AMNINGSVÄNLIGA SJUKHUS

för att skydda, stödja och främja amning

SOU 1993:86

Kommittén för ett svenskt deltagande i
UNICEF/WHO-aktionen "Baby Friendly Hospitals"

RefKB Occ 550

Statens offentliga utredningar
1993:86
Socialdepartementet

Amningsvänliga sjukhus

för att skydda, stödja och främja amning

UNICEF/WHOs globala satsning

Det svenska arbetets bedrivande samt förslag till åtgärder
för en svensk amningsstrategi

Betänkande av Kommittén för svenskt deltagande i
UNICEF/WHO-aktionen "Baby Friendly Hospitals"
Stockholm 1993

SOU och Ds kan köpas från Allmänna Förlaget som ingår i C E Fritzes AB. Allmänna Förlaget ombesörjer också, på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningskontor, remissutsändningar av SOU och Ds.

Beställningsadress: Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Fax: 08-20 50 21
Telefon: 08-690 90 90

REGERINGSKANSLIETS
OFFSETCENTRAL
Stockholm 1993

ISBN 91-38-13442-X
ISSN 0375-250X

Förord

UNICEF och WHO har gått ut till alla länder med en aktion kallad "Baby Friendly Hospitals Initiative" (BFHI). Den är väsentligen riktad till förlossningsavdelningar och BB-kliniker. Målsättningen är att främja, stödja och skydda amningen som är på stark nedgång i stora delar av världen.

Sverige är med i denna aktion. I enlighet med regeringsbeslut 1992-04-02 tillsatte Socialdepartementet en Nationell kommitté under ordförandeskap av f d statsrådet Karin Söder att ansvara för utvärdering och redovisning av svenska sjukhusförhållanden i anslutning till denna aktion, samt att ge förslag och riktlinjer till andra åtgärder som kan vara motiverade i en mer långsiktig strategi.

Kommittén har haft följande sammansättning: professor Yngve Hofvander, Akademiska sjukhuset, Uppsala, samordn. barnsjuksköterska för barnhälsovården Ulla Idenstedt, Landstingsförbundet, Stockholm, riksdagsledamot Margareta Israelsson, UNICEF, Stockholm, med dr Elisabeth Kylberg, hjälpmamma och ordförande i Amningshjälpen, nutritionist, Uppsala, barnmorska Christina Larsson, programhandläggare på Hälsobyrån, SIDA, Stockholm, professor Yngve Larsson, Socialstyrelsen, Stockholm, barnsjuksköterska Eva Marnell, Riksföreningen för barnsjuksköterskor, Uppsala, sakkunnige Bertil Mathsson, Socialdepartementet, Stockholm, lic med sc Anna-Berit Ransjö-Arvidson, barnmorska, World Alliance for Breastfeeding Action, Stockholm och docent Jens Schollin, barnläkare, Svenska barnläkarföreningen, Örebro. Sekreterare i kommittén har varit dr med sc Charlotte Hillervik, Akademiska sjukhuset, Uppsala.

Till kommitténs hjälp tillsattes 1992-05-15 en grupp av experter med inriktning på förlossningsvård, barnhälsovård och amning under ordförandeskap av professor Yngve Hofvander, där docent Orvar Finnström, överläkare, Linköping, med dr Elisabeth Kylberg, hjälpmamma och ordförande i Amningshjälpen, nutritionist, Uppsala, docent Gunilla Lindmark, överläkare, Uppsala, docent Claes Sundelin, överläkare, Uppsala och dr med sc Anne-Marie Widström, barnmorska, Stockholm ingått som experter. Sekreterare/adjungerad har varit dr med sc Charlotte Hillervik.

Föreliggande skrivning är en redovisning av kommitténs och expertgruppens arbete, vilken härmed överlämnas till Socialminister Bengt Westerberg.

Karin Söder

Yngve Hofvander	*Charlotte Hillervik*	*Ulla Idenstedt*
Margaretha Israelsson	*Elisabeth Kylberg*	*Christina Larsson*
Yngve Larsson	*Eva Marnell*	*Bertil Mathsson*
Anna-Berit Ransjö-Arvidson	*Jens Schollin*	

Innehåll

Förord 3

Sammanfattning 9
Bakgrund 9
Det svenska arbetets bedrivande 10
Kommitténs förslag 11
Vidare förslag 13
Utbildnings- och informationsbehov 13
Läromedel och utbildningsmaterial 14
Forsknings- och utvecklingsarbete 14
Frivilliga organisationers roll och uppgifter 15
Förslag till svenska initiativ internationellt 16

Sammanfattning av kommittédirektiven 17

Amningen i Sverige 19
Hur var det förr? 19
Amningen under 1940-talet och framåt. 20
Den svenska amningsstatistiken 20
Är amningen optimal i Sverige? 22

Amning internationellt 23

Amningsstödjande åtgärder 25
Den internationella koden för marknadsföring av bröstmjölksersättningar 25
FNs konvention om barnets rättigheter 26
Innocenti-deklarationen 26
"Baby Friendly Hospitals Initiative" 27

Amningsstödjande organisationer – internationellt och i Sverige . . . 29
IBFAN 29
IOCU 29
WABA 29
SIDA 30
Amningshjälpen 30
NAFIA 31

Svenska Amningsinstitutet 31

Amning ur barnets synvinkel 33
Näringsfysiologi 33
Amning som infektionsskydd 33
Amning och allergi 34
Emotionella fördelar 34

Amning ur moderns synvinkel 35
Emotionella fördelar 35
Fysiologiska fördelar 35
Amning som antikonceptionsmedel 36
Praktiska fördelar 36

Tio steg för lyckad amning 37

Det svenska BFHI-arbetets bedrivande 41

UNICEF/WHOs riktlinjer tillämpade på svenska förhållanden 43

Enkät-undersökningen 45
Syfte 45
Material och målgrupp 45
Metod 45
Resultat 46
Svarsfrekvens 46
Bakgrundsdata om sjukhusen 46
Hel eller delvis amning vid hemgång från BB 47
Typ av ersättning under BB-tiden 48
Förekomst av en skriven amningsstrategi 49
Amningskunskaper hos vårdpersonalen 49
Amningskunskaper hos mammorna 49
Amningsdebut efter en normal förlossning 50
Amningsdebut efter kejsarsnitt 50
Förekomst av samvård 51
Förekomst av nappar 51
Amningshjälpen 52
Inställning till "Baby-Friendly"-konceptet 52
Sammanfattning av resultaten 52
Antalet "steg" de olika sjukhusen uppfyller 53
Andelen sjukhus i relation till vilka steg som är uppfyllda . . 53
Pappans roll 55
Pappans närvaro vid förlossning 55

Amningsinformation för pappor 56
Råd till pappor om amning 56

Konklusion 57

En process för att främja amning 59
Den formella externa utvärderingen 59
Syfte 59
Metod 59
Resultat 60

Kommitténs förslag till en långsiktig svensk amningsstrategi 61
Vidare förslag 62
Utbildnings- och informationsbehov 62
Läromedel och utbildningsmaterial 63
Forskning- och utvecklingsarbete 63

Frivilliga organisationers roll och uppgifter 65

Förslag till svenska initiativ internationellt 67

Litteraturförteckning 69
Övriga litteraturkällor 70

Bilagor 71

Sammanfattning

UNICEF/WHOs Initiativ att skydda, stödja och främja amning

Beskrivning av det svenska arbetets bedrivande samt förslag till åtgärder för en svensk amningsstrategi.

Bakgrund

UNICEF och WHO har gått ut till alla länder med en aktion som kallas Baby Friendly Hospitals Initiative (BFHI). Aktionen har till syfte att förmå varje enhet som arbetar med mödravård och vård av nyfödda barn att utvärdera sin verksamhet i enlighet med UNICEF/WHOs globala kriterier för hur en amningsvänlig vård ska bedrivas och därmed bli klassificerade som "amningsvänliga" (fri svensk översättning av uttrycket "baby-friendly").

Ett centralt dokument i detta initiativ är UNICEFs och WHOs gemensamma uttalande "Att skydda, stödja och främja amning. Mödra-, förlossnings-, BB- och barnhälsovårdens viktiga roll" (bilaga 3) där "Tio steg till lyckad amning"* ingår. Dessa steg utgör riktlinjer för hur de globala kriterierna ska uppfyllas och lyder som följer:

1. Ha en skriven amningsstrategi som regelmässigt delges all hälsopersonal.
2. Ge all personal sådana amningskunskaper att de kan upprätthålla denna strategi.
3. Informera alla gravida kvinnor om fördelarna med att amma och om amning i praktiken.
4. Hjälpa mammor att börja amma inom en halvtimme efter förlossningen.
5. Visa mammor hur de skall amma och hur de upprätthåller mjölkproduktionen även om de blir skilda från sina nyfödda.

*Direkt svensk översättning av UNICEF/WHOs formuleringar av stegen.

6. Inte ge nyfödda någon annan mat eller dryck än bröstmjölk, såvida det inte är medicinskt påkallat.
7. Tillämpa samvård (rooming-in), det vill säga tillåta mammor och spädbarn att vara tillsammans dygnet runt.
8. Uppmuntra fri amning.
9. Inte ge nappar till ammade spädbarn, varken sug- eller dinappar.
10. Uppmuntra bildandet av amningshjälpsgrupper och hänvisa mammorna till dem vid utskrivningen från sjukhuset/kliniken.

Sverige deltar i denna aktion. I enlighet med regeringsbeslut 1992-04-02 tillsatte socialdepartementet en statlig kommitté under ordförandeskap av f d statsrådet Karin Söder att ansvara för utvärdering och redovisning av svenska sjukhusförhållanden i anslutning till denna aktion, samt att ge förslag och riktlinjer till andra åtgärder som kan vara motiverade i en mer långsiktig strategi inom amningsområdet. Till dess hjälp tillsatte man 1992-05-15 en grupp av experter på förlossningsvård, barnhälsovård och amning under ordförandeskap av professor Yngve Hofvander.

Det svenska arbetets bedrivande

Det exekutiva arbetet, som framför allt inneburit utformning av nödvändiga dokument (frågeformulär, granskning av dessa samt återkoppling till sjukhusen, riktlinjer för procedurer för bedömning av sjukhusen samt protokoll för slutbedömning), (bilaga 4), för BFHI-arbetets utförande har under ledning av professor Yngve Hofvander utförts av sekreteraren för utredningen dr Charlotte Hillervik med stöd av dr Elisabeth Kylberg. Samtliga dokument har granskats och godkänts av såväl expertgruppens som den nationella kommitténs ledamöter.

För att möjliggöra en redovisning och utvärdering av svenska sjukhusförhållanden i anslutning till UNICEF/WHOs aktion har kommittén arbetat efter följande modell:

Självevaluering – Återkoppling – Extern utvärdering – Utnämning

Under hösten 1992 tillställdes samtliga 66 sjukhus med förlossnings- och BB-verksamhet ett frågeformulär. Frågorna var relaterade huvudsakligen till de Tio stegen och berörde således vårdrutiner gällande nyförlösta mammor och deras barn. Berörd personal uppmanades att tillsammans besvara frågorna. Samtliga sjukhus, 100%, besvarade enkäten.

En granskning och sammanställning av denna **självevaluering** visade att flertalet svenska sjukhus ännu ej uppfyllde UNICEF/WHOs kriterier för hur en amningsvänlig vård ska bedrivas. Främst gällde det avsaknaden av en skriven amningsstrategi, en för hög andel barn som tillmatades med ersättning eller vatten och en för stor användning av nappar. Det framgick dock tydligt att sjukhusen ville delta i/och redan påbörjat en utvecklande process som skulle leda till mer amningsvänliga rutiner. I svaren angav samtliga att de ställde sig positiva till att försöka bli klassificerade som "amningsvänliga sjukhus".

En **återkoppling** till sjukhusen har sedan skett genom att de alla fått sig tillsänt en sammanställning som visar hur många av de Tio stegen de uppfyllde samt i förekommande fall förslag till åtgärder och förändringar.

När sjukhusen meddelat att de kände sig redo för en utomstående värdering, genomfördes en sådan av ett **utvärderingsteam**. I teamet ingår länets barnhälsovårdsöverläkare och samordnande barnhälsovårdssjuksköterska, en barnmorska samt en hjälpmamma från Amningshjälpen. Teamet evaluerar sjukhuset enligt bestämda procedurer och med hjälp av strukturerade frågeformulär riktade till olika personalkategorier samt till de nyblivna mammorna. Teamet rekommenderar sedan kommittén att **utnämna sjukhuset som amningsvänligt.** Utnämningen ska vara tidsbegränsad.

Till dags dato, 1993-09-15, har cirka hälften av sjukhusen inkommit med en bekräftelse att de känner sig redo att bli evaluerade. Två av dessa är nu evaluerade och utnämnda till amningsvänliga sjukhus. Ytterligare tre är evaluerade men ännu ej utnämnda, medan 12 sjukhus kommer att evalueras inom kort. Vid 15 sjukhus är evalueringen försenad p g a teamens bristande tid och vid resterande 34 sjukhus pågår ännu det nödvändiga förändringsarbetet. Fertalet sjukhus kommer dock att bli bedömda under hösten 1993.

Kommitténs förslag

Målet för det svenska BFHI-arbetet bör vara att skapa en långsiktig amningsstrategi som inkluderar hela vårdkedjan, mödravård, förlossningsvård och barnhälsovård. Barnhälsovården spelar en stor roll vad gäller den fortsatta amningen, speciellt med tanke på den s k tidiga hemgången från BB som förutsätter effektiva system för uppföljning och stöd. Enligt SOSFS 1993:1 (M) "Socialstyrelsens allmänna råd om tidig hemgång efter förlossning", där samarbete mellan kvinnoklinik och barnhälsovård

rekommenderas skall "kvinnokliniken ansvara för att uppföljning och kontroll av mor och barn efter utskrivningen är planerad och får tillräcklig omfattning". Därmed understrykes vikten av att underlätta för mammor att amma och att ge sina barn enbart bröstmjölk i 4 till 6 månader.

Kommittén, med stöd av expertgruppen, har följande förslag till en långsiktig svensk amningsstrategi.

1. Alla BB- och förlossningskliniker i Sverige skall i sin verksamhet bevaka att man följer och utvecklar "Tio steg till lyckad amning". I samförstånd skall alla kategorier i sin yrkesutövning främja, skydda och stödja amning för att kunna kvalificera sitt sjukhus som amningsvänligt.

2. Utvärderingsteam utses regionalt och föreslås bestå av barnhälsovårdsöverläkaren, vilken är huvudansvarig samt en barnhälsovårdssjuksköterska, en barnmorska och en hjälpmamma från Amningshjälpen.

3. Utvärdering av sjukhusen bör återkomma regelbundet, förslagsvis vartannat år. Därmed säkras upprätthållandet av en hög kvalitét i vården fram till nästa utvärdering. Bevis på sjukhusens amningsvänlighet utfärdas av Socialstyrelsen på förslag av utvärderingsteamet.

4. Det regionala ansvaret för att främja "amningsvänlighet", föreslås ligga på respektive barnhälsovårdsöverläkare, tillsammans med de team som nu har upprättats.

Detta föreslås därmed också ansvara inom det egna länet för:

- samordningen mellan mödravårdscentraler (MVC), förlossningskliniker (BB) och barnavårdscentraler (BVC)
- stödja och främja amningsarbetet, så att antagna strategier och planer efterlevs
- stimulera utbildning och information genom återkommande temadagar och konferenser

5. Det centrala ansvaret och tillsynen för "amningsvänligheten" föreslås förläggas inom Socialstyrelsen. En ledningsgrupp som är knuten till Socialstyrelsen bör utses som har till uppgift att:

- stimulera till en positiv amningsutveckling och följa utvecklingen inom amningsområdet
- tillse att regelbundna utvärderingar kommer till stånd
- avgöra om "amningsvänlighet "föreligger efter förslag från de regionala teamen
- ansvara för den centrala utbildningen

6. Socialstyrelsen bör samarbeta med Folkhälsoinstitutet i frågor som gäller att främja positiva attityder till amning.

- dessa två myndigheter föreslås i samarbete få i uppdrag att inom sina ansvarsområden dra upp riktlinjer för hur man kan skydda, stödja och främja amningen

Ovanstående förslag till institutionell förankring av det amningsfrämjande arbetet motsvarar väl intentionerna i ett av Innocentideklarationens globala mål, nämligen: "Att till år 1995 ha utnämnt en statlig amningssamordnare på tillräckligt hög nivå...." (bilaga 2).

Vidare förslag

I de generella riktlinjer för amningsfrämjande åtgärder i Sverige, som Socialstyrelsen i samråd med Folkhälsoinstitutet föreslås få i uppdrag att upprätta, bör ytterligare förslag beaktas.

Utbildnings- och informationsbehov

Kunskap om amningens positiva betydelse och hur man främjar, skyddar och stödjer amning bör integreras i all den information och undervisning som rör skötsel och vård av barn, såsom yrkesutbildning och föräldrautbildning.

Även i grundskolan och gymnasieskolan bör på lämpligt sätt amningens betydelse understrykas.

Studieförbund och andra bildningsorganisationer bör stimuleras att aktivt delta i det amningsfrämjande arbetet.

Personalkategorier som arbetar med amningsrådgivning inom hälso-och sjukvården måste kontinuerligt beredas tillfälle till förnyad kunskapsinhämtning.

Information och upplysning om amningens fördelar för mor, barn och hela familjen bör utformas så att det når både mammor och pappor. Detta material skall vara lätt tillgängligt på såväl MVC, BB som BVC.

Läromedel och utbildningsmaterial

Läromedel och utbildningsmaterial som berör amning bör granskas och vid behov justeras och dateras upp på alla nivåer:

- uppdatera Socialstyrelsens bok "Amning. En skrift om amning och bröstmjölk"(3)
- se över och uppdatera utbildningsmaterial för blivande hälsopersonal
- utarbeta underlag för lokala föreskrifter och riktlinjer om BB-rutiner, speciellt indikationer för tillmatning av nyfödda barn
- aktivt föra ut forskningsresultat

Vid genomförandet av arbete av ovanstående karaktär kommer behov av nyproduktion av adekvat amningslitteratur och informationsmaterial att framkomma.

