pubmed Journal](#)
- [35] Gouchon S : Skin-to-Skin Contact After Cesarean Delivery.. Nurs Res. 2010; [Pubmed Journal](#)
- [36] Vaidya K : Effect of early mother-baby close contact over the duration of exclusive breastfeeding.. Nepal Med Coll J NMCJ. 2005; [Pubmed](#)
- [37] Guala A, Boscardini L, Visentin R, Angellotti P, Grugni L, Barbaglia M, Chapin E, Castelli E, Finale E : Skin-to-Skin Contact in Cesarean Birth and Duration of Breastfeeding: A Cohort Study.. TheScientificWorldJournal 2017;2017 1940756 [Pubmed Journal](#)
- [38] Nimbalkar AS, Patel DV, Nimbalkar SM, Patel VK, Patel DN, Phatak AG : Infant and Young Child Feeding Practices in Infants Receiving Skin to Skin Care at Birth: Follow-up of Randomized Cohort.. Journal of clinical and diagnostic research : JCDR 2016;10(12):SC09-SC12 [Pubmed Journal](#)
- [39] Aghdas K, Talat K, Sepideh B : Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: a randomised control trial.. Women and birth : journal of the Australian College of Midwives 2014;27(1):37-40 [Pubmed Journal](#)
- [40] Marín Gabriel MA, Llana Martín I, López Escobar A, Fernández Villalba E, Romero Blanco I, Touza Pol P : Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: effects on the mother and the newborn.. Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992) 2010;99(11):1630-4 [Pubmed Journal](#)
- [41] Nasehi F : The effect of early breastfeeding after cesarean section on the success of exclusive breastfeeding. Health MED. 2012 2012 (11):3597-601;
- [42] Varaei S : The relationship between self-efficacy and breastfeeding. Hayat 2009(15);
- [43] Dennis C-L : The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form.. Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN 32(6):734-44 [Pubmed](#)
- [44] Stevens J, Schmied V, Burns E, Dahlen H : Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature.. Maternal & child nutrition 2014;10(4):456-73 [Pubmed Journal](#)
- [45] Amning - en håndbog for sundhedspersonale. Sundhedsstyrelsen 2018; [Link](#)
- [46] Anbefalinger for svangreomsorgen. Sundhedsstyrelsen 2013; [Link](#)

- [47] Feldman-Winter L, Goldsmith JP, , : Safe Sleep and Skin-to-Skin Care in the Neonatal Period for Healthy Term Newborns.. *Pediatrics* 2016;138(3): [Pubmed Journal](#)
- [48] Robiquet P, Zamiara P-E, Rakza T, Deruelle P, Mestdagh B, Blondel G, Turck D, Subtil D : Observation of Skin-to-Skin Contact and Analysis of Factors Linked to Failure to Breastfeed Within 2 Hours After Birth.. *Breastfeeding medicine : the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine* 2016;11 126-32 [Pubmed Journal](#)
- [49] Brimdyr K, Cadwell K, Stevens J, Takahashi Y : An implementation algorithm to improve skin-to-skin practice in the first hour after birth.. *Maternal & child nutrition* 2018;14(2):e12571 [Pubmed Journal](#)
- [50] Forebyg vuggedød - og undgå skævt hovedfacon og fladt baghoved. Til sundhedspersonale . Sundhedsstyrelsen Sundhedsstyrelsen. ; [Link](#)
- [51] Shorey S, He H-G, Morelius E : Skin-to-skin contact by fathers and the impact on infant and paternal outcomes: an integrative review.. *Midwifery* 2016;40 207-17 [Pubmed Journal](#)
- [52] Bystrova K : Skin-to-skin Contact and Suckling in Early Postpartum: Effects on Temperature, Breastfeeding and Mother-Infant Interaction.. *Karolinska Institutet* 2008;
- [53] Thermal Control of The Newborn: A practical guide. WHO 1993; [Link](#)
- [54] Cavallin F, Segafredo G, Pizzol D, Massavon W, Lusiani M, Wingi O, De Vivo M, Da Dalt L, Boscardin C, Manenti F, Putoto G, Trevisanuto D, : Thermal Effect of a Woolen Cap in Low Birth Weight Infants During Kangaroo Care.. *Pediatrics* 2018;141(6): [Pubmed Journal](#)
- [55] Manz F, van't Hof MA, Haschke F : The mother-infant relationship: who controls breastfeeding frequency? Euro-Growth Study Group.. *Lancet (London, England)* 1999;353(9159):1152 [Pubmed](#)
- [56] Crowther SM : The resurgence of breastfeeding, 1975-2000: the transcript of a Witness Seminar held by the Wellcome Trust Centre for the History of Medicine at UCL, London, on 24 April 2007. Wellcome Trust Centre for the History of Medicine at UCL, London 2007; [Link](#)
- [57] Fallon A, Van der Putten D, Dring C, Moylett EH, Fealy G, Devane D : Baby-led compared with scheduled (or mixed) breastfeeding for successful breastfeeding.. *The Cochrane database of systematic reviews* 2016;9 CD009067 [Pubmed Journal](#)
- [58] Daly SE, Hartmann PE : Infant demand and milk supply. Part 1: Infant demand and milk production in lactating women.. *Journal of human lactation : official journal of International Lactation Consultant Association* 1995;11(1):21-6 [Pubmed](#)
- [59] Daly SE, Hartmann PE : Infant demand and milk supply. Part 2: The short-term control of milk synthesis in lactating women.. *Journal of human lactation : official journal of International Lactation Consultant Association* 1995;11(1):27-37 [Pubmed](#)
- [60] Moon JL, Humenick SS : Breast engorgement: contributing variables and variables amenable to nursing intervention.. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN* 18(4):309-15 [Pubmed](#)
- [61] Gartner LM : Hyperbilirubinemia and breastfeeding. I: *Textbook of Human Lactation*.. Texas: Hale Publishing 2007;
- [62] Flaherman VJ, Maisels MJ, : ABM Clinical Protocol #22: Guidelines for Management of Jaundice in the Breastfeeding Infant 35 Weeks or More of Gestation-Revised 2017.. *Breastfeeding medicine : the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine* 2017;12(5):250-257 [Pubmed Journal](#)