Forsknings- och utvecklingsarbete

Ett aktivt forsknings- och utvecklingsarbete är en nödvändig förutsättning för att långsiktigt kunna främja och stödja amningen. Det är därför betydelsefullt att alla berörda parter kan på ett adekvat sätt involveras i detta. Några viktiga led i detta arbete måste därför beaktas.

- Mödrahälsovårdens och barnhälsovårdens attityder, rutiner, information och utbildning i vad avser att skydda, stödja och främja amning föreslås bli föremål för utvärdering i likhet med BB- och förlossningsavdelningarna.

  De enkäter som gått ut till mödra- och barnhälsovårdens respektive ansvariga läkare i samtliga län bör sammanställas och analyseras. Även dessa evalueringar bör ske med en viss regelbundenhet.
- De statistiska uppgifter om amningstidens längd och frekvens som insändes till Socialstyrelsen länsvis bör sammanställas. Dessa uppgifter bör kunna brytas ner till varje BVC, bl a för att åstadkomma nödvändig "feed back" och stimulera till ytterligare initiativ.

  Den nationella amningsregistreringen bör ske enhetligt och i överensstämmelse med WHOs amningsdefinitioner.
- Möjligheterna att skapa en fond för amningsforskning bör undersökas.
- Relevant forskning bör planeras och initieras.

Nedan följer exempel på angelägna forskningsinsatser och forskningsområden:.

- Effekt bl a på amningen av tidig hemgång från BB.
- Mammors erfarenheter i relation till de Tio stegen efter hemgång från BB
- Orsaker till tidigt amningsavbrott.
- Pappans roll som amningsstödjare.
- Föräldraförsäkringen/vårdnadsbidragets roll som stöd av amning.
- Medicinska indikationer för tilläggsmatning de första dagarna efter födelsen.
- Effekter på amningen av användning av tröstnapp.
- Utarbeta viktkurvor baserade på enbart bröstuppfödda barn.
- Förändring av attityder till amning, rutiner och information på BB samt skäl till nedläggning i ett 50-års perspektiv.

Frivilliga organisationers roll och uppgifter

I Sverige har av tradition frivilliga organisationer en stark ställning och spelar en betydelsefull roll när det gäller att förändra attityder och att verka som pådrivare (sid. 30). I denna rapport kommer ett antal amningsstödjande organisationer att presenteras. Det är angeläget att den verksamhet som dessa bedriver lyfts fram och ges stöd i lämplig form.

Detta gäller i första hand Amningshjälpen vars rikstäckande organisation och osjälviska stödarbete har spelat en stor roll för amningens starka ställning i Sverige. Amningshjälpen spelar i sin (telefon-)rådgivning en slags "mammaroll" – en betydelsefull uppgift i gamla tider – och utgör ett angeläget komplement till barnhälsovården.

Alla organisationer som bevakar barns rättigheter i enlighet med FNs konvention har också ett ansvar att bevaka frågor som gäller amning. Detta framgår av konventionens artikel 4. Folkrörelser som Rädda Barnen, Röda Korset och andra bör både i sitt biståndsarbete och sitt opinionsbildande arbete i Sverige framhålla amningens betydelse för barnets hälsa och framtida möjligheter.

Förslag till svenska initiativ internationellt

Sverige har varit ett föregångsland när det gällt att bygga upp en heltäckande mödra- och barnhälsovårdsorganisation, samt inte minst vad beträffar dokumentation av nationell amningsstatistik. Detta senare har visat sig vara mycket värdefullt för att kunna följa amningens nedgång och senare uppgång (Figur 1 sid 21), bl a som underlag för att analysera faktorer av betydelse för dessa förändringar. Denna kontinuerligt pågående uppföljning av amningsutvecklingen har visat sig också värdefull som en internationell modell.

Regeringen bör ställa de erfarenheter till förfogande som vunnits i genomförandet av BFHI-projektet i internationella fora såsom berörda FN-organ och intresserade regeringar. Särskilt bör i dessa sammanhang framhållas

- strävan att göra samtliga BB- och förlossningskliniker amningsvänliga
- bildandet av regionala utvärderingsteam, som utför återkommande evalueringar
- skapandet av en sammanhållen ansvarsfördelning på lokal, regional och central nivå
- strävanden att knyta samman MVCs, BBs och BVCs amningsfrämjande arbete

I biståndsarbetet spelar mödra- och barnhälsovården en stor roll, där amningsfrågor har en given plats. SIDA bör få i uppdrag att undersöka om ytterligare möjligheter finns att i tillämpliga delar främja, skydda och stödja amningen inom olika projekt.

WHO presenterade 1991 en studie av den internationella barnmatskodens tillämpning i 14 u-länder. Till denna uppföljning bidrog SIDA.

Implementeringen av den internationella barnmatskoden (sid. 25) bör kontinuerligt följas genom initiativ från SIDA.

Kodens tillämpning i Sverige i ett nu 12-årigt perspektiv bör analyseras och användas i det internationella arbetet.

Sammanfattning av kommittédirektiven
(bilaga 1)

Åtgärder i anledning av UNICEF/WHOs gemensamma initiativ i syfte att skydda, stödja och främja amning.

UNICEF/WHO tillskrev den 26 september 1991 regeringscheferna i samtliga medlemsländer med anhållan om stöd för de båda organisationernas initiativ på amningsområdet. Detta har sin grund i den av världshälsoförsamlingen år 1981 antagna internationella koden om marknadsföring av bröstmjölksersättningar.

Amningens fördelar berörs bla i den år 1989 antagna FN-konventionen om barnets rättigheter och i den deklaration som antogs vid FNs barntoppmöte år 1990 där 71 stats- och regeringschefer deltog. Det aktuella initiativet bygger framför allt på de riktlinjer beträffande amning som utarbetades vid ett av UNICEF och WHO år 1990 anordnat möte med hälsopolitiker och barnläkarexpertis, den s k Innocentideklarationen. I korthet är tanken att sjukhus, vars rutiner följer UNICEF/WHOs riktlinjer att skydda, stödja och främja amning, efter en utvärdering skall klassificeras som "amningsvänliga sjukhus", (fri svensk översättning av uttrycket "baby friendly hospitals").

Mot bakgrund av ovanstående beslutades vid regeringssammanträde 1992-04-02 att en kommitté och en expertgrupp skulle svara för ett svenskt deltagande i UNICEF/WHOs aktion "Baby Friendly Hospitals Initiative".

Enligt kommittédirektiven skulle det svenska deltagandet ges en sådan inriktning och utformning att det kunde bli ett betydelsefullt led i ett svenskt stöd åt UNICEFs arbete. I kommittédirektiven betonades vidare att grundläggande för det svenska synsättet är att barnets bästa ska sättas främst. Vikten av att båda föräldrarna ges reella möjligheter att delta i vården av barnet underströks på följande sätt:

> "De landvinningar som i vårt land gjorts beträffande kvinnors och mäns jämställdhet och de svenska kvinnornas ställning på arbetsmarknaden är självklara utgångspunkter för ansträngningarna att i vårt land utveckla långsiktiga strategier på mödra- och barnhälsovårdsområdet, i vilka "baby friendly hospitals" utgör ett inslag".

Av kommittédirektiven framgår att kommittén skulle ansvara för utvärdering och redovisning av svenska sjukhusförhållanden i anslutning till UNICEF/WHO-aktionen samt ge förslag till andra åtgärder som kunde vara motiverade i en mer långsiktig amningsstrategi. Innan UNICEF/WHOs riktlinjer beträffande amning skulle läggas till grund för en klassificering av svenska sjukhus som "amningsvänliga" borde dock en bedömning ske av riktlinjernas tillämpbarhet på svenska förhållanden. Enligt direktiven skulle "hänsyn tas till möjligheterna för pappan att närvara och de individuella önskemålen vad gäller omhändertagandet av barnet. Riktlinjerna bör också sättas in i ett sammanhang som omfattar både mödravård, förlossningsvård och barnhälsovård."

Amningen i Sverige

Hur var det förr?

I början av 1900-talet skedde de flesta förlossningarna i hemmen och var självklara inslag i en familjs liv. Övriga familjemedlemmar och släktingar tog oftast gemensamt ansvar för hushållsarbetet under barnsängstiden. Kunskaper och erfarenheter av amning och barnavård fördes vidare av de äldre kvinnorna i familjen och av kvinnor i familjens närmaste grannskap. På så sätt bevarades kontinuiteten och kunskaper överfördes från generation till generation.

Vid denna tid var modersmjölk den praktiskt taget enda tänkbara näringen för spädbarn. Barn som inte kunde få sin mammas mjölk, eller någon annan kvinnas mjölk, hade mycket små förutsättningar att överleva.

I historiska undersökningar i Sverige (1700 – 1800-talen) har det kunnat påvisas att förekomsten av amning och den därtill relaterade frekvensen av spädbarnsdödlighet varit starkt relaterad till kvinnornas sociala och ekonomiska villkor. Så länge kvinnans arbete kunde förenas med möjligheter att ta hand om och amma sitt barn skyddades det från en för tidig död. Barn till mödrar som tvingades arbeta under tunga arbetsvillkor hade betydligt mindre möjligheter att överleva (1).

I Sverige, närmare bestämt i Stockholm, öppnades den första Mjölkdroppen 1901. Mjölkdroppen var en slags spädbarnsmottagning. Eftersom flaskbarnen hade en mycket hög dödlighet i framför allt diarréer var det främsta syftet, att dela ut steriliserade mjölkblandningar till barn som inte ammades och därmed försöka förhindra att dessa barn insjuknade. Rådgivning i uppfödningsfrågor och barnavård var redan från början ett viktigt inslag. Rörelsen spred sig och år 1910 fanns Mjölkdroppar på ett 25-tal orter i landet. Målsättningen blev med tiden att först och främst uppmuntra amningen. Mjölkdropparna utvecklades sedan från att ha varit rena mjölkutskänkningsställen till centraler för barnavård med tyngdpunkten lagd på upplysning och rådgivning (2).

Amningen under 1940-talet och framåt

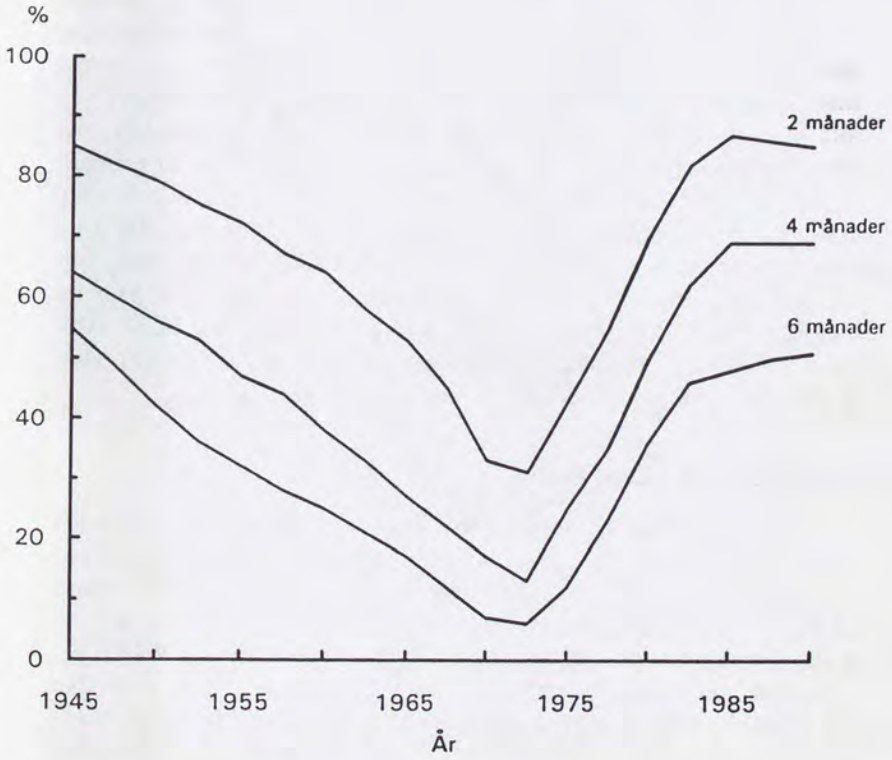
De åtgärder som under 1900-talet vidtagits för att förbättra kvinnornas sociala och ekonomiska situation efter barnafödsel har i och för sig givit dem ökade möjligheter att amma. Men där finns också faktorer som synes ha verkat i motsatt riktning. När sjukhusförlossningar blev allt vanligare, började så småningom amningsfrekvensen att sjunka. Huruvida detta var orsaksrelaterat eller inte vet man ej med säkerhet. Men det är alldeles uppenbart att sjukhusen delvis saknade de traditioner och den kvinnokunskap om amningens praktiska sidor som är nödvändiga för att amningen ska kunna påbörjas utan problem.

Ytterligare en faktor som sannolikt bidragit till den sjunkande amningsfrekvensen är introduktionen av industritillverkad modersmjölksersättning. När en någorlunda riskfri sådan började användas på 1930-talet, blev hela uppfödningsområdet alltmer en medicinsk angelägenhet. Amningen kom att ingå som en av alla medicinska åtgärder och rutiner vid BB-avdelningen och fick anpassa sig till yttre begränsningar som t ex personalens arbetsscheman. Man kom således att ordinera amning vid vissa bestämda tider på dygnet.

År 1938 beslutade man att inrätta barnavårdscentraler i Sverige. I slutet av 1940-talet omfattades i stort sett hela Sverige av denna reform. Amningens betydelse för barnens hälsa ifrågasattes ej, men däremot på vilket sätt amningen skulle genomföras och hur länge ett barn borde ammas. 1940-talets barnavårdsjournaler visar att barnavårdsläkararna gav mödrarna avvänjningsschema då barnen var 7 till 8 månader gamla. Barnavårdscentralerna gav råd, kontrollerade barnets hälsa, men fungerade även som kontrollorgan. Man torde kunna påstå att det var första gången i historien som möjligheter fanns att kontrollera och påverka hur länge mödrar ammade sina barn i Sverige.

Den svenska amningsstatistiken

Sverige torde vara det enda land i världen som för en nationell amningsstatistik. Den introducerades 1944 och har därefter fortgått med ett avbrott under några år i slutet på 70-talet och början av 80-talet.



Figur 1. Amningstidens längd (enbart och delvis) i Sverige under perioden 1944 till 1991 (nationella medeltal) (4-7)

Figur 1 visar amningstidens längd i Sverige under perioden 1944 till 1991. Såsom framgår har andelen ammade barn ändrats dramatiskt med en markant nedgång fram till i början av 1970-talet.

Som bidragande orsaker till denna sjunkande amningsfrekvens brukar nämnas bristande intresse från ansvariga läkare och annan berörd hälso- och sjukvårdspersonal, en brist på kunskaper och insikt om amningens och bröstmjölkens betydelse samt kvinnors strävan efter jämlikhet.

Den ökning av amningsfrekvensen som därefter inträffade återspeglar en stark attitydförändring ute i samhället. Vid denna tid präglades sam-

hället av trenden att återgå till det enkla och ursprungliga – "den gröna vågen". Kvinnorna själva reagerade mot att föda upp sina barn på artificiellt sätt, och började hävda sin rätt att få använda sina bröst till vad de var ämnade för, att amma. Massmedia bidrog till den positiva utvecklingen genom att skriva amningsartiklar i dagspressen, amningsforskning initierades och socialstyrelsen tillsatte en expertgrupp kallad Expertgrupp Amning som 1976 utarbetade en skrift om amning och bröstmjölk och som utsändes till all berörd hälso- och sjukvårdspersonal i landet (3). År 1973 startade också Amningshjälpen, en idéell organisation, där ammande mammor hade möjlighet att vid behov få råd, information och hjälp med amningen av erfarna kvinnor med egen amningserfarenhet. Allt detta bidrog till att såväl blivande som ammande mammor, hälsopersonal och allmänhet blev mer medvetna om amningens fördelar för såväl mamma som barn och som framgår av Figur 1 steg amningskurvan brant. Alltsedan 1980-talet har sedan andelen barn som ammas i 6 månader varit tämligen konstant.

Är amningen optimal i Sverige?

I jämförelse med andra länder i västvärlden, synes Sverige ha lyckats väl i att öka såväl antalet ammade barn som amningstidens längd. Men även i vårt land är amningen långt ifrån optimal. Med optimal amning menas då att barnet får enbart bröstmjölk under 4 – 6 månader. Endast ca 50% av de svenska barnen ammas enbart i fyra månader. Enligt WHOs rekommendationer ska alla länder ha som målsättning att till år 2000 öka denna andel till 80%, d v s majoriteten av alla barn ska få enbart bröstmjölk de fyra första levnadsmånaderna. Dock ammas ca 70% av svenska barn helt eller delvis i minst 4 månader.

Amning internationellt

Med ökande urbanisering och utveckling har en stark nedgång i amningen skett i u-länderna. Man har tagit de högindustrialiserade länderna som förebild. Amningsnedgången har börjat i de mer välbärgade befolkningsskikten i storstäderna men har sedan spridit sig och blivit alltmer uttalad även bland de ekonomiskt sämst lottade.

Orsakerna till amningsnedgången i u-länderna är komplexa och svårutredda men har att göra med förändrade levnadsförhållanden och socioekonomiska faktorer, kvinnornas frigörelse, ökat engagemang i och utformning av arbetslivet, ändrade värderingar och tryck från barnmatsindustrin. Detta har haft katastrofala följder för barnens hälsa och medfört tidig undernäring samt ökad frekvens av diarrésjukdomar.

Amningsstödjande åtgärder

En rad åtgärder har initierats för att förbättra barnens hälso- och nutritionstillstånd särskilt för u-länderna. Redan under tidigt 80-tal lanserade UNICEF begreppet GOBI-FFF, vilket sammanfattar de viktigaste komponenterna i primärhälsovården. GOBI är en förkortning av *Growth monitoring, Oral rehydration, Breast-feeding* och *Immunization*. F-en står för *Family spacing, Female education* och *Food supplement*. Identifieringen av dessa begrepp har lett till en rad åtgärder av vilka vi här ska redovisa dem som är relaterade till amning.

Den internationella koden för marknadsföring av bröstmjölksersättningar

För att begränsa de kommersiella krafternas inverkan på amningen tillkom efter initiativ bl a från de nordiska länderna år 1981 "The International Code of Marketing of Breast Milk Substitutes" (WHO, Genève, 1981). Denna antogs av världshälsoorganisationen 1981-05-21 med 118 röster för, 1 emot och 3 nedlagda röster, dvs med en överväldigande majoritet.

Koden anpassades även till svenska förhållanden och utkom som "Allmänna råd från Socialstyrelsen 1983:2: Marknadsföring av bröstmjölksersättningar. Svensk tillämpning av den internationella koden för marknadsföring av bröstmjölksersättningar". Anpassningen innebar att koden kom att gälla under barnets första sex levnadsmånader, vilket innebar en skillnad mot WHOs ursprungliga rekommendation att koden skulle omfatta hela första levnadsåret. Dessa råd har därefter varit ledande för utveckling och tillämpning i Sverige.

Tillkomsten av koden var utomordentligt viktig och har starkt bidragit till ett fortsatt intresse kring amning, bröstmjölksersättningar, kommersiell påverkan och andra faktorer rörande späda och små barns utveckling. Nationella och internationella organisationer har på olika vis följt tillämpningen av koden. Denna varierar kraftigt i olika delar av världen och överträdelser har påvisats och påpekats i många länder, då även i vissa fall i Sverige, där tillämpningen dock varit i huvudsak god.

FNs konvention om barnets rättigheter

FNs generalförsamling antog den 20 november 1989 en konvention om barnets rättigheter, den s k *barnkonventionen*. Sverige ratificerade denna konvention i juni 1990. Barnets rätt betyder rätt till identitet, integritet, skydd och utveckling. Det handlar således om rätten till namn och nationalitet och skydd mot övergrepp och exploatering. Det handlar också om rätt till utbildning och hälsa. Den bärande principen är *"barnets bästa"* vilket innebär att samhället skall låta just barnets intresse komma i första rummet vid beslut och frågor som berör barn. I Artikel 4 i konventionen står att läsa följande:

> "Konventionsstaterna skall sträva efter att till fullo säkerställa att alla grupper i samhället, särskilt föräldrar och barn, får information och har tillgång till undervisning om barnhälsovård och näringslära, fördelarna med amning, hygien och ren miljö och förebyggande av olycksfall samt får stöd vid användning av sådana grundläggande kunskaper".

Innocenti-deklarationen

Den s k Innocenti-deklarationen, "Breast-feeding in the 1990's. A global perspective", togs fram vid ett möte för ledande hälsopolitiker arrangerat av UNICEF och WHO med stöd av US/AID och SIDA. Mötet hölls på Spedale degli Innocenti, Florens, Italien, 1990-07-30. Innocentideklarationens globala mål är att skydda, stödja och främja amning, vilket formuleras på följande sätt (se deklarationen i sin helhet, bilaga 2):

> "Ett globalt mål för optimal hälsa och näringsstatus hos kvinnor och barn är att göra det möjligt för alla kvinnor att amma enbart och att alla spädbarn skall få enbart bröstmjölk från födelsen fram till 4-6 månaders ålder. Därefter skall barnen fortsätta att ammas med tillägg av annan lämplig föda, upp till två års ålder eller längre. Detta skall uppnås genom att man skapar en sådan miljö av medvetenhet och stöd så att kvinnor kan amma på detta sätt".

Till år 1995 skall alla regeringar enligt deklarationen ha uppnått följande delmål:

- utnämnt en statlig amningssamordnare på hög nivå och etablerat en multisektoriell statlig amningskommitté
- applicerat UNICEFs och WHOs gemensamt utgivna "Tio steg för lyckad amning" inom mödra-, förlossnings- och BB-vård

- tillsett att syftet och andan i den internationella koden för marknadsföringen av bröstmjölksersättningar tillämpas
- stiftat lagar som skyddar förvärvsarbetande kvinnors rätt till amning.

"Baby Friendly Hospitals Initiative"

Baby Friendly Hospitals Initiative har initierats av UNICEf med stöd av WHO som en praktisk uppföljning av deklarationen från Barntoppmötet (1990). Det syftar till att öka förekomsten av amning. I första hand inriktar man sig på rutiner, utbildning, information och attityder i samband med förlossningen och vistelsen på BB. Förlossningarna äger i växande utsträckning även i u-världen rum på någon form av sjukhus eller klinik vilket innebär goda möjligheter att påverka mammorna att påbörja och vidmakthålla amning.

Ett centralt dokument i detta initiativ är UNICEFs och WHOs gemensamma uttalande"Att skydda, stödja och främja amning. Mödra-, förlossnings-, BB- och barnhälsovårdens viktiga roll" (bilaga 3) där "Tio steg till lyckad amning" ingår. Under punkten UNICEF/WHO-initiativet sid 37-39 redogöres i detalj för de Tio stegens formulering.

Amningsstödjande organisationer internationellt och i Sverige

Förutom UNICEF/WHOs direkta amningsfrämjande åtgärder som redovisats ovan bör även följande *internationella* organisationer nämnas:

IBFAN - International Baby Food Action Network

IBFAN tillkom vid ett möte år 1979 i Genéve och utgör en koalition av frivilliga organisationer i både u- och i-länder. IBFAN arbetar för att skydda och främja amning, men ser också som en mycket viktig uppgift att bevaka barnmatsindustrins marknadsföring. Ett exempel på detta är den världsomfattande bojkott mot Nestlé som pågår i protest mot överträdelser som sker av den internationella marknadskoden. IBFAN har alltsedan sin tillkomst erhållit finansiellt stöd av SIDA.

IOCU – The international Organization of Consumer Unions

IOCU är en sammanslutning av konsumentorganisationer och är representerad i ett 50-tal länder. IOCU arbetar för att skydda och främja konsumenternas intressen genom informations-, forsknings- och utbildningsaktiviteter. IOCU var en av initiativtagarna till IBFAN och är ännu en av huvudaktörerna i IBFANs nätverk. Redan i början av 1970-talet engagerade sig IOCU bl a i en kritisk granskning av barnmatsindustrins marknadsföring.

WABA – World Alliance for Breast-feeding Action

WABA grundades vid ett möte i New York med frivilliga organisationer i såväl u- som i-land år 1991. Initiativtagare var UNICEF. Organisationen har som målsättning att genom olika åtgärder bidra till att förverkliga Innocenti-deklarationens syfte.WABA stöds finansiellt av bl a SIDA.

SIDA

SIDA har genom sina insatser för att skydda amningen bidragit till att redan på 1970-talet uppmärksama amningsfrågorna vid WHO bl a genom att finansiera globala studier, samt att genom WHO verka för tillkomsten av den internationella koden för marknadsföring av modersmjölksersättningar.

Såsom delvis framgår ovan spelar SIDA också en stor internationell roll vad gäller bistånd till olika organisationer som arbetar med amningsfrågor, främst i utvecklingsländer. På 1980- och 90-talet har det finansiella stödet riktats bl a till IBFANs verksamhet för övervakning att koden efterlevs i både i och u-länder samt bevakning av industrins agerande. Bidrag har också möjliggjort uppföljning av koden vid Världshälsoförsamlingen vid ett flertal tillfällen.

Stöd ges till Enheten för internationell barnhälsovård, ICH vid Uppsala Universitet i syfte att utveckla och underhålla kompetens i amningsfrågor framför allt i ett internationellt perspektiv. Detta sker genom kurser, seminarier, aktivt deltagande i aktiviteter som bidrar till att skydda och främja amning i utvecklingsländer, samt medverkan vid internationella möten.

IBFANs nätverk inkluderar följande tre *svenska* amningsfrämjande organisationer:

Amningshjälpen

Amningshjälpen som bildades år 1973, är en ideell och frivillig organisation som vill stödja och uppmuntra mammor som vill amma sina barn, samt sprida information och kunskap om amning. Amningshjälpen består av 275 hjälpmammor som aktivt arbetar med rådgivning till ammande mammor och ytterligare 1500 stödmedlemmar. Förutom rådgivning till ammande mammor, arbetar organisationen också internationellt där den deltar i bevakandet av den internationella marknadsföringskoden.

NAFIA- Nordisk arbetsgrupp för internationella amningsfrågor

NAFIA är en frivillig organisation som grundades 1981. NAFIA har till syfte att sprida information inom Sverige om amning ur ett mer globalt perspektiv, framför allt till kvinnogrupper, politiska organisationer samt fackföreningar. NAFIA samarbetar med Amningshjälpens internationella grupp i frågor som berör koden.

Svenska Amningsinstitutet

Institutet bildades 1987 och består av cirka 8 personer som på frivillig grund organiserar amningskurser för hälsopersonal samt undervisar om amning på vårdskolor.

I Sverige finns också ett informellt nätverk sedan 1988 bestående av representanter för Amningshjälpen och NAFIA, barnmorskor och barnläkare, kallad arbetsgruppen för en *Svensk Amningsstrategi*. Denna organisationen har som målsättning att genom olika åtgärder bidra till att förverkliga Innocenti-deklarationens syfte i Sverige. Hittills har gruppen arrangerat tre större möten och då inbjudit sjukvårds- och hälsopersonal.

Amning ur barnets synvinkel

Att bröstmjölk är det absolut bästa för barnets psykologiska, näringsmässiga och fysiologiska utveckling är väl dokumenterat. Nedan följer en redogörelse för några av fördelarna med amning och bröstmjölk för barnet.

Näringsfysiologi

Bröstmjölken innehåller all den energi och alla de näringsämnen som ett barn behöver under det första halvåret. Råmjölk (kolostrum), d v s den mjölk som produceras de första dagarna efter förlossningen, innehåller stora mängder antikroppar och är mer proteinrik än den fullmogna mjölken. För ett fullgånget, normalstort barn är råmjölken fullt tillräcklig under de första levnadsdygnen.

Mjölkintaget, som är anpassat till barnets behov, varierar inte bara mellan olika barn, utan också hos det individuella barnet från dag till dag och från måltid till måltid under hela amningsperioden (9).

Barn som uppföds på enbart bröstmjölk följer en något annorlunda viktutveckling än den som förväntas av de viktkurvor som användes på barnavårdscentralerna idag. Dessa viktkurvor baserar sig huvudsakligen på flaskuppfödda samt på delvis ammade barn. För flertalet enbart ammade barn stiger viktkurvan mycket brant de första 3-4 månaderna för att därefter plana ut. Denna utplaning tas ofta som ett tecken på att bröstmjölken är otillräcklig som enda föda och BVC-personal rekommenderar inte så sällan och många gånger helt i onödan mammor att vid denna tidpunkt börja med tilläggskost. Ett gott allmäntillstånd och en normal psykomotorisk utveckling är säkrare tecken på att barnet får den mängd bröstmjölk det behöver. Det skulle dock vara värdefullt om viktkurvor baserade på enbart bröstmjölksuppfödda barn kunde utarbetas.

Amningen som infektionsskydd

Sedan århundraden tillbaka har man varit medveten om att bröstuppfödda barn hade betydligt färre infektioner och därmed större chans att överleva än komjölksuppfödda. Bröstuppfödningens betydelse har stundom in-

skärpts mycket starkt, t ex i den lärobok som den svenske barnläkaren Rosén von Rosenstein skrev på 1700-talet:

> "Om ett Barn skal må wäl --- är dess bästa mat obestridligt Moderns mjölk" (10).

Undersökningar i Sverige, i andra i-länder och u-länder har påvisat en lägre infektionsfrekvens hos ammade barn jämfört med flaskuppfödda barn. Detta gäller förutom diarré-sjukdomar även luftvägsinfektioner och öroninfektioner. Denna positiva effekt beror på att modern via sin bröstmjölk överför antikroppar till barnet, vilka i sin tur binder till sig virus och bakterier. Bröstmjölken innehåller också ett stort antal vita blodkroppar som verkar infektionsförebyggande.

Amning och allergi

Det är ovanligt med allergiska fenomen hos bröstbarn. För allergiskt disponerade barn anses det särskilt viktigt att få enbart bröstmjölk så länge som möjligt.

Emotionella fördelar

Amning är ett sätt att leva tillsammans med och lära känna sitt barn. Amning är inte bara mat utan genom amningen får barnet också närhet, värme och kärlek. Den samhörighet som uppstår mellan mamma och barn har en unik biologisk och känslomässig inverkan på dem båda.

Amning ur moderns synvinkel

Såsom nämnts tidigare är möjligheterna olika för kvinnor världen över att amma optimalt och hänger samman med vilka socioekonomiska villkor som är gällande. I Sverige garanteras alla kvinnor en lång föräldraledighet, vilket ger flertalet mammor reella möjligheter att välja amning som uppfödningsmetod. Viktigt är att pappan tar ut sin del av föräldraledigheten, men att detta sker på ett sådant sätt att det ej har en negativ inverkan på mammans möjligheter att fortsätta amningen. En eventuell kvotering av föräldraledigheten får ej genomföras på så vis att det ur amningssynpunkt uppfattas som negativt, då förslaget i praktiken kan försvåra för mammorna att amma en adekvat period.

I en del andra länder där föräldraledigheten är kortare, t ex Kina där mammorna är lediga 3 till 4 månader, försöker man utforma arbetsplatserna på så vis att amning underlättas. Kvinnorna där har också enligt lag rätt att arbeta en timme mindre/dag under amningstiden.

Anpassningen mellan mamma och barn är ofta känslig under de första månaderna och många olika faktorer bidrar till hur länge amningen kommer att pågå. Önskvärt vore att alla nyblivna mammor omgavs av en positiv amningsattityd från såväl fadern som släktingar och vänner, för att skapa de bästa förutsättningar för en väl fungerande amningstid.

Emotionella fördelar

Amningen ger mamman möjlighet att i lugn och ro njuta av barnets närhet, vilket i sig har en positiv effekt vad gäller förhållandet mellan mamman och barnet. Vissheten att kunna ge sitt barn den allra bästa näringen innebär för flertalet mammor också en stor tillfredställelse, vilket i sin tur underlättar anpassningen till den nya rollen som förälder och mamma.

Fysiologiska fördelar

Vad gäller mammans hälsa har amningen på flera sätt en positiv effekt. Bland annat minskar risken att få rikliga blödningar efter förlossningen när mamman ammar. Detta beror på att amningen i sig stimulerar kon-

traktionen av livmodern och reducerar blödningar. Vidare har studier i USA och Kina visat att kvinnor som ammat sina barn löper mindre risk att få bröstcancer och cancer i äggstockarna jämfört med dem som ej ammat (12, 13).

Amning som antikonceptionsmedelmedel

Man har också kunnat påvisa att amning har en effekt på fruktsamheten och därmed födelseintervallen. WHO har gjort följande uttalande: "Amningen är till 98% ett säkert antikonceptionsmedel under det första halvåret under förutsättning att mamman ännu ej fått tillbaka sin mens, att barnet får enbart bröstmjölk och ammas "on demand", d v s fri amning. Denna "naturliga" metod anses därmed likvärdig med tekniska antikonceptionsmetoder av typ piller, kondom eller spiral. Efter sex månader och efter att menstruationen återkommit, men under fortsatt amning, avtar det antikonceptionella skyddet (14).

Praktiska fördelar

Jämfört med att tillreda bröstmjölksersättning i flaska, (med allt vad det innebär av kokning av flaskor, nappar, tillredning av ersättning, disk etc) har amningen en rad praktiska fördelar. Bröstmjölken är hygieniskt "förpackad", den har lagom temperatur och finns alltid till hands. Bröstmjölken är dessutom billig för familjen.

Tio steg för lyckad amning

Baby Friendly Hospitals Initiative-aktionen har till syfte att förmå varje enhet som arbetar med mödravård och vård av nyfödda barn att leva upp till UNICEF/WHOs globala kriterier för hur en amningsvänlig vård ska bedrivas. De globala kriterierna har arbetats fram av en arbetsgrupp med representanter från UNICEF, Wellstart och WABA och är summerade i UNICEF/WHOs förenade uttalande "Att skydda, främja och stödja amning; mödra-, förlossnings-, BB- och barnhälsovårdens viktiga roll vilken inkluderar de s k Tio Stegen, Tio steg för lyckad amning".

För att passa svenska förhållanden har de ursprungliga till svenska översatta formuleringarna av stegen modifierats något. Ändringarna är dock små vilket följande jämförelse visar, där de svenska formuleringarna är skrivna i fetstil och kommentarerna kursiverats:

Steg 1. Ha en skriven amningsstrategi som regelmässigt delges all hälsopersonal.
Ha en skriven amningsstrategi/handlingsplan som rutinmässigt delges all hälsopersonal.
Kommentar: Endast skillnad i formulering.

Steg 2. Ge all personal sådana kunskaper att de kan upprätthålla denna strategi.
Undervisa all berörd personal i nödvändig kunskap för att genomföra denna handlingsplan.
Kommentar: Endast skillnad i formulering.

Steg 3. Informera alla gravida kvinnor om fördelarna med att amma och om amning i praktiken.
Informera alla gravida och nyblivna mammor om fördelarna med amningoch hur man upprätthåller amningen.
Kommentar: Steget är utvidgat till att omfatta även nyblivna mammor.

Steg 4. Hjälpa mammor att börja amma inom en halvtimme efter förlossning
Uppmuntra och stödja mammor att börja amma sitt nyfödda barn vid barnets första vakenhetsperiod, vilket vanligen sker inom 2 timmar.
Kommentar: Vid observation av barnets naturliga beteende direkt efter förlossning har man kunnat påvisa att vissa barn inte är sugmogna förrän bortåt två timmar efter födelsen (15). *I kriteriet för godkännande har observation på förlossning tagits bort av två skäl: För det första, att den information som erhålles av de intervjuade mödrarna anses tillräcklig för att spegla rutinerna och för det andra att respekt måste visas den nyblivna mamman genom att undvika att störa henne så snart efter förlossningen.*

Steg 5. Visa mammor hur de skall amma och hur de upprätthåller mjölkproduktionen även om de blir skilda från sina nyfödda.
Visa mammor hur de ska amma och upprätthålla amningen även om de måste vara åtskilda från sina barn.
Kommentar: Endast skillnad i formulering

Steg 6. Inte ge nyfödda någon annan mat eller dryck än bröstmjölk, såvida det inte är medicinskt påkallat.
Nyfödda barn ska ej ges mat eller dryck utöver bröstmjölk, såvida det inte är medicinskt indikerat.
Kommentar: Endast skillnad i formulering

Steg 7. Tillämpa samvård (rooming-in), det vill säga tillåta mammor och spädbarn att vara tillsammans dygnet runt.
Praktisera samvård - tillåta mammor och barn att vistas tillsammans dygnet runt.
Kommentar: Endast skillnad i formulering.

Steg 8. **Uppmuntra fri amning.**
Kommentar: Den svenska formuleringen är identisk.

Steg 9. **Ej ge nappar till ammade spädbarn, varken sug- eller dinappar.**
Kommentar: Den svenska formuleringen är identisk.

Steg 10. Uppmuntra bildandet av amningshjälpsgrupper och hänvisa mammorna till dem vid utskrivningen från sjukhuset/kliniken.
Uppmuntra bildandet av amningshjälpsgrupper och sedvanlig kontakt med barnhälsovården genom att hänvisa mammorna till dem vid utskrivningen från sjukhuset/kliniken.
Kommentar: Med amningshjälps-grupper avses här i första hand Amningshjälpen. Sjukhusets ev uppföljande amningsstöd och framför allt barnhälsovårdens fortsatta ansvar gäller här som fullt likvärdiga alternativ.

Det svenska BFHI-arbetets bedrivande

Det svenska BFHI-arbetet startade våren 1992. Regeringen beslöt då på intiativ av Socialminister Bengt Westerberg att tillsätta en nationell kommitté och en expertkommitté för att i enlighet med de av regeringen beslutade direktiven genomföra UNICEF/WHO-kampanjen i Sverige. Expertgruppen utarbetade under våren 1992 riktlinjer och förslag för arbetets bedrivande vilka sedermera presenterades för den nationella kommittén. Efter smärre modifieringar antogs dessa riktlinjer av den nationella kommittén. Vissa justeringar har dock gjorts under arbetets gång.

Det exekutiva arbetet, som framför allt inneburit utformning av nödvändiga dokument (frågeformulär, granskning av dessa samt återkoppling till sjukhusen, riktlinjer för procedurer för bedömning av sjukhusen samt protokoll för slutbedömning, (bilaga 4), har under ledning av professor Yngve Hofvander utförts av sekreteraren för utredningen dr med sc Charlotte Hillervik med stöd av med dr Elisabeth Kylberg. Samtliga dokument har granskats och godkänts av såväl expertgruppens som den nationella kommitténs ledamöter.

För att möjliggöra en redovisning och utvärdering av svenska sjukhusförhållanden i anslutning till UNICEFs aktion har kommittén arbetat efter följande riktlinjer:

1. Självevaluering. Under hösten 1992 tillställdes samtliga 66 sjukhus med förlossnings- och BB-verksamhet ett frågeformulär. Förutom en kartläggning av sjukhusets kapacitet bl a vad gäller antalet inskrivna mor-barn-par och statistik rörande amningsförekomst vid hemgång, utgick samtliga frågor från de Tio stegen och berörde således vårdrutiner gällande nyförlösta mammor och deras barn på förlossning, BB och barnklinik. Frågeformuläret var adresserat till kvinnoklinikens chefsöverläkare som i sin tur uppmanades att tillsammans med berörd personal besvara frågorna.

2. Återkoppling. Samtliga sjukhus besvarade och skickade in enkäten till kommittén. Därefter gjordes en granskning och sammanställning av svaren med utgångspunkt från de Tio stegen. Denna sammanställning samt förslag till förändringar av rutiner har sedan skickats tillbaka till respektive sjukhus.

3. Utvärderingsteam. Utöver självevalueringen utvärderas sjukhusen av ett externt team. Dessa team, bestående av länets barnhälsovårdsöverläkare och samordnande barnhälsovårdssjuksköterska/motsvarande, en barnmorska samt en hjälpmamma, har bildats i samtliga 25 län i Sverige. I de län som har många sjukhus har flera team konstituerats. Totalt ingår 42 team.

Valet av teammedlemmar har gått till på följande sätt: Länets BHV-överläkare (i flertalet län finns en sådan; om fler, har den med uttalat intresse och tid för dessa frågor deltagit) har själv valt BHV-sjuksköterska. Kompetens, skicklighet och intresse har här vägt tungt, vilket i några fall inneburit att den sjuksköterska som har den samordnande funktionen ej automatiskt har valts. Barnmorskan har valts genom kontakt med såväl primärvården som den slutna vården där man utsett den person som varit mest amningskunnig och med gedigen praktisk erfarenhet av att vårda mamma-barn-par. Val av hjälpmamma från Amningshjälpen har skett genom dess styrelse som delegerat till länsmammorna att göra ett lämpligt val.

När sjukhuset bedömer att de har uppfyllt de Tio stegen, d v s vidtagit nödvändigt förändringsarbete, ska de själva inbjuda utvärderingsteamet som enligt bestämda procedurer ska utföra evalueringen.

4. Utnämning. Teamet rekommenderar expertgruppen att, vid ett tillfredsställande evalueringsutfall, föreslå den nationella kommittén att utnämna sjukhuset som amningsvänligt. Utnämningen kommer att föreslås bli tidsbegränsad (mer därom nedan).

För att amningen ska få en lyckosam början och fortsättning, behöver en mamma aktivt stöd under graviditeten och efter förlossningen, inte bara av sin familj och samhället, utan av hela hälsovården. Önskvärt vore att inbegripa hela vårdkedjan, d v s mödravård, BB- och barnhälsovård i en noggrann utvärdering. I Sverige har detta arbete börjat. En första fas i detta arbete har varit att kartlägga mödrahälsovården och barnhälsovården i relation till de Tio stegen. En enkät har därför skickats till samtliga mödrahälsovårds- och barnhälsovårdsöverläkare i landet. Sammanställning pågår.

UNICEF/WHOs riktlinjer tillämpade på svenska förhållanden

Det svenska BFHI-arbetet har bedrivits med utgångspunkt från UNICEF/WHOs modell. Dock har det varit nödvändigt att modifiera denna modell efter svenska förhållanden vilket också påbjudits i direktiven.

Nedan följer några av skillnaderna mellan UNICEF/WHOs modell och den svenska.

1. Antalet evaluerade sjukhus. UNICEF/WHO-modellen innebär evaluering av de sjukhus som har störst förutsättningar att uppfylla de Tio Stegen. Dessa ska sedan inspirera andra sjukhus som i sin tur förväntas anamma konceptet BFHI. Detta tillvägagångsätt innebär att vissa sjukhus kommer att betraktas som klart amningsvänliga medan andra följaktligen kommer att ses som mindre amningsvänliga. En sådan gradering vill vi i Sverige försöka undvika. Genom att uppmuntra samtliga sjukhus med förlossnings- och BB-vård att delta i aktionen erhålles ett bredare och mer långsiktigt engagemang med snabbare spridning som gynnar mamma-barn-paren i hela landet.

2. Återkommande evalueringar. UNICEF/WHO har enligt den metodologiska redovisning som finns att läsa i "The Global Hospital Assessment Questionnaire" ej planerat någon uppföljning av amningsvänligheten på de sjukhus som en gång blivit evaluerade. När sjukhuset en gång anses uppfylla de Tio Stegen är det definitionsmässigt amningsvänligt och förväntas så förbli. Som ett tecken på detta erhåller sjukhuset en plakett. I Sverige däremot föreslår kommittén att evalueringarna av sjukhusens amningsvänlighet ska upprepas regelbundet (1 till 2-års intervall) för att på så vis stimulera att sjukhuset även fortsättningsvis ska eftersträva att arbeta efter de krav som de Tio Stegen innebär. Det är därför även vår bedömning att ett bevis på sjukhusets amningsvänlighet, med begränsad varaktighet, bättre motsvarar svenska förhållanden. Det är också viktigt att framhålla skillnaden i ordval mellan den engelska benämningen "baby friendly" och den svenska fria översättningen "amningsvänlig". Härmed vill vi understryka att bedömningen endast avser hur man på respektive sjukhus på bästa sätt befrämjar amningen, men tar inte ställning till om sjukhuset i övrigt har en "barnvänlig" attityd eller "barnvänliga rutiner".

3. Val av team-medlemmar. Liksom de team som utvärderar sjukhus enligt UNICEF/WHOs modell består det svenska teamet av personer med gedigna amningskunskaper såväl praktiska som teoretiska. UNICEF/WHO har föreslagit att **externa** utvärderare evaluerar sjukhusen. Framför allt är tanken den att man då undviker partiskhet. Målet för BFHI-arbetet i Sverige är dock att skapa en varaktig amningsvänlig strategi och som en del i denna bör enligt kommittén samarbete mellan berörda yrkeskategorier i det egna länet uppmuntras, vilket i sin tur sannolikt leder till varaktigt ansvar och kunskapsutveckling. Därför har som tidigare nämnts en barnhälsovårdsöverläkare, en barnhälsovårdssjuksköterska, en barnmorska och en hjälpmamma fått till sig delegerat att ansvara för evaluering av det egna länets sjukhus. Risken för partiskhet för de team-medlemmar som är verksamma vid det sjukhus som ska evalueras bedömer kommittén som liten, då man i sin evaluering ska följa strikta strukturerade formulär med definierade globala kriterier. Dessutom ska samtliga teammedlemmar vara överens i sin slutliga bedömning. Fördelarna med detta tillvägagångsätt är att inte bara samarbetet uppmuntras, utan också drivkraften att se till och ansvara för att det egna sjukhuset förblir amningsvänligt.

4. Summering av skillnaderna. Nedan presenteras en summering av skillnaderna mellan UNICEF/WHOs modell och det svenska sättet att driva BFHI-arbetet:

Tabell 1. Jämförelse mellan UNICEF/WHOs sätt och det svenska med avseende på BFHI-arbetets uppläggning

	UNICEF/WHO	Sverige
Självevalueringens frågekonstruktion	Ja och Nej-frågor	Strukturerade frågor med fasta svarsalternativ samt öppna frågor ger mer information
Teamets evalueringsinstrument inklusive de globala kriterierna	Liknar varandra i uppläggning	
Antal deltagande sjukhus	Få	Alla
Upprepade evalueringar	Nej	Ja
Val av team	Externt	Från det egna länet
Risk för partiskhet	Ingen	Bedömes som liten
Certifikat	Engångsplakett	Tidsbegränsad, regelbundet återkommande bevis

Enkät-undersökningen

Syfte

Den 24 september 1992 tillställdes samtliga sjukhus i Sverige med förlossnings- och BB-verksamhet en enkät som i huvudsak handlar om vårdrutiner, utbildning och attityder till amning och som utgår från UNICEF/WHOs "Tio steg till lyckad amning". Enkäten hade till syfte att ge en beskrivning av hur vårdpersonalen anser att de följer innehållet i de Tio stegen i sina vårdrutiner, i sin utbildning av personal samt vid kontakt med de nyblivna föräldrarna.

Material och målgrupp

Samtliga 66 sjukhus, d v s alla sjukhus med förlossnings- och BB-verksamhet ingick i undersökningen. Målgruppen utgjordes av den personal som handhar vården av mamma-barn-paren.

Metod

Frågeformuläret bestod av 68 frågor av vilka flertalet hade fasta svarsalternativ med möjlighet till kommentarer. Enkäten inleddes med frågor som berörde bakgrundsfakta gällande sjukhusets storlek, antal förlossningar samt uppfödning vid hemgång. Därutöver var flertalet frågor relaterade till UNICEF/WHOs kriterier för hur en amningsvänlig vård ska bedrivas, d v s de Tio Stegen. Dessutom ingick frågor som berörde pappans roll.

Enkäterna var adresserade till kvinnoklinikens chefsöverläkare på respektive sjukhus som i sin tur uppmanades att tillsammans med berörd personal besvara enkäten. Metoden kan betecknas som en slags **självevaluering** och har sin motsvarighet i UNICEF/WHOs "Self Appraisal Tool".

Resultat

(Vid läsning av tabellerna är n = absoluta tal)

Svarsfrekvens

Samtliga sjukhus har besvarat och skickat in enkäten.

Bakgrundsdata om sjukhusen

Inledningsvis presenteras några bakgrundsfakta om de studerade sjukhusen. Fakta baserar sig på förhållanden under år 1991.

Typ av sjukhus. Enligt Socialstyrelsens kategorisering utgöres de svenska sjukhusen av 10 regionsjukhus, 24 länssjukhus och 32 länsdelssjukhus.

Antal förlossningar. Enligt sjukhusens uppgifter förlöstes totalt 121 783 kvinnor år 1991. På regionssjukhusen uppgick i medeltal antalet förlossningar till 3335 (2162 - 4815). Motsvarande siffror för länssjukhusen var 2339 förlossningar (804 - 4510) och för länsdelssjukhusen 1041 förlossningar (255 - 2933).

Andelen kejsarsnittsförlösta. Den procentuella andelen kejsarsnittsförlösta mammor uppgick till i medeltal 10.5 % när samtliga sjukhus inkluderades. Såsom framgår av Tabell 2, är medeltalen i huvudsak lika men spridningen stor, när förekomst av kejsarsnitt relateras till typ av sjukhus.

Tabell 2. Andelen kejsarsnittsförlösta kvinnor i relation till typ av sjukhus

	Regionsjukhus n=10 %	Länssjukhus n=24 %	Länsdelssjukhus n=32 %
Medelvärde	11.4	10.7	10.1
Spridning	9 - 13	7 - 17	4 - 14

Andelen barn med födelsevikt mindre än 2500 gram. I medeltal föddes 3.9% barn med en födelsevikt minde än 2500 gram. Tabell 3 visar medelvärde och spridning när andelen lågviktiga barn relateras till typ av sjukhus.

Tabell 3. Andelen lågviktiga barn i relation till typ av sjukhus

	Regionsjukhus n=10 %	Länsjukhus n=24 %	Länsdelssjukhus n=32 %
Medelvärde	5.5	5.4	2.4
Spridning	3 - 8	3 - 9	1 - 7

Andelen barn förda till neonatalavdelning. Andelen barn som remitterades från BB till neonatalavdelningen uppgick i medeltal till 6.8 % med en spridning på 0 % - 24%. Motsvarande andelar för regionssjukhusen var 9.0 % (2 - 14), för länsdelssjukhusen 10.4 % (0 - 24) och för länssjukhusen 4.5% (0 - 12).

Hel eller delvis amning vid hemgång från BB

Nedan följer statistik över andelen helt eller delvis ammade barn vid hemgång från BB. Uppgifterna baserar sig i flertalet fall på faktiska data som räknats fram på respektive BB. I några fall rör det sig om skattningar.

Andelen ammade barn vid hemgång. I medeltal uppgav sjukhusen att 97.9 % (90.0% - 99.9%) av barnen ammades vid hemgång. Andelen sjukhus som uppgav en 99% -ig amning vid hemgång skilde sig åt med avseende på typ av sjukhus. Av regionsjukhusen. var det 20 % , medan motsvarande siffror för länssjukhusen och länsdelssjukhusen var högre, 54% respektive 59%. Regionsjukhusens lägre tal torde bero på att vid dessa sjukhus ett större antal riskförlossningar förekommer med komplikationer för mor och barn, varigenom amningen kan försvåras av medicinska skäl.

*Andelen **enbart** ammade barn*. I medeltal uppgav sjukhusen att 92.7 % enbart ammade (60.0 - 99.9) vid hemgång från sjukhusen. Drygt hälften av sjukhusen uppgav att lika med eller mer än 95% av barnen fick enbart bröstmjölk vid hemgång. Tabell 4 visar andelen enbart ammade barn i relation till typ av sjukhus.

Tabell 4. Andelen enbart ammade barn i relation till typ av sjukhus

	Regionsjukhus n=10	%	Länssjukhus n=24	%	Länsdelssjukhus n=32	%
< 85	1	10	1	4	2	6
85 - 89	1	10	3	13	4	13
90 - 94	5	50	4	17	6	19
95 >	3	30	15	65	19	62
bortfall=			1		1	

Såsom framgår av tabell 4 uppgav 65% av länsdelssjukhusen samt 62% av länssjukhusen att lika med eller mer än 95% enbart ammade vid hemgång. Motsvarande andel bland regionsjukhusen var 30%. Regionsjukhusens lägre tal torde bero på att vid dessa sjukhus ett större antal riskförlossningar förekommer med komplikationer för mor och barn, varigenom amningen kan försvåras av medicinska skäl.

Typ av ersättning under BB-tiden

Modersmjölk, modersmjölksersättning eller vatten i flaska. Tabell 5 visar andelen barn som fick modersmjölk, modersmjölksersättning eller vatten i flaska under BB-tiden.

Tabell 5. Andelen barn som fick modersmjölk, modersmjölksersättning eller vatten i flaska

Andelen barn	Andelen sjukhus som ger: Modersmjölk i flaska n=65	%	Ersättning i flaska n=65	%	Vatten i flaska n=66	%
Inga alls	38	58	31	48	33	50
Ungefär 1/4	25	38	32	49	26	39
Ungefär 1/2	1	2	2	3	5	8
Ungefär 3/4	1	2	0	0	2	3
bortfall=	1		1			

Tabell 5 visar att drygt hälften av sjukhusen (58%) uppgav att de ej gav modersmjölk i flaska. Ungefär hälften (48%) angav att de ej gav ersättning i flaska. Andelen sjukhus som ej gav vatten i flaska var också ungefär lika stor (50%).

Totalt uppgav 23 sjukhus (35%) att de **varken** gav modermjölk, modersmjölksersättning eller vatten i flaska under BB-tiden. Resterande sjukhus har uppgivit att tilläggsmatning skett, men i varierande grad. Flertalet har angett att ett barn av fyra tilläggsmatats.

När typ av ersättning relaterades till typ av sjukhus framkom att regionsjukhusen gav modersmjölk (67% jämfört med 46% för länssjukhusen respektive 31% för länsdelssjukhusen) och modersmjölksersättning (80% jämfört med 59% för länssjukhusen och 39% för länsdelssjukhusen) i högre grad jämfört med de mindre sjukhusen . Däremot förekom ingen skillnad vad gäller tillmatning med vatten i flaska.

Förekomst av en skriven amningsstrategi

På den direkta frågan om sjukhuset har en gemensam handlingsplan/amningsstrategi, gällande för både barn- och kvinnokliniken, svarade 50% att de utarbetat en sådan. 42% saknade ännu en handlingsplan medan resterande sjukhus (8%) angav att detta arbete hade påbörjats men ännu ej slutförts.

En jämförelse mellan typ av sjukhus visar att 30% av regionsjukhusen uppgav att de hade en skriven handlingsplan, medan motsvarande andel för länssjukhusen var 50% och för länsdelssjukhusen 56%.

Amningskunskaper hos vårdpersonalen

Majoriteten av sjukhusen ansåg att personalen hade tillräckliga kunskaper om amning. Andelen som svarade "Ja, absolut" uppgick till 29%, medan motsvarande andel som svarade "Ja, troligen" uppgick till 54%. Vad gäller innehåll i den amningsutbildning som erbjöds uppgav flertalet sjukhus, 78%, att den relaterade till 8 steg eller fler av de 10. I relation till typ av sjukhus framkom i detta avseende inga skillnader.

Knappt hälften av sjukhusen (48%) uppgav att de hade en specialutbildad person i ämnet amningskunskap. I jämförelse med länssjukhusen och länsdelssjukhusen var det mer vanligt att regionsjukhusen hade en sådan specialutbildad person, 80% jämfört med 48% respektive 39%.

Amningskunskaper hos mammorna

Totalt uppgav 77% av sjukhusen att de ansåg mammorna få tillräckliga kunskaper om amning och amningsteknik under BB-tiden, 20% svarade att informationen var otillräcklig medan två sjukhus ej besvarat frågan.

I jämförelse mellan sjukhusen framkom att länsdelssjukhusen var mest nöjda med förmedlandet av amningskunskaper till mammorna.(94%) medan motsvarande siffror för länssjukhusen var 76% och för regionsjukhusen 70%.

Nästan alla sjukhus, 87%, var överens om att alla mammor, såväl förstföderskor som omföderskor behöver amningsinformation. Resterande sjukhus angav att 3 mammor av 4 behöver information.

De flesta sjukhus (91%) hade ej som rutin att uppmuntra mammorna att amma under ett speciellt antal månader. Här ingår som exempel samtliga regionsjukhus. Flertalet länssjukhus och länsdelssjukhus (83% respektive 70%) sade sig dock uppmuntra mammorna att amma så länge det gick bra, utan att tidsbestämma perioden.

Amningsdebut efter en normal förlossning

Flertalet *sjukhus* hade som rutin att lägga barnet till bröstet inom 2 timmar efter en normal förlossning. 35% av sjukhusen uppgav tilläggning inom den första halvtimmen, medan en något större andel (42%) uppgav att tilläggningen skedde inom en halv till 2 timmar. Resterande sjukhus (24%) hade som rutin att lägga till barnet när "det var vaket och sugvilligt".

Vad beträffar *andelen av de nyfödda* som lades till inom 2 timmar uppgick dessa i medeltal till 97% (80%-100%).

Amningsdebut efter kejsarsnitt

Drygt hälften *av sjukhusen,* 59%, uppgav tilläggning inom 2 timmar efter kejsarsnitt. Övriga sjukhus sade sig ha som rutin att lägga till barnet efter 2 timmar (19%) eller "när barnet var vaket och sugvilligt" (22%).

På frågan hur *stor andel av de kejsarsnittsförlösta barnen* som lades till tidigt, fördelade sig svaren enligt följande: I medeltal sade sig 69% av sjukhusen ha som rutin att lägga till inom 2 timmar. Variationen mellan sjukhusen visade dock en spridning på 0% till 100%, t ex så var andelen tidig tilläggning mindre än 25% vid tio sjukhus, medan sju sjukhus uppgav att alla kejsarsnittsförlösta mammor, d v s 100%, fick amma inom 2 timmar.

I relation till typ av sjukhus var den procentuella andelen tidig tilläggning för regionsjukhusen 50% (2% - 90%), för länssjukhusen 74% (1% - 100%) och för länsdelssjukhusen 72%.(0% - 100%).

Förekomst av samvård

Samtliga *sjukhus*, 100%, uppgav att de erbjöd någon typ av samvård för mamma-barn-paren. Flertalet sjukhus, 86%, sade sig ha samvård dygnet runt, medan resterande 14% endast hade samvård på dagen eller organiserat på annat sätt. I relation till typ av sjukhus förekom ej någon skillnad.

Andelen mamma-barn-par som nyttjade samvård var bland de normalförlösta i medeltal 89%. Ibland de kejsarsnittsförlösta var motsvarande siffra 86%.

På 13% av sjukhusen samvårdades dock minde än eller lika med 50% av de friska normalförlösta mamma-barn-paren, medan 60% av sjukhusen tillät alla kejsarsnittsförlösta samvård.

Förekomst av nappar

Mer än hälften av sjukhusen, 61%, svarade att de hade tillgång till nappar på BB-avdelningarna. Vid resterande sjukhus tog föräldrarna med sig napp eller köpte napp under sin BB-vistelse. I Tabell 6 framgår hur stor andel av de nyfödda som använde napp.

Tabell 6. Sjukhusens svar på hur stor andel av de nyfödda som använde napp

Andelen barn	Andelen sjukhus n=64	%
Ungefär 3/4	16	26
Ungefär 1/2	14	22
Ungefär 1/4	28	45
Ingen	4	6
bortfall=	2	

Nästan halva antalet sjukhus, 48%, svarade att vartannat eller vart tredje barn använder napp under sina första levnadsdagar. I relation till typ av sjukhus var motsvarande siffror för regionsjukhusen 22%, för länssjukhusen 35% och för länsdelssjukhusen 64%.

Totalt uppgav endast 4 sjukhus att inget barn använde napp.

Amningshjälpen

Flertalet orter där sjukhusen var belägna hade en organiserad Amningshjälp (77%). Fyra länssjukhus och sex länsdelssjukhus (15%) sade sig sakna denna organisation helt och ytterligare fem av de mindre sjukhusen (8%) kände ej till om sådan verksamhet fanns representerad i deras län.

Inställning till "Baby Friendly"-konceptet

Alla sjukhus sa sig eftersträva att vilja bli klassificerade som amningsvänliga och ställde sig därmed positiva till de krav/kriterier som ska vara uppfyllda. Sammanlagt ansåg sig också 73% redan uppfylla samtliga krav för hur en amningsvänlig vård ska bedrivas. Denna uppgift skiljer sig från det resultat som nedan visar att endast 4 av de 66 sjukhusen uppfyllde alla steg.

Sammanfattning av resultaten

Ovan givna resultatredogörelse är hämtade från separata ej sammanvägda frågor i de frågeformulär som användes vid självevalueringen och som således besvarades av personal på sjukhusen. För den feed-back eller återkoppling som enligt planerna skulle nå sjukhusen var det nödvändigt att mer grundligt relatera svaren till UNICEF/WHOs Tio steg till lyckad amning. Det har gått till på så vis att utifrån varje enskilt steg hänsyn tagits till samtliga frågor som berör det specifika steget. Sålunda har för t ex steg 2, som handlar om att all berörd personal ska ha nödvändiga amningskunskaper, hänsyn tagits till 6 olika svar i formuläret. Vidare har för steg 3, som handlar om att alla nyblivna mammor ska ha information om fördelarna med amning och hur man upprätthåller amning, 13 olika frågor beaktats. Detta kan få till konsekvens att vissa siffror i Tabell 7 och 8 som visar hur sjukhusen uppfyller de Tio stegen avviker något från de svar som utgår från de enskilda separata frågorna och som presenterats ovan.

Det bör också understrykas att de resultat som hittills presenterats och de som presenteras i Tabell 7 och 8 gäller förhållanden under hösten 1992, således i början av den process som sannolikt kommer att leda till att flertalet svenska sjukhus kommer att kunna bli utnämnda som amningsvänliga inom en ganska snar framtid.

Antalet "steg" de olika sjukhusen uppfyllde

Tabell 7 presenterar hur många "steg" sjukhusen uppfyllde under hösten 1992. Såsom framgår uppfyllde flertalet sjukhus, 90%, minst sex av de tio stegen. Endast fyra sjukhus uppfyllde samtliga kriterier för hur en amningsvänlig vård ska bedrivas. Någon skillnad i detta avseende mellan de olika typerna av sjukhus förekom ej.

Tabell 7. Antal uppfyllda "steg" för samtliga 66 sjukhus

Antal uppfyllda steg	Sjukhus n=66	%
1	0	0
2	0	0
3	1	2
4	3	5
5	2	3
6	20	30
7	14	21
8	13	20
9	9	13
10	4	6

Andelen sjukhus i relation till vilka steg som är uppfyllda

Såsom framgår av tabell 8 hade flertalet av de svenska sjukhusen (mer än 90%) som rutin att uppmuntra fri amning (steg 8), att ge adekvat amningsinformation om amning även vid separation från barnet (steg steg 5) och praktisera tidig tilläggning (steg 4). Däremot saknade många sjukhus en skriven amningsstrategi (61%)(steg 1). Ungefär hälften av sjukhusen (50%) gav ersättning i flaska (steg 6) och hade tillgång till och uppmuntrade därmed till nappanvändning (steg 9) i alltför hög grad.

Vad gäller tillmatning av nyfödda så anses det att reell medicinsk indikation föreligger i knappt 10% av fallen. Docent Orvar Finnström, medlem i BFHIs expertgrupp, har för Linköpings barnklinik år 1992 utarbetat följande kriterier för tillmatning: (Dokumentet presenteras i sin helhet i bilaga 5)

I följande tabell redovisas hur många sjukhus som uppfyllde de olika stegen.

Tabell 8. Andelen sjukhus i relation till vilka steg* som är uppfyllda

Andelen sjukhus	n=66	%	
Steg 4 Underlätta för mammor att börja amma inom två timmar efter förlossning	65	98	n=65
Steg 5. Visa mammor hur de ska amma och hur de upprätthåller mjölkproduktionen även om de blir skilda från sina barn	63	95	
Steg 8. Uppmuntra fri amning, oberoende av klockan.	62	94	
Steg 3. Informera alla kvinnor om fördelarna med amning och hur man upprätthåller amningen.	54	82	
Steg 2. Ge all personal sådana amningskunskaper att de kan upprätthålla amningsstrategin.	51	77	
Steg 7. Tillämpa samvård, – tillåta mammor och barn att vistas tillsammans dygnet runt.	49	74	
Steg 10. Uppmuntra deltagandet och bildandet av amningshjälpsgrupper och hänvisa till dem vid utskrivning från sjukhuset.	35	63	n=57
Steg 6. Inte ge nyfödda någon annan mat eller dryck än bröstmjölk, såvida det inte är medicinskt påkallat.	33	50	
Steg 9. Inte ge nappar till ammade spädbarn, varken sug eller dinappar.	31	49	
Steg 1. Ha en skriven amningsstrategi som regelbundet delges all sjukhuspersonal.	25	39	

* Då enkäten gick ut hösten 1992 användes UNICEF/WHOs formuleringar av stegen.

Tillmatning första dygnen:

1. Dysmaturt barn (torrt, magert, nedsatt turgor).
2 Hyperexcitabla (sprittiga)barn.
3 Barn födda före graviditetsvecka 37.
4. Födelsevikt över 4500 g eller SGA-barn d v s tillväxthämmade barn.
5 Födelsevikt över 4500 g eller LGA-barn (stora för tiden barn).
6. Temperaturstegring p g a törstfeber (fundera alltid över om infektion kan föreligga).

Tillmatning efter 3:e dygnet:

Diskutera amningssituationen med modern/ansvarig sköterska.

1. Viktfall över 10%.
2. Sugslött barn. Överväg orsaken till sugslöheten!
3. Bilirubinstegring över 300. Utred och behandla barnets gulsot..
4. Temperaturstegring (se kommentar ovan).

I de resultat som redovisades ovan angående andelen sjukhus som gav ersättning i flaska ingår endast de sjukhus som angav mer än 10% tillmatning.

Önskvärt vore att varje sjukhus hade skriftliga medicinska kriterier för när det är motiverat med tillmatning.

Pappans roll

Av direktiven framgår att kommittén haft till uppgift att undersöka pappans roll för amningen. Nedan presenteras resultat som berör i hur hög grad papporna är närvarande vid förlossningen, om de får någon amningsinformation och slutligen vilka amningsråd sjukhusen anser vara de viktigaste att ge papporna inför hemgången med mamma och barn från BB.

Pappans närvaro vid förlossning

Samtliga sjukhus sade sig erbjuda alla pappor (eller annan anhörig) att närvara under förlossningen. På frågan hur stor andel av papporna som verkligen var med, framkom att flertalet sjukhus, 89%, uppgav att *alla* pappor var med vid normala förlossningar. Nästan lika många sjukhus, 86%, svarade att *alla* pappor var med vid planerade kejsarsnitt. Färre sjukhus, 35%, uppgav att pappor var närvarande vid akuta kejsarsnitt. I relation till typ av sjukhus förekom inga nämnvärda skillnader.

Amningsinformation för pappor

Drygt hälften av sjukhusen, 64%, gav amningsinformation endast om pappan efterfrågade sådan. En tredjedel hade dock infört det som rutin, vilket innebar att alla pappor som var närvarande under BB-tiden fick amningsinformation. Resterande 5 sjukhus uppgav att detta ej ingick i deras rutiner. Av dessa fem var fyra länsdelssjukhus.

Råd till pappor om amning

Sjukhusen tillfrågades vilka tre amningsråd som var viktigast att ge till pappan. Flertalet sjukhus, 89%, besvarade denna fråga. Resultaten visade att de tre mest frekventa råden var följande:

1. Ge Din hustru lugn och ro!
2. Acceptera att amningen tar tid!
3. Inse att bröstmjölk är absolut det bästa för Ditt barn!

Konklusion

Enkät-undersökningen (eller den s k självevalueringen) har genom de svar som angivits visat att flertalet svenska sjukhus ännu ej uppfyller alla UNICEF/WHOs kriterier för hur en amningsvänlig vård ska bedrivas. Främst gällde det avsaknaden av en skriven amningsstrategi, en för hög andel barn som tillmatades med ersättning eller vatten och en för stor användning av nappar.

Sjukhusen visade dock tydligt att de ville delta i en utvecklande process som leder till mer amningsvänliga rutiner genom att de i svaren angav att de alla ställde sig positiva till att kunna bli klassificerade som ett amningsvänligt sjukhus. Det synes finnas en stark vilja och ett djupt engagemang till att förändra vårdrutiner i en mer amningsvänlig riktning.

En process för att främja amning

Den formella externa utvärdering

I enkäterna framgick att alla sjukhus sade sig eftersträva att bli klassificerade som "amningsvänliga sjukhus". I det brev som senare tillskickades sjukhusen, med uppgift bl a om hur många av de Tio Stegen som uppfyllts, "återkopplingen", ingick också en förfrågan huruvida de ville bli föremål för en *formell utvärdering*.

Denna utvärdering är delegerad till ett regionalt bedömningsteam (se ovan) under ledning av respektive läns barnhälsovårdsöverläkare. För att underlätta för teammedlemmarnas kommande uppgift erbjöds samtliga 42 team att under våren 1993 delta i en informations- och utbildningsdag. Detta har utförts av professor Yngve Hofvander som har besökt Östersund, Luleå, Umeå, Sundsvall, Linköping, Göteborg, Stockholm, Visby, Jönköping Eskilstuna, Lund Falun, Gävle och Uppsala. Professor Hofvander har vid dessa besök berättat om BFHI-arbetets syfte och målsättning i Sverige, informerat teammedlemmarna om utvärderingens olika procedurer, samt redogjort för den vetenskapliga bakgrunden till de Tio Stegen.

Syfte

Syftet med sjukhus-evalueringarna är att undersöka hur många sjukhus i Sverige som verkligen uppfyller de Tio stegen. Därutöver syftar evalueringarna till att igångsätta en process som har till mål att skapa enbart amningsvänliga förlossningskliniker och BB-avdelningar i Sverige.

Metod

Vid evalueringen av sjukhusen användes sex olika formulär. Fyra av dem utgöres av frågeformulär som ska användas vid enskilda intervjuer med olika yrkeskategorier samt till mammor. Ett av de resterande två användes vid bedömning av skrivet material som sjukhuset tillhandahåller till personal och föräldrar. Slutligen det sjätte, användes vid observation av förlossningsklinikens/BB-s lokaler.

Nedan följer en beskrivning av det ungefärliga antalet intervjuade vid varje sjukhus:

1 avdelningsföreståndare
2-3 läkare
cirka 5 barnmorskor/sjuksköterskor
cirka 6-7 barnsköterskor/undersköterskor
10-14 mammor

Antalet intervjuer kommer med nödvändighet att variera beroende på klinikens och personalstabens storlek och också om där finns en neonatalavdelning och/eller specialistmödravård.

De olika formulären rubriceras enligt följande:

Formulär I. Individuell intervju med avdelningsföreståndaren.
Formulär II. Genomgång av skrivet material.
Formulär III. Individuell intervju med läkare
Formulär IV. Individuell intervju med barnmorskor/barnsjuksköterskor och barnsköterskor/undersköterskor.
Formulär V. Individuell intervju med mammor
Formulär VI. Observation.

Formulären innehåller frågor direkt relaterade till de Tio stegen. För att kunna genomföra evalueringen användes också ett slutformulär PROTOKOLL-SLUTBEDÖMNING. Där finns nedskrivet hur de *svenska* kriterierna för hur de Tio stegen bör följas. Där ingår också en slutsummering av bedömningsprotokollet vilket utgör ett minimum av de svenska kriterierna som ett sjukhus ska uppfylla för att anses bedriva en amningsvänlig vård.

Resultat

Till dags dato, 1993-09-15, har cirka hälften av sjukhusen inkommit med en bekräftelse att de känner sig redo att bli evaluerade. Två av dessa är evaluerade och utnämnda till amningsvänliga sjukhus. Ytterligare tre är evaluerade men ännu ej utnämnda, medan 12 sjukhus kommer att evalueras inom kort. Vid 15 sjukhus är evalueringen försenad p g a teamens tidsbrist och vid resterande 34 sjukhus pågår ännu det nödvändiga förändringsarbetet. Fertalet sjukhus kommer dock att bli bedömda under hösten 1993.

Kommitténs förslag till en långsiktig svensk amningsstrategi

Målet för det svenska BFHI-arbetet bör vara att skapa en långsiktig amningsstrategi som inkluderar hela vårdkedjan, mödravård, förlossningsvård och barnhälsovård. Barnhälsovården spelar en stor roll vad gäller den fortsatta amningen , speciellt med tanke på den s k tidiga hemgången från BB som förutsätter effektiva system för uppföljning och stöd. Enligt SOSFS 1993:1 (M) "Socialstyrelsens allmänna råd om tidig hemgång efter förlossning", där samarbete mellan kvinnoklinik och barnhälsovård rekommenderas skall kvinnokliniken ansvara för att uppföljning och kontroll av mor och barn efter utskrivningen är planerad och får tillräcklig omfattning. Därmed understrykes vikten av att underlätta för mammor att amma och att ge sina barn enbart bröstmjölk i 4 till 6 månader.

Kommittén, med stöd av expertgruppen, har följande förslag till en långsiktig svensk amningsstrategi.

1. Alla BB- och förlossningskliniker i Sverige skall i sin verksamhet bevaka att man följer och utvecklar "Tio steg till lyckad amning". I samförstånd skall alla kategorier i sin yrkesutövning främja, skydda och stödja amning för att kunna kvalificera sitt sjukhus som amningsvänligt.

2. Utvärderingsteam utses regionalt och föreslås bestå av barnhälsovårdsöverläkaren, vilken är huvudansvarig samt en barnhälsovårdssjuksköterska, en barnmorska och en hjälpmamma från Amningshjälpen.

3. Utvärdering av sjukhusen bör återkomma regelbundet, förslagsvis vartannat år. Därmed säkras upprätthållandet av en hög kvalitet i vården fram till nästa utvärdering. Bevis på sjukhusens "amningsvänlighet" utfärdas av av Socialstyrelsen på förslag av utvärderingsteamet.

4. Det regionala ansvaret för att främja "amningsvänlighet", föreslås ligga på respektive barnhälsovårdsöverläkare, tillsammans med de team som nu har upprättats.

Detta föreslås därmed också ansvara inom det egna länet för:

- samordningen mellan mödravårdscentraler (MVC), förlossningskliniker (BB) och barnavårdscentraler (BVC)
- stödja och främja amningsarbetet, så att antagna strategier och planer efterlevs

- stimulera utbildning och information genom återkommande temadagar och konferenser

5. Det centrala ansvaret och tillsynen för "amningsvänligheten" föreslås förläggas inom Socialstyrelsen. En ledningsgrupp som är knuten till Socialstyrelsen bör utses som har till uppgift att:

- stimulera till en positiv amningsutveckling och följa utvecklingen inom amningsområdet
- tillse att regelbundna utvärderingar kommer till stånd
- avgöra om "amningsvänlighet" föreligger efter förslag från de regionala teamen
- ansvara för den centrala utbildningen

6. Socialstyrelsen bör samarbeta med Folkhälsoinstitutet i frågor som gäller att främja positiva attityder till amning.

- dessa två myndigheter föreslås i samarbete få i uppdrag att inom sina ansvarsområden dra upp riktlinjer för hur man kan skydda, stödja och främja amningen

Ovanstående förslag till institutionell förankring av det amningsfrämjande arbetet motsvarar väl intentionerna i ett av Innocentideklarationens globala mål, nämligen: "Att till år 1995 ha utnämnt en statlig amningssamordnare på tillräckligt hög nivå...." (bilaga 2).

Vidare förslag

I de generella riktlinjer för amningsfrämjande åtgärder i Sverige, som Socialstyrelsen i samråd med Folkhälsoinstitutet föreslås få i uppdrag att upprätta, bör ytterligare förslag beaktas.

Utbildnings- och informationsbehov

Kunskap om amningens positiva betydelse och hur man främjar, skyddar och stödjer amning bor integreras i all den information och undervisning som rör skötsel och vård av barn, såsom yrkesutbildning och föräldrautbildning.

Även i grundskolan och gymnasieskolan bör på lämpligt sätt amningens betydelse understrykas.

Studieförbund och andra bildningsorganisationer bör stimuleras att aktivt delta i det amningsfrämjande arbetet.

Personalkategorier som arbetar med amningsrådgivning inom hälso-och sjukvården måste kontinuerligt beredas tillfälle till förnyad kunskapsinhämtning.

Information och upplysning om amningens fördelar för mor, barn och hela familjen bör utformas så att det når både mammor och pappor. Detta material skall vara lätt tillgängligt på såväl MVC, BB som BVC.

Läromedel och utbildningsmaterial

Läromedel och utbildningsmaterial som berör amning bör granskas och vid behov justeras och dateras upp på alla nivåer:

- uppdatera Socialstyrelsens bok "Amning. En skrift om amning och bröstmjölk" (3)
- se över och uppdatera utbildningsmaterial för blivande hälsopersonal
- utarbeta underlag för lokala föreskrifter och riktlinjer om BB-rutiner, speciellt indikationer för tillmatning av nyfödda barn
- aktivt föra ut forskningsresultat

Vid genomförandet av arbete av ovanstående karaktär kommer behov av nyproduktion av adekvat amningslitteratur och informationsmaterial att framkomma.

Forsknings- och utvecklingsarbete

Ett aktivt forsknings- och utvecklingsarbete är en nödvändig förutsättning för att långsiktigt kunna främja och stödja amningen. Det är därför betydelsefullt att alla berörda parter kan på ett adekvat sätt involveras i detta. Några viktiga led i detta arbete måste därför beaktas.

- Mödrahälsovårdens och barnhälsovårdens attityder, rutiner, information och utbildning i vad avser att skydda, stödja och främja amning föreslås bli föremål för utvärdering i likhet med BB- och förlossningsavdelningarna.

  De enkäter som gått ut till mödra- och barnhälsovårdens respektive ansvariga läkare i samtliga län bör sammanställas och analyseras. Även dessa evalueringar bör ske med en viss regelbundenhet.

- De statistiska uppgifter om amningstidens längd och frekvens som insändes till Socialstyrelsen länsvis bör sammanställas. Dessa uppgifter bör kunna brytas ner till varje BVC, bl a för att åstadkomma nödvändig "feed back" och stimulera till ytterligare initiativ.
  Den nationella amningsregistreringen bör ske enhetligt och i överensstämmelse med WHOs amningsdefinitioner.
- Möjligheterna att skapa en fond för amningsforskning bör undersökas.
- Relevant forskning bör planeras och initieras.

Nedan följer exempel på angelägna forskningsinsatser och forskningsområden:.

- Effekt bl a på amningen av tidig hemgång från BB.
- Mammors erfarenheter i relation till de Tio stegen efter hemgång från BB.
- Orsaker till tidigt amningsavbrott.
- Pappans roll som amningsstödjare.
- Föräldraförsäkringen/vårdnadsbidragets roll som stöd av amning.
- Medicinska indikationer för tilläggsmatning de första dagarna efter födelsen.
- Effekter på amningen av användning av tröstnapp.
- Utarbetande viktkurvor baserade på enbart bröstuppfödda barn.
- Förändring av attityder till amning, rutiner och information på BB samt skäl till nedläggning i ett 50-års perspektiv.

Frivilliga organisationers roll och uppgifter

I Sverige har av tradition frivilliga organisationer en stark ställning och spelar en betydelsefull roll när det gäller att förändra attityder och att verka som pådrivare (sid. 30). Tidigare i denna rapport har ett antal amningsstödjande organisationer presenterats. Det är angeläget att den verksamhet som dessa bedriver lyfts fram och ges stöd i lämplig form.

Detta gäller i första hand Amningshjälpen vars rikstäckande organisation och osjälviska stödarbete har spelat en stor roll för amningens starka ställning i Sverige. Amningshjälpen spelar i sin (telefon-)rådgivning en slags "mammaroll" – en betydelsefull uppgift i gamla tider – och utgör ett angeläget komplement till barnhälsovården.

Alla organisationer som bevakar barns rättigheter i enlighet med FNs konvention har också ett ansvar att bevaka frågor som gäller amning. Detta framgår av konventionens artikel 4. Folkrörelser som Rädda Barnen, Röda Korset och andra bör både i sitt biståndsarbete och sitt opinionsbildande arbete i Sverige framhålla amningens betydelse för barnets hälsa och framtida möjligheter.

Förslag till svenska initiativ internationellt

Sverige har varit ett föregångsland när det gällt att bygga upp en heltäckande mödra- och barnhälsovårdsorganisation, samt inte minst vad beträffar dokumentation av nationell amningsstatistik. Detta senare har visat sig vara mycket värdefullt för att kunna följa amningens nedgång och senare uppgång (Figur 1 sid 14), bl a som underlag för att analysera faktorer av betydelse för dessa förändringar. Denna kontinuerligt pågående uppföljning av amningsutvecklingen har visat sig också värdefull som en internationell modell.

Regeringen bör ställa de erfarenheter till förfogande som vunnits i genomförandet av BFHI-projektet i internationella fora såsom berörda FN-organ och intresserade regeringar. Särskilt bör i dessa sammanhang framhållas

- strävan att göra samtliga BB- och förlossningskliniker amningsvänliga
- bildandert av regionala utvärderingsteam, som utför återkommande evalueringar
- skapandet av en sammanhållen ansvarsfördelning på lokal, regional och central nivå
- strävanden att knyta samman MVCs, BBs och BVCs amningsfrämjande arbete

I biståndsarbetet spelar mödra- och barnhälsovården en stor roll, där amningsfrågor har en given plats. SIDA bör få i uppdrag att undersöka om ytterligare möjligheter finns att i tillämpliga delar främja, skydda och stödja amningen inom olika projekt.

WHO presenterade 1991 en studie av den internationella barnmatskodens tillämpning i 14 u-länder. Till denna uppföljning bidrog SIDA.

Implementeringen av den internationella barnmatskoden (sid.16) bör kontinuerligt följas genom initiativ från SIDA.

Kodens tillämpning i Sverige i ett nu 12-årigt perspektiv bör analyseras och användas i det internationella arbetet.

Litteraturförteckning

1. Lithell Ulla-Britt. Kvinnooarbete och barntillsyn i 1700- och 1800-talets Österbotten. Textgruppen i Uppsala AB, Uppsala 1988.

2.Weiner Gena. De "olydiga" mödrarna - konflikter om spädbarnsvård på en Mjölkdroppe. Historisk tidskrift, 4:1992.

3. Socialstyrelsen. Amning. En bok om amning och bröstmjölk. Allmänna förlaget 1989

4. Socialstyrelsen. Officiell statistik, Stockholm 1973.

5. Socialstyrelsen. Officiell statistik, Stockholm 1988.3.

6. Socialstyrelsen. Officiell statistik, Stockholm 1990.

7. Socialstyrelsen. Officiell statistik, Stockholm 1993.

8. Rädda barnen. Barnets rättigheter och samhällets skyldigheter – lagar och regler. Centraltryckeriet, Borås 1991.

9. Hillervik-Lindquist C, Hofvander Y, Sjölin S. Studies on perceived breast milk insufficiency. I. Breast milk consumption. Näringsforskning 1990;34:9-14.

10. Nils Rosén von Rosenstein and his textbook on pediatrics. Svenska Pediatriska Sällskapets jubileumsskrifter 1964. Vahlguist B och Wallgren A, red. Acta Paediatr Scand suppl 156, 1964.

11. Cunningham Allan S, Jelliffe Derrick B, Jelliffe Patrice EF. Breast-feeding and health in th 1980s: A global epidemiologic review. J of Pediatrics vol 118 1991;5:659-666.

12. Hartge P et al. A case control study of epithelial ovarian cancer. American Journal of Obstetrics and Gynecology, Vol 161, 1989.

13. Yuan J M et al. Risk factors for breast cancer in Chinese women in Shanghai. Cancer Research, Vol 48, 1988.

14. Gray RH et al. The risk of ovulation during lactation and the use of breast-feeding for fertility regulation. Lancet, 1990.

15.Widström Anne-Marie et al. Gastric suction in healthy newborn infants. Acta Paediatr Scand 1987;76:566-572.

Övriga litteraturkällor

1. NU Nytt om U-landshälsovård. Tema: Nutrition. Enheten för internationell barnhälsovård, 1987:4.

2. NU Nytt om U-landshälsovård. Tema: Kvinna i U-land. Enheten för internationell barnhälsovård, 1989:2.

3. NU Nytt om U-landshälsovård. Tema:Barnens rätt till hälsa. Enheten för internationell barnhälsovård, 1990:2.

4. NU Nytt om U-landshälsovård. Tema: Breast-feeding promotion. Enheten för internationell barnhälsovård, 1991:3.

5. NU Nytt om U-landshälsovård. Tema: Safe motherhood.Enheten för internationell barnhälsovård, 1993:1.

6. Hofvander Y, Hillervik Charlotte. Breast-feeding, benefits, trends and promotion. Background paper for a workshop on "Promotion of breast-feeding" Shanghai, 1991 Enheten för internationell barnhälsovård 1991.

Bilagor

Bilaga 1. Kommittédirektiven. Socialdepartementet Internationella kansliet. Handläggare: sakkunnige Bertil Mathsson, 1992-03-25.

Bilaga 2. Innocentideklarationen, om att skydda, stödja och främja amning. Florens,Italien 1990.

Bilaga 3. Att skydda, främja och stödja amning – mödra-, förlossnings- BB- och barnhälsovårdens viktiga roll. Ett gemensamt uttalande från WHO och UNICEF. Världshälsoorganisationen, Genève 1989.

Bilaga 4. Yngve Hofvander, Charlotte Hillervik och Elisabeth Kylberg. WHO/UNICEFBaby Friendly Hospitals Initiative. Procedurer för bedömning om sjukhusen i Sverige bedriver en amningsvänlig vård enligt WHO/UNICEFs tio kriterier, Ten steps to successful breast-feeding. Kommittén för ett svenskt deltagande i WHO/UNICEF-aktionen Baby Friendly Hospitals Initiative, Socialdepartementet 1993.
Formulär 1. Individuell intervju med avdelningsföreståndare/ nyckelperson.
Formulär II. Genomgång av skrivet material.
Formulär III. Individuell intervju med läkare.
Formulär IV.Individuell intervju med barnmorskor/sjuksköterskor, barnsköterskor/undersköterskor.
Formulär V. Individuell intervju med en mamma.
Formulär VI. Observation.
Baby Friendly Hospitals Initiative – en utvärdering av 66 svenska sjukhus.Protokoll – slutbedömning – kriterier.

Bilaga 5. Orvar Finnström. Tillmatning av nyfödda på BB. Klinikmeddelande Regionsjukhuset i Linköping,1993.

Kommittédirektiv

Bilaga 1

Dir. 1992:41

Åtgärder i anledning av WHO:s och Unicefs gemensamma initiativ i syfte att skydda, stödja och främja amning

Dir 1992:41

Beslut vid regeringssammanträde 1992-04-02

Chefen för socialdepartementet, statsrådet B. Westerberg, anför efter samråd med statsrådet B. Könberg.

Mitt förslag

Jag föreslår att en expertgrupp och en kommitté tillkallas för att svara för ett svenskt deltagande i WHO/Unicef-aktionen Baby Friendly Hospitals (aktionen för "barnvänliga sjukhus").

Bakgrund

Världshälsoorganisationen (WHO) och Förenta Nationernas Barnfond (Unicef) skrev den 26 september 1991 till regeringscheferna i samtliga medlemsländer med anhållan om stöd för de båda organisationernas initiativ på amningsområdet. Detta har sin grund i den internationella koden om marknadsföring av bröstmjölksersättningar som antogs av världshälsoförsamlingen år 1981. Amningens fördelar berörs bl.a. i FN-konventionen om barnets rättigheter av 1989 och i den deklaration som antogs vid FN:s barntoppmöte år 1990 där 71 stats- och regeringschefer deltog. Det aktuella initiativet bygger framför allt på de riktlinjer för amning som utarbetades vid ett av WHO och Unicef år 1990 anordnat möte med hälsopolitiker och barnläkarexpertis, den s.k. Innocentideklarationen. I korthet är tanken att sjukhus vars rutiner följer Innocentideklarationens riktlinjer i syfte att skydda, stödja och främja amning, efter en utvärdering av WHO/Unicef skall klassificeras som "barnvänliga" (Baby Friendly Hospitals).

I Sverige har amningsfrekvensen ökat starkt under 70- och 80-talen för att därefter plana ut på en förhållandevis hög nivå. Detta faktum, liksom den höga standard som överhuvudtaget kännetecknar vår mödra- och barnhälsovård gör att ambitionerna i WHO/Unicef-aktionen i stora stycken redan har förverkligats i vårt land. I många länder minskar dock fortfarande amningsfrekvensen eller ligger kvar på en relativt låg nivå. Unicefs chef James P. Grant har mot denna bakgrund bett att Sverige skall bidra med en redovisning av den positiva utveckling som har ägt rum i Sverige beträffande amning och spädbarnsvård.

Jag anser att det från såväl svensk som internationell utgångspunkt är viktigt att Sverige engagerar sig i de internationella ansträngningarna för att främja amning och skapa goda förhållanden för omhändertagandet av spädbarn.

Utgångspunkten för vårt deltagande i aktionen bör ges en sådan inriktning och utformning att den kan bli ett betydelsefullt led i vårt stöd åt WHO och Unicef. En viktig uppgift är i det fallet att peka på faktorer som vi betraktar som väsentliga inslag i utvecklingen av mödra- och barnhälsovården och därtill relaterade områden. Grundläggande för vårt synsätt är barnets bästa. Då är det viktigt att båda föräldrarna ges reella möjligheter att delta i vården av barnet. De landvinningar som i vårt land gjorts beträffande kvinnors och mäns jämställdhet och de svenska kvinnornas ställning på arbetsmarknaden är självklara utgångspunkter för ansträngningarna att i vårt land utveckla långsiktiga strategier på mödra- och barnhälsovårdsområdet.

Uppdraget

Jag föreslår att en kommitté tillsätts för att svara för ett svenskt deltagande i aktionen Baby Friendly Hospitals. Kommittén bör ges en sådan sammansättning att de erfarenheter och kunskaper som föreligger på området blir representerade.

Kommittén bör ansvara för utvärderingen och redovisningen av svenska sjukhusförhållanden i anslutning till WHO/Unicef-aktionen samt ge förslag till åtgärder som kan vara motiverade i en långsiktig svensk amningsstrategi. Kommittén bör sammanställa en lägesrapport som kan vara färdig till Unicefs styrelsemöte den 15-26 juni 1992. Arbetet i kommittén skall vara avslutat senast den 31 december 1992.

Innan WHO/Unicefs riktlinjer för amning läggs till grund för en klassificering av svenska sjukhus som "barnvänliga" bör kommittén bedöma riktlinjernas tillämpning på svenska förhållanden. Hänsyn bör t.ex. tas till

pappans möjligheter att närvara och till individuella önskemål om omhändertagandet av barnet. Riktlinjerna bör också sättas in i ett sammanhang som omfattar både mödravård, förlossningsvård och barnhälsovård.

För att arbetet skall kunna bedrivas snabbt bör inledningsvis en grupp av experter på förlossningsvård och barnhälsovård, inklusive amning, ges i uppdrag att före den 15 maj 1992 utarbeta underlag för kommitténs vidare arbete vad gäller deltagandet i WHO/Unicef-aktionen.

Hemställan

Med hänvisning till vad jag nu anfört hemställer jag att regeringen bemyndigar chefen för socialdepartementet

att dels tillkalla en kommitté - omfattad av kommittéförordningen (1976:119) - med högst tolv medlemmar med uppgift att ansvara för svenskt deltagande i WHO/Unicef-aktionen, dels tillkalla en expertgrupp - omfattad av kommittéförordningen (1976:119) - med högst sex ledamöter med uppgifter enligt vad som angetts i det föregående,

att utse en av kommitténs ledamöter att vara ordförande,

att utse en av expertgruppens ledamöter att vara ordförande i gruppen,

att besluta om sakkunniga, experter, sekreterare och annat biträde åt kommittén.

Vidare hemställer jag att regeringen beslutar att kostnaderna för kommitténs och expertgruppens verksamhet skall belasta femte huvudtitelns förslagsanslag A 2. Utredningar m.m.

Beslut

Regeringen ansluter sig till föredragandens överväganden och bifaller hans hemställan.

(Socialdepartementet)

INNOCENTI-DEKLARATIONEN

Om att skydda, stödja och främja amning

Florens, Italien
1 augusti 1990

UNICEF
James P. Grant
Nyi Nyi
James Himes
Urban Jonsson
J. Peter Greaves
Margaret Kyenkya-Isabirye
Agnes Aidoo

US A.I.D.
Nancy Pielemeier
Mary Ann Anderson
Nina Schlossman
James Shelton
Janet Tognetti
Miriam Labbok

UNFPA
Nafis Sadik

UNDP
Aldo Ajello

UNICEF NATIONAL COMMITTEES
Arnoldo Farina

WHO
Hu Ching -Li (för Hiroshi Nakajimas räkning)
Angeli Petros-Barvazian
Mark Belsey
Elisabet Helsing
Randa Saadeh
Djamil Benbouzid
Jim Tulloch
Marina Rea

SIDA
Nils Öström
Ted Greiner
Göran Sterky

UK ODA
Margaret Pollock

FAO
Paul Lunven

WFP
Judit Katona-Apte

WORLD BANK
Alan Berg

Framtagningen av en svensk version har skett med finansiellt stöd från SIDA, 105 25 Stockholm.

Vidare information kan fås från
Svensk Amningsstrategi, c/o Svenska Amningsinstitutet, Krokvägen 99, 122 32 Enskede eller
UNICEF, Nutrition cluster (H-8F), 3 United Nations Plaza, New York, N.Y. 10017 USA.

Översättning: Stina Almroth i samarbete med Arbetsgruppen för en svensk amningsstrategi
Grafisk produktion: Ingrid Fock Sillén
Tryck: Realtryck, Stockholm 1991

Om att skydda, stödja och främja amning

VI ERKÄNNER att

Amning är en unik process som

- ger spädbarn idealisk näring och bidrar till att de växer och utvecklas väl;
- minskar frekvens och svårighetsgrad av infektionssjukdomar och därigenom bidrar till minskad sjuklighet och dödlighet bland spädbarn;
- bidrar till kvinnors hälsa genom att minska risken för bröst- och äggstockscancer, och genom att förlänga tiden mellan graviditer;
- medför sociala och ekonomiska fördelar för familjen och samhället;
- ger de flesta kvinnor en känsla av tillfredsställelse när den fungerar väl; och att

Nya forskningsrön har visat att:

- ju närmare man är idealet av enbart amning under de första sex månaderna och därefter ju längre barnet ammas (med tillägg av annan mat), desto större är de här nämnda fördelarna, och
- amningsbefrämjande program kan leda till positiva förändringar när det gäller amningsbeteendet;

Innocentideklarationen togs fram vid ett möte för ledande hälsopolitiker, "Breastfeeding in the 1990's. A global initiative", arrangerat av WHO och UNICEF, med stöd av "United States Agency for International Development" (A.I.D.) och "Swedish International Development Authority" (SIDA). Mötet hölls på Spedale degli Innocenti, Florens, Italien, 30 juli – 1 augusti, 1990. Deklarationen speglar innehållet i bakgrundsdokumentet till mötet, samt de synpunkter som framfördes under mötet. Den är ett uttryck för det man gemensamt kom fram till vid mötet men inte nödvändigtvis för varje enskild deltagares åsikter.

VI DEKLARERAR DÄRFÖR att

Ett globalt mål för optimal hälsa och näringsstatus hos kvinnor och barn är att göra det möjligt för alla kvinnor att amma enbart och att alla spädbarn skall få enbart bröstmjölk från födelsen fram till 4–6 månaders ålder. Därefter skall barnen fortsätta att ammas med tillägg av annan lämplig föda, upp till två års ålder eller längre. Detta skall uppnås genom att man skapar en sådan miljö av medvetenhet och stöd så att kvinnor kan amma på detta sätt.

För att uppnå detta mål fordras det, i många länder, att man förstärker "amningskulturen" och försvarar den mot intrång av "flaskuppfödningskulturen". Detta kräver ett åtagande och engagemang för att främja "social mobilisering" och att man till fullo utnyttjar den prestige och auktoritet som ledare överallt i samhället har.

Ansträngningar måste göras för att stärka kvinnors tro på sin förmåga att amma. Att ge dem denna styrka innebär bland annat att undanröja hinder och faktorer som manipulerar sättet att uppfatta och förhålla sig till amning, något som ofta sker indirekt och omärkligt. Detta kräver lyhördhet, fortsatt vaksamhet och en flexibel och heltäckande kommunikationsstrategi som inbegriper alla medier och riktas till samhällets alla nivåer. Vidare måste hinder inom hälso- och sjukvården, på arbetsplatsen och ute i samhället elimineras.

Åtgärder bör vidtagas för att se till att kvinnor får den näring de behöver för sin egen hälsas skull, såväl som familjens. Dessutom bör man se till att alla kvinnor har tillgång till preventivmedelsrådgivning, som ger dem möjlighet att upprätthålla amningen och undvika täta graviditeter, som kan försämra deras och även barnens hälsa och näringsstatus.

Alla regeringar skall utveckla amningsprogram och sätta upp mål för 1990-talet. De skall etablera uppföljningssystem och bestämma "indikatorer" såsom andelen barn som får enbart bröstmjölk då de lämnar BB, och andelen barn som vid fyra månaders ålder får enbart bröstmjölk.

Statliga myndigheter uppmanas också att integrera amningsprogrammet i de övergripande hälso- och utvecklingsprogrammen. Därigenom skall de förstärka alla de åtgärder som skyddar, stödjer och främjar amning inom angränsande program som mödra- och barnhälsovård, nutrition, preventivmedelsrådgivning samt förebyggande och behandling av vanliga sjukdomar hos mödrar och barn. All hälso- och sjukvårdspersonal skall få den utbildning som behövs för att kunna omsätta dessa riktlinjer för amning i praktiken.

[1] Enbart amning betyder att barnet inte får någon annan föda, vare sig flytande eller fast; barnet skall ammas ofta och obegränsat.

[2] World Health Organisation (Världshälsoorganisationen), Geneve, 1989.

OPERATIONELLA MÅL:
Till år 1995 skall alla regeringar ha:

- utnämnt en statlig amningssamordnare på tillräckligt hög nivå och etablerat en multisektoriell statlig amningskommitté med representanter från statliga myndigheter, enskilda organisationer och organisationer för olika yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården;
- tillsett att varje enhet för mödra-, förlossnings- , och BB-vård helt följer alla tio av de "Tio steg för lyckad amning" vilka anges i den av WHO och UNICEF gemensamt utgivna rekommendationen "Att skydda, främja och stödja amning, BBs särskilda roll";
- vidtagit åtgärder för att tillse att syftet och andan i varje paragraf i den Internationella Koden för Marknadsföring av Bröstmjölksersättningar och därpå följande resolutioner från Världshälsoförsamlingen till fullo efterlevs; och
- stiftat kreativa lagar som skyddar förvärvsarbetande kvinnors rätt till amning och skapat medel för att se till att de följs.

Vi uppmanar också internationella organisationer att:

- utarbeta handlingsstrategier för att skydda, stödja och främja amning, i vilka skall ingå global uppföljning och utvärdering;
- stödja arbetet med att ta fram lägesanalyser samt att sätta upp nationella mål för konkreta åtgärder; och
- uppmuntra och stödja statliga myndigheter i deras arbete att planera, genomföra, följa upp och utvärdera sina amningsprogram.

REGERINGSREPRESENTANTER

Professor Dr. M.Q.K. Talukder
Bangladesh

Dr. Marcos Candau
Brasilien

Hon. Dr. Patricio Silva Rojas
Chile

Dr. Wang Feng-Lan
Kina

Dr. Guan Yuan Zi
Kina

Dr. Daniel Arenas Reyes
Colombia

Hon. Dr. Plutarco Naranjo Vargas
Ecuador

Hon. Col. Dr. Getachew Tadesse
Etiopien

Dr. Ruth de Arango
Guatemala

Hon. Teofilo Martell
Honduras

Mr. Jagdish C. Jetli
Indien

Ms. Mira Seth
Indien

Hon. Mrs. A. Sulasikin Murpratomo
Indonesien

Dr. Soepardan Soerjohoedojo
Indonesien

Dr. Widyasuti Wibisana
Indonesien

Professor Dr. Su Haryono
Indonesien

Dr. Alireza Marandi
Iran

Hon. Ivo Butini
Italien

Professor Dr. Joseph Andoh
Elfenbenskusten

Dr. Mámoun Máabreh
Jordanien

Dr. Samir Awamleh
Jordanien

Professor Joseph S. Oliech
Kenya

Dr. Suzanne Bocoum
Mali

Dr. Mrs. J. Ramphul
Mauritius

Dr. Yolanda Senties
Mexico

Hon. Professor Olikoye Ransome-Kuti
Nigeria

Dr. Adenike Grange
Nigeria

Hon. S. A. H. Kazmi
Pakistan

Dr. Syed Tariq Sohail
Pakistan

Hon. Piotr Mierzewski
Polen

Hon. Dr. Fanny Friedman
Swaziland

Dr. Qhing Qhing Dlamini
Swaziland

Dr. J.W. Temba
Tanzania

Dr. Dhatchai Mungkandi
Thailand

Professor Dr. Tomris Turmen
Turkiet

Dr. Petronella Clarke
Storbritannien

Ms. Dora Henschel
Storbritannien

Dr. Audrey Hart Nora
USA

Dr. Dibandala Ngandu-Kabeya
Zaire

Hon. Dr. Timothy Stamps
Zimbabwe

Att skydda, främja och stödja amning: mödra-, förlossnings-, BB- och barnhälsovårdens viktiga roll

Ett gemensamt uttalande från WHO och UNICEF

Denna bilaga består av en skrift som återges med benäget tillstånd av Signe Franks, ansvarig utgivare. Skriften har producerats och distribuerats av Svenska Amningsinstitutet med hjälp av anslag från Socialdepartementet. Den kan beställas från Tryckverksta'n i Nittorp AB, 510 90 Limmared. Tel: 0325-732 71, Fax: 0325-730 89. (ISBN 91-630-1428-9)

© TRYCKVERKSTA'N 1992

Utgivet av Världshälsoorganisationen, Genève 1989
Originalets titel: *Protecting, promoting and supporting breast-feeding: The special role of maternity services – A Joint WHO/UNICEF Statement*
© World Health Organization 1989

Svensk översättningsrätt beviljad Signe Franks, (ansvarig utgivare)
av WHOs generaldirektör.
Svensk översättning: Signe Franks och Britta Hejdenberg.
Övers. anm. sid 32.
Svensk copyright: Tryckverksta'n i Nittorp AB.

Innehåll

Sida

Tio steg till en lyckad amning iv
Förord 1
Förord till den svenska upplagan 2

1. Inledning 3

2. Att förbereda vårdpersonal för deras arbete med att uppmuntra till och stödja amning 6
Viktiga fakta om amning 6
Utbildning av vårdpersonal 8

3. Var och när: vårdpersonalens arbetsuppgifter 9
Vårdpersonalens arbete i ett bredare socialt sammanhang 9
Hälsovårdens uppbyggnad och funktion 11
Att påverka påverkarna 12

4. Rutiner och individuell vård 13
Mödravården: journaluppgifter, hälsokontroll och rådgivning 13
Mödravården: råd om kost och droger 14
Vård av mamman under och direkt efter förlossningen 17
Vården av det nyfödda barnet 19
Utskrivning och eftervård 22

5. Sammanfattning 27

Bilaga. Checklista för utvärdering av amningsstödet på MVC, BB och BVC. 28
Översättarnas kommentarer/fotnoter 32

Tio steg till en lyckad amning

Varje enhet som arbetar med mödravård och vård av nyfödda bör:

1. Ha en skriven amningsstrategi som regelbundet delges all hälsovårdspersonal.

2. Ge all personal sådana amningskunskaper att de kan upprätthålla denna strategi.

3. Informera alla gravida kvinnor om fördelarna med att amma och om amning i praktiken.

4. Hjälpa mammor att börja amma inom en halvtimme efter förlossningen.[1]

5. Visa mammor hur de skall amma och hur de upprätthåller mjölkproduktionen även om de blir skiljda från sina nyfödda.

6. Inte ge nyfödda någon annan mat eller dryck än bröstmjölk, såvida det inte är medicinskt påkallat.[1]

7. Tillämpa samvård (rooming-in), det vill säga tillåta mammor och spädbarn att vara tillsammans dygnet runt.

8. Uppmuntra fri amning, det vill säga oberoende av klockan.

9. Inte ge nappar till ammade spädbarn, varken sug- eller dinappar.[1]

10 Uppmuntra bildandet av amningshjälpsgrupper och hänvisa mammorna till dem vid utskrivningen från sjukhuset/kliniken.

Förord

I vår värld som är så full av olikheter och kontraster, tycker vi att det finns en slående global giltighet i föreliggande uttalande om mödravårdens och BBs roll i arbetet för amning. De principer som fastställs här kan tillämpas överallt där mödra- och förlossningsvård förekommer. Detta gäller oberoende av beteckningar som "industri- eller utvecklingsländer", "Nord eller Syd", "modern eller traditionell". Hälso- och sjukvårdspersonalen och övriga med ansvar för mödra- och förlossningsvård, har en utmärkt position för att tillämpa principerna, genom att bestå med den ledning som krävs för att bevara, eller, om det visar sig nödvändigt, återupprätta en "amningskultur".

Hela tiden görs nya upptäckter om bröstmjölkens många fördelar och det är ytterst få som idag öppet skulle ifrågasätta tänkespråket "Bröst är bäst". Men slagord, hur träffande de än må vara, kan aldrig ersätta handling. Därför uppmanar vi alla berörda inom mödra- och förlossningsvården att studera detta dokument för att utröna om de hjälper eller stjälper amningen. Uppmuntrar och stödjer de mammorna på alla tänkbara sätt? Vi uppmanar dem enträget att, var de än befinner sig, se till att deras enheter uppbådar alla krafter för detta ändamål och därmed bevisar amningens oöverträffade överlägsenhet för såväl mammor som barn.

Hiroshi Nakajima, M.D., Ph.D.
Generaldirektör
Världshälsoorganisationen

James P. Grant
Verkställande direktör
Förenta Nationernas Barnfond

Bild 1. Lena Bryngelsson ©

Förord till den svenska upplagan

För drygt tio år sedan antog Världshälsoorganisationen (WHO) och FNs Barnfond (UNICEF) en gemensam uppsättning allmänna råd, den så kallade internationella barnmatskoden, för att skydda och uppmuntra amning.

En svensk version utarbetades 1983: *Marknadsföring av bröstmjölksersättningar* (Allmänna råd från socialstyrelsen 1983:2). För hälso- och sjukvårdens personal framtogs även särskilda föreskrifter, samlade i SOSFS 1983:21 (Socialstyrelsens författningssamling).

Föreliggande svenska översättning av WHO/UNICEFs gemensamma uttalande *Protecting, Promoting and Supporting Breast-Feeding* är ett välkommet bidrag till amningen inom mödra-, förlossnings- och barnhälsovården. Den förtydligar barnmatskoden och ger begripliga, användbara råd om hur arbetet kan utformas.

Barbro Westerholm

1. Inledning

Att amma är det ojämförligen bästa sättet att förse spädbarn med idealisk föda för gynnsam tillväxt och utveckling. Amningen har också en unik biologisk och känslomässig inverkan på både mammans och barnets hälsa. Bröstmjölkens infektionsskyddande egenskaper skyddar spädbarnet mot sjukdom och det finns ett viktigt samband mellan amning och den period som förflyter mellan varje graviditet. Därför bör all hälsovårdspersonal göra sitt yttersta för att skydda, uppmuntra och stödja amning och för att ge blivande och nyblivna mammor saklig och enhetlig amningsinformation.

Amningens utbredning i många delar av världen samt amningstidens längd har minskat av olika sociala, ekonomiska och kulturella orsaker. Med införandet av modern teknologi och anammandet av nya livsstilar, har den vikt som lagts vid detta traditionella bruk minskat avsevärt i många samhällen. Om än aldrig så oavsiktligt, bidrar vårdenheter ofta till denna minskning, antingen genom att inte stödja och uppmuntra mammor att amma, eller genom att införa rutiner och åtgärder som stör de första normala amningsförsöken och grunden till en bestående amning. Vanliga exempel på det senare är att skilja mor och barn åt efter förlossningen, att ge barnen glukosblandning med nappflaska innan amningen påbörjats och att rutinmässigt uppmuntra användning av bröstmjölksersättning.

För att amningen ska få en lyckosam början och fortsättning, behöver en mamma aktivt stöd under graviditeten och efter förlossningen, inte bara av sin familj och samhället, utan också av hela hälsovården. Helst bör alla hälsovårdsarbetare som den blivande mamman kommer i kontakt med vara engagerade amningsförespråkare som kan ge lämplig vägledning och de bör inneha en gedigen kunskap om amning i praktiken.

Verkligheten ser emellertid alltför ofta helt annorlunda ut: hälsopersonalen har kanske otillräckliga kunskaper om amning, är ovan vid att ge mammor lämpligt stöd och känner kanske inte till de huvudfaktorer som är avgörande för om en mamma ammar eller ej och för amnings-

tidens längd. Deras utbildning har ofta gjort dem mer inriktade på flaskuppfödning, eftersom det är en "modern teknik" som kan läras ut och kontrolleras, än på att förbereda mammorna för en lyckad amning, något som vårdpersonalen kanske betraktar som gammalmodigt och inte längre värt att bry sig om. Det är inte förvånande om de kanske inte heller känner till hur negativt vanliga sjukhusrutiner och förfaringssätt – tillkomna av effektivitets- eller sparskäl, eller av förmenta vetenskapliga skäl – kan inverka på om inledandet och etableringen av amningen blir lyckade. Hinder för amningsstarten omfattar alltifrån hur det ser ut rent utrustningsmässigt på BB-avdelningarna och sjukhusen och hur vården där är organiserad, till attityderna hos läkare, sjuksköterskor, administratörer och annan personal.

Av de många faktorer som påverkar amningens normala start och etablering, anser WHO och UNICEF att vårdrutiner, speciellt de som rör vården av mammor och nyfödda, är en av de bästa metoderna att öka amningens spridning och längd. Detta beror bland annat på att vårdpersonalen har förutsättningar att uppmuntra till hälsoförbättrande beteenden. Vårdenheternas utseende och funktion bidrar till detta, liksom det faktum att det – förutom god vilja – krävs få ytterligare resurser för att bibehålla eller införa passande rutiner och tillvägagångssätt.

Därför vill WHO och UNICEF stödja en översyn av hur vården främjar eller hindrar amning, så att de riktlinjer, handlingssätt och rutiner som förbättrar en tidig start och etablering förstärks och det som inverkar störande ändras. Detta uttalande inriktar sig på den relativt korta period av mödra-, förlossnings-, och BB-vård som är så avgörande för att lyckas med att komma igång och fortsätta med amningen. Den period då samspelet mellan vårdpersonalen och mammorna är som tätast och vårdrutinerna har sitt största inflytande på mammornas inställning till amning och deras förmåga att amma. Uttalandet och bilagan kan tjäna som checklista över de viktigaste åtgärderna som bör vidtas av och via MVC och BB för att garantera att amningen stöds och underlättas.

Uttalandet riktas till de myndigheter i landet som drar upp riktlinjerna för kost och hälsa, och är ansvariga för mödra- och barnhälsovård och familjeplanering. Dessutom till läkare, barnmorskor, sjuksköterskor, barnskötare och annan personal inom mödra-, förlossnings-, barnhälso -

och nyföddhetsvården; till vårdarbetarnas fackföreningar samt amningshjälpsorganisationer.

Uttalandets syfte är tvåfaldigt: att öka kännedomen om den avgörande roll som hälsovården spelar när det gäller att skydda och främja amning, samt att beskriva vad som bör göras för att mammorna ska få lämplig information och uppmuntran. Tyngdpunkten ligger på de olika åtgärder som kan vidtas, snarare än på hur det ska se ut i detalj, till exempel hur man utformar föreskrifter eller hur de ska läggas fram. Detaljerna bestäms lämpligast med hänsyn till lokala förhållanden.

Läsarna inbjuds sålunda till att anpassa uttalandet till de egna förhållandena och att använda det som utgångspunkt för att på bästa sätt organisera sin MVC- och BB-vård. Detta för att både stimulera intresset och för att underlätta för mammorna som de har hand om att komma igång med och genomföra amningen.

Förslag till åtgärder

Vårdinrättningar och andra institutioner som sysslar med mödra- och spädbarnshälsovård bör se över sina riktlinjer och rutiner rörande amning, Om det inte redan gjorts, bör de arbeta fram amningsriktlinjer som omfattar vården av blivande och nyblivna mammor och nyfödda spädbarn, samt en relevant information, utbildning och praktisk träning. De bör se till att riktlinjerna förs ut till all berörd personal och bör regelbundet utvärdera effekterna.

2. Att förbereda vårdpersonal för deras arbete med att uppmuntra till och stödja amning

Viktiga fakta om amning

Ett antal grundläggande fakta om amning bör spridas till samtliga vårdarbetare. De utgör grunden till en förståelse av sambandet mellan hälsovården och en lyckad början och fortsättning på amningen, och till den roll som hälsovården bör spela när det gäller att skydda, uppmuntra och stödja amningen.

Dessa fakta är:

- Att amma är det ojämförligen bästa sättet att förse alla normala spädbarn med idealisk föda för en hälsosam tillväxt och utveckling. Helst bör helamning vara normen för spädbarnets 4-6 första levnadsmånader.
- Så gott som alla kvinnor kan producera mjölk; rent kroppsliga fel, som orsak till att inte kunna amma, är sällsynta.
- En av de vanligaste orsakerna till att mammor inte börjar amma, avbryter amningen i förtid eller börjar med tillägg innan det behövs rent näringsmässigt sett, är oro, förknippad med ogrundad rädsla för laktationsdeficit (att inte kunna producera mjölk) och för mjölkinsufficiens (otillräcklig mängd bröstmjölk för att uppfylla det normala spädbarnets näringsbehov). Känslomässigt stöd stärker mammans tilltro till att hon kan lyckas med amningen.
- Bedövningsmedel, starka smärtstillande medel, utdraget förlossningsarbete, kirurgiska ingrepp och andra källor till stress, obehag och trötthet hos mammor och spädbarn, utgör hinder för amningsstarten.
- En nära kontakt mellan mor och barn direkt efter det att barnet fötts och att barnet får suga på bröstet ofta, är de bästa sätten att stimulera mjölkbildningen.
- Att barnet ligger rätt vid bröstet är viktigt för att underlätta matningen. Det tryggar mjölktillgången och bidrar till att undvika ömma eller såriga bröstvårtor och mjölkstockning.
- Den första mjölken, kolostrum eller råmjölken, är särskilt näringsrik

och hälsosam för spädbarnet eftersom den är mycket rik på proteiner och fettlösliga vitaminer och innehåller faktorer som skyddar mot infektioner. Den är barnets första vaccination.

- Under normala omständigheter behöver den nyfödda varken vatten eller någon annan föda under de första 2-4 dagarna efter födseln, den tid det tar för amningen att komma igång.
- Att ge någon annan föda eller dryck till ett barn som ammas, innan det blivit cirka 4 månader, är oftast onödigt och kan medföra risker, till exempel att barnet blir mer utsatt för diarré och andra

WHO/ I.K. Oduro
(bidrag till den internationella fototävlingen "Health for all – all for health")

sjukdomar. Annan mat och dryck som ges innan kompletterande mat behövs rent näringsmässigt sett, kan störa amningsstarten och en stabiliserad amning, på grund av att de påverkar sugandet och mjölkbildningen.

Förslag till åtgärder

Vårdinrättningar och andra institutioner som arbetar med mödra- och spädbarnshälsovård bör se till att grundläggande fakta om amning förs ut till all berörd personal.

Utbildning av vårdpersonal

Personalutbildning förtjänar speciell uppmärksamhet, i synnerhet från dem som har det direkta ansvaret för vården av mammorna och för att de ska få objektiv och samstämmig information om lämplig spädbarnsuppfödning. Personalen bör inte bara vara väl förtrogen med vad en bra uppfödning innebär ur hälso- och näringssynpunkt och uppfödningens fysiologiska sidor. Den bör också känna till hur amningen fungerar, hur den kan påverkas i olika psykosociala sammanhang, känna till eventuella svårigheter och hur man klarar av dem. Enbart kunskap räcker naturligtvis inte: personalen behöver också ha en positiv inställning till amning, något som kommer när man får erfarenhet och inser vilka ojämförbara fördelar denna uppfödningsmetod erbjuder både mammor och barn.

Förslag till åtgärder

Personalen på MVC, förlossningsavdelning, BB och BVC bör få lämplig ut- och fortbildning om amningens hälsomässiga fördelar och om amning i praktiken. All övrig vårdpersonal bör göras fullt på det klara med amningens betydelsefullhet.

3. Var och när: vårdpersonalens arbetsuppgifter

Den avgörande roll som hälsovårdsarbetarna spelar när det gäller att skydda, främja och stödja amning, bör ses mot bakgrunden av deras breda sociala åtagande. Som sakkunniga på ämnena riktig spädbarnskost och vård, har de en unik position för att påverka hälsovårdens organisation och funktion vad beträffar tiden före, under och efter graviditet och förlossning.

Vårdpersonalens arbete i ett bredare socialt sammanhang

Att uppmuntra och underlätta amning är inte enbart ett ansvar som åligger hälsovården, enskilda hälsovårdsprogram eller vissa kategorier vårdpersonal. Helst ska det ses som en av många riktlinjer för kost och hälsa, en som är värd uppmuntran från alla i samhället. Hälsovårdens amningsstöd, genomförd med vårdpersonalens kunskap, skicklighet och engagemang, kommer då att ingå som en del av samhällets åtagande för goda uppfödningsmetoder för spädbarn och yngre barn.

Kvinnors erfarenheter och uppfostran, alltifrån den tidiga barndomen, påverkar deras attityder och beteenden vad gäller amningen senare i livet. Att se andra kvinnor som ger di, speciellt inom den egna familjen eller socialgruppen, är sålunda ett av flera viktiga sätt för flickor och unga kvinnor att utveckla positiva attityder till amning.

Där en "nappflaskekultur" råder, blir flickor och unga kvinnor berövade på de positiva rollförebilderna för amning i vardagslivet. Det är knappast överraskande att vuxna kvinnor i en sådan miljö ofta har föga eller

ingen information om amning: de saknar i stort sett erfarenhet av amning i praktiken och har därför ingen tilltro till sin egen amningsförmåga. De har dessutom ingen nära släkting eller något annat stöd i samhället som kan hjälpa dem att övervinna de problem som de kan stöta på i amningens inledningsskede. I extrema fall har hela generationer unga kvinnor aldrig sett en ammande kvinna och kan ingenting om en sedvänja som de betraktar som gammalmodig och inte längre nödvändig. Det är en klar fördel att inte vänta tills dessa kvinnor kommer till mödravården eller ligger på förlossningen för att föda, innan man försöker ge dem kunskap om amning och motivera dem att amma sina egna barn. Även om viljan finns där, är de mammor få som lyckas under sådana omständigheter.

Flickor bör från tidig barndom och ända upp i puberteten förberedas positivt på amning, både genom livsupplevelser och formell undervisning. Ammande mammor bör uppmuntras att låta barn i alla åldrar, särskilt flickor, få se hur de matar och sköter sina spädbarn. Amningens fördelar bör understrykas i samlevnadsundervisningen för tonåringar och uttömmande upplysning bör ges om det viktiga sambandet mellan amning och familjeplanering.

Det är mycket viktigt att se till att en allmän okunnighet om amning inte sprider sig. Detta gäller särskilt i samhällen som genomgår sådana förändringar som sammanhänger med snabb modernisering. Om okunnigheten om amning redan har spridit sig, är det av vikt att avhjälpa detta genom breda, intensiva och ihärdiga utbildningsinsatser.
Hälsovårdsarbetare bör visa vägen i arbetet med att bibehålla eller återupprätta en "amningskultur", genom att verka för en positiv inställning till amning i samhället i stort, samt stimulera samhällsledarna och i nära samarbete med dem verka för att nå målet. Ammande kvinnliga vårdarbetare är viktiga förebilder. Att ge dessa kvinnor tid och möjlighet att amma, är ett gott tecken på att det finns ett brett samhällsstöd för dem.

Förslag till åtgärder

Hälsovårdsarbetare bör visa vägen i arbetet med att bibehålla eller återupprätta en amningskultur, genom att verka för en positiv inställning till amning i samhället i stort, samt stimulera samhällsledarna och i nära samband med dem arbeta för att nå målet. Chefer för vårdenheter bör se till att anställningspolicyn, lokaliteterna och arbetsschemat ger personalen möjlighet att amma sina egna barn, till fördel för både berörda mammor och barn och som förebild för andra.

Hälsovårdens uppbyggnad och funktion

Det finns många sidor av vårdens uppbyggnad och funktion som antingen underlättar eller försvårar det som vårdpersonalen kan göra för att skydda, uppmuntra och stödja amningen. Ofta införs tillvägagångssätt och rutiner av till synes välgrundade, vetenskapliga och organisatoriska anledningar eller för att passa vårdpersonalen i det som uppfattas som ett effektivt och verkningsfullt arbete. Emellertid ägnas sällan någon tanke åt vad dessa tillvägagångssätt och rutiner innebär för amningsverksamheten. Betydelsen av om mammor och spädbarn får vara tillsammans efter förlossningen (något som vanligen kallas "rooming-in", samvård) eller ej och av vissa vårdrutiner för nyfödda, behandlas på sidorna 20-22.

De attityder som råder inom en vårdenhet är också viktiga för amningen. Personalen kan till exempel påverka positivt genom att visa mamman och hennes familj att man ser graviditet, förlossning och amning som positiva upplevelser som bör äga rum i en gästvänlig och stödjande miljö. Mycket som inte har något direkt med amningen att göra, kan bidra till att den kommer igång på ett bra sätt genom att det ökar kvinnans trygghetskänsla, förhindrar onödiga obehag och ger henne allt det moraliska stöd hon behöver under värkarbete och förlossning.

Förslag till åtgärder

Som en del av den övergripande granskningen av riktlinjer och rutiner rörande amning, bör hälsovårdens administratörer fastställa vad inom vårdenheternas uppbyggnad och funktion som underlättar eller försvårar det vårdpersonalen kan uträtta för att skydda, främja och stödja amning.

Att påverka påverkarna

Innehållet i kurserna i pediatrik, obstetrik och familjehälsovård samt vårdlärarnas inställning har direkt inverkan på riktlinjerna och programmen för amning inom vården. Hälsoarbetarna inom denna sektor har i sin tur ett bra utgångsläge för ett direkt samarbete med beslutsfattarna när det gäller att identifiera de olika sidor av mödra- och barnhälsovården som hjälper eller stjälper amningen och att besluta hur man kan åstadkomma förbättringar. Närbesläktade policybeslut rör vårdenheternas struktur och funktion (beskrivet på sidan 11) i lika hög grad som innehållet i vårdpersonalens utbildning. Båda är fundamentalt avgörande för hur vården kan skydda, främja och stödja amning.
De som arbetar inom hälso- och sjukvården, speciellt de inom de fackliga organisationerna, befinner sig i en bra position för att agera som källor för vederhäftig information om amning, för att utgöra ett forum för granskning av närliggande riktlinjer och program och för att arbeta för lämpliga åtgärder såväl inom som utom vårdsektorn.

Förslag till åtgärder

Hälso- och sjukvårdsarbetarnas fackliga organisationer bör aktivt ta del i att verka för lämpliga utbildningsprogram för vårdpersonal och i att utveckla riktlinjer som har social ansvarskänsla för att uppmuntra till och stödja amningen inom mödra- och förlossningsvården och andra vårdinrättningar. Berörda statliga myndigheter bör stödja deltagandet av hälsoarbetarnas fackförbund och uppmuntra en konstruktiv dialog mellan alla berörda parter.

4. Rutiner och individuell vård

Mödravården: journaluppgifter, hälsokontroll och rådgivning

Alla gravida kvinnor och mammor bör få tillgång till amningsinformation och amningsbefrämjande insatser. Nyckeln till bra amningsrådgivning är ett skräddarsytt, personligt sätt att närma sig de individuella behov man identifierat utifrån kunskap om kvinnan och hennes sociala miljö. Om den rådsökande är flerbarnsmor, har ammat ett eller flera barn framgångsrikt, kommer från ett samhälle där det är vanligt att man ammar