- [63] De Carvalho M, Klaus MH, Merkatz RB : Frequency of breast-feeding and serum bilirubin concentration.. American journal of diseases of children (1960) 1982;136(8):737-8 [Pubmed](#)
- [64] Burns E, Schmied V, Sheehan A, Fenwick J : A meta-ethnographic synthesis of women's experience of breastfeeding.. Maternal & child nutrition 2010;6(3):201-19 [Pubmed](#) [Journal](#)
- [65] Nilsson IMS, Strandberg-Larsen K, Knight CH, Hansen AV, Kronborg H : Focused breastfeeding counselling improves short- and long-term success in an early-discharge setting: A cluster-randomized study.. Maternal & child nutrition 2017;13(4): [Pubmed](#) [Journal](#)
- [66] Kronborg H, Harder I, Hall EOC : First time mothers' experiences of breastfeeding their newborn.. Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives 2015;6(2):82-7 [Pubmed](#) [Journal](#)
- [67] Radzimirski S : Neurobehavioral functioning and breastfeeding behavior in the newborn.. Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN 34(3):335-41 [Pubmed](#)
- [68] Marchini G, Persson B, Berggren V, Hagenäs L : Hunger behaviour contributes to early nutritional homeostasis.. Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992) 1998;87(6):671-5 [Pubmed](#)
- [69] Yamauchi Y, Yamanouchi I : Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates.. Pediatrics 1990;86(2):171-5 [Pubmed](#)
- [70] Hörnell A, Aarts C, Kylberg E, Hofvander Y, Gebre-Medhin M : Breastfeeding patterns in exclusively breastfed infants: a longitudinal prospective study in Uppsala, Sweden.. Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992) 1999;88(2):203-11 [Pubmed](#)
- [71] Saki A, Eshraghian MR, Tabesh H : Patterns of daily duration and frequency of breastfeeding among exclusively breastfed infants in Shiraz, Iran, a 6-month follow-up study using Bayesian generalized linear mixed models.. Global journal of health science 2012;5(2):123-33 [Pubmed](#) [Journal](#)
- [72] Kent JC, Mitoulas LR, Cregan MD, Ramsay DT, Doherty DA, Hartmann PE : Volume and frequency of breastfeedings and fat content of breast milk throughout the day.. Pediatrics 2006;117(3):e387-95 [Pubmed](#)
- [73] Maisels MJ, Vain N, Acquavita AM, de Blanco NV, Cohen A, DiGregorio J : The effect of breast-feeding frequency on serum bilirubin levels.. American journal of obstetrics and gynecology 1994;170(3):880-3 [Pubmed](#)
- [74] Bergqvist LL, Katz-Salamon M, Hertegård S, Anand KJS, Lagercrantz H : Mode of delivery modulates physiological and behavioral responses to neonatal pain.. Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association 2009;29(1):44-50 [Pubmed](#) [Journal](#)
- [75] Kronborg H, Vaeth M : How are effective breastfeeding technique and pacifier use related to breastfeeding problems and breastfeeding duration?. Birth (Berkeley, Calif.) 2009;36(1):34-42 [Pubmed](#) [Journal](#)
- [76] Henderson A, Stamp G, Pincombe J : Postpartum positioning and attachment education for increasing breastfeeding: a randomized trial.. Birth (Berkeley, Calif.) 2001;28(4):236-42 [Pubmed](#)
- [77] Wallace LM, Dunn OM, Alder EM, Inch S, Hills RK, Law SM : A randomised-controlled trial in England of a postnatal midwifery intervention on breast-feeding duration.. Midwifery 2006;22(3):262-73 [Pubmed](#)
- [78] Mulder PJ : A concept analysis of effective breastfeeding.. Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN 35(3):332-9 [Pubmed](#)

[79] Kronborg H, Vaeth M, Olsen J, Iversen L, Harder I : Effect of early postnatal breastfeeding support: a cluster-randomized community based trial.. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)* 2007;96(7):1064-70 [Pubmed](#)

[80] Grossman LK, Harter C, Sachs L, Kay A : The effect of postpartum lactation counseling on the duration of breast-feeding in low-income women.. *American journal of diseases of children (1960)* 1990;144(4):471-4 [Pubmed](#)

[81] de Oliveira LD, Giugliani ERJ, do Espírito Santo LC, França MCT, Weigert EML, Kohler CVF, de Lourenzi Bonilha AL : Effect of intervention to improve breastfeeding technique on the frequency of exclusive breastfeeding and lactation-related problems.. *Journal of human lactation : official journal of International Lactation Consultant Association* 2006;22(3):315-21 [Pubmed](#)

[82] Ingram J, Johnson D, Greenwood R : Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families.. *Midwifery* 2002;18(2):87-101 [Pubmed](#)

[83] Robinson BA, Hartrick Doane G : Beyond the latch: A new approach to breastfeeding.. *Nurse education in practice* 2017;26 115-117 [Pubmed Journal](#)

[84] Riordan J, Gill-Hopple K, Angeron J : Indicators of effective breastfeeding and estimates of breast milk intake.. *Journal of human lactation : official journal of International Lactation Consultant Association* 2005;21(4):406-12 [Pubmed](#)

[85] Palmér L, Carlsson G, Mollberg M, Nyström M : Severe breastfeeding difficulties: Existential lostness as a mother-Women's lived experiences of initiating breastfeeding under severe difficulties.. *International journal of qualitative studies on health and well-being* 2012;7 [Pubmed Journal](#)

[86] Kronborg H, Foverskov E, Nilsson I, Maastrup R : Why do mothers use nipple shields and how does this influence duration of exclusive breastfeeding?. *Maternal & child nutrition* 2017;13(1): [Pubmed Journal](#)

[87] Pincombe J, Baghurst P, Antoniou G, Peat B, Henderson A, Reddin E : Baby Friendly Hospital Initiative practices and breast feeding duration in a cohort of first-time mothers in Adelaide, Australia.. *Midwifery* 2008;24(1):55-61 [Pubmed](#)

[88] Ekström A, Abrahamsson H, Eriksson R-M, Mårtensson BL : Women's use of nipple shields-Their influence on breastfeeding duration after a process-oriented education for health professionals.. *Breastfeeding medicine : the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine* 2014;9(9):458-66 [Pubmed Journal](#)

[89] Hanna S, Wilson M, Norwood S : A description of breast-feeding outcomes among U.S. mothers using nipple shields.. *Midwifery* 2013;29(6):616-21 [Pubmed Journal](#)

[90] Chertok IRA : Reexamination of ultra-thin nipple shield use, infant growth and maternal satisfaction.. *Journal of clinical nursing* 2009;18(21):2949-55 [Pubmed Journal](#)

[91] Stern DN : Moderskabskonstellationen. Et helhedssyn på psykoterapi med forældre og små børn. . Hans Reitzels Forlag 1995;

[92] Svensson KE, Velandia MI, Matthiesen A-ST, Welles-Nyström BL, Widström A-ME : Effects of mother-infant skin-to-skin contact on severe latch-on problems in older infants: a randomized trial.. *International breastfeeding journal* 2013;8(1):1 [Pubmed Journal](#)

[93] Brest feeding for children first 6 month.

[94] Sciacca JP, Phipps BL, Dube DA, Ratliff MI : Influences on breast-feeding by lower-income women: an incentive-based, partner-supported educational program.. *Journal of the American Dietetic Association* 1995;95(3):323-8 [Pubmed](#)

- [95] Susin LRO, Giugliani ERJ : Inclusion of fathers in an intervention to promote breastfeeding: impact on breastfeeding rates.. Journal of human lactation : official journal of International Lactation Consultant Association 2008;24(4):386-92; quiz 451-3 [Pubmed Journal](#)
- [96] Pisacane A, Continisio GI, Aldinucci M, D'Amora S, Continisio P : A controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion.. Pediatrics 2005;116(4):e494-8 [Pubmed](#)
- [97] Abbass-Dick J, Stern SB, Nelson LE, Watson W, Dennis C-L : Coparenting breastfeeding support and exclusive breastfeeding: a randomized controlled trial.. Pediatrics 2015;135(1):102-10 [Pubmed Journal](#)
- [98] Bich TH, Hoa DTP, Målqvist M : Fathers as supporters for improved exclusive breastfeeding in Viet Nam.. Maternal and child health journal 2014;18(6):1444-53 [Pubmed Journal](#)
- [99] Maycock B, Binns CW, Dhaliwal S, Tohotoa J, Hauck Y, Burns S, Howat P : Education and support for fathers improves breastfeeding rates: a randomized controlled trial.. Journal of human lactation : official journal of International Lactation Consultant Association 2013;29(4):484-90 [Pubmed Journal](#)
- [100] Raeisi K, Shariat M, Nayeri F, Raji F, Dalili H : A single center study of the effects of trained fathers' participation in constant breastfeeding.. Acta medica Iranica 2014;52(9):694-6 [Pubmed](#)
- [101] Su M, Ouyang Y-Q : Father's Role in Breastfeeding Promotion: Lessons from a Quasi-Experimental Trial in China.. Breastfeeding medicine : the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine 2016;11 144-9 [Pubmed Journal](#)
- [102] Gözükara F : Impact of Breastfeeding Training and Consultancy Services Provided to Parents on the Breastfeeding Behavior in Turkey.. International Caring Science. 2014;2014(2):497-507.;
- [103] Laanterä S, Pölkki T, Ekström A, Pietilä A-M : Breastfeeding attitudes of Finnish parents during pregnancy.. BMC pregnancy and childbirth 2010;10 79 [Pubmed Journal](#)
- [104] Sherriff N, Hall V, Panton C : Engaging and supporting fathers to promote breast feeding: a concept analysis. Midwifery 2014;30(6):667-77 [Pubmed Journal](#)
- [105] Feenstra MM, Nilsson I, Danbjørg DB : "Dad - a practical guy in the shadow": Fathers' experiences of their paternal role as a father during early discharge after birth and readmission of their newborns.. Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives 2018;15 62-68 [Pubmed Journal](#)
- [106] Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser blandt fødende, 2014. Region Hovedstaden, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse 2015; [Link](#)
- [107] Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington D.C., USA. World Health Organization (WHO) 2008; [Link](#)
- [108] Walker M : Breast-feeding: good starts, good outcomes. The Journal of perinatal & neonatal nursing 21(3):191-7; quiz 198-9 [Pubmed](#)
- [109] Wambach K : Breastfeeding and Human Lactation, 5th edition . Burlington, MA: Jones and Bartlett Publishers, Inc. 2015;
- [110] Feenstra MM, Jørgine Kirkeby M, Thygesen M, Danbjørg DB, Kronborg H : Early breastfeeding problems: A mixed method study of mothers' experiences.. Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives 2018;16 167-174 [Pubmed Journal](#)

[111] Metodehåndbogen - for udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer for puljeprojekter 2017-2020. Version 3.0. Sundhedsstyrelsen 2018;

[112] Flowchart for litteratursøgningen.

[113] AMSTAR checkliste for gennemgang af reviews i relation til pico 1, 2 og 5..

[114] Etablering af amning efter fødsel: PICO 1 Hud mod hud kontakt versus kontrol - metaanalyse.. Komiteen for Sundhedsoplysning & Aarhus Universitet 2018;

[115] Etablering af amning efter fødslen. PICO 5. Faderens involvering versus kontrol - metaanalyse. Komiteen for Sundhedsoplysning & Aarhus Universitet 2018;

[116] Bandura A : Self-efficacy. W.H. Freeman and Company 1997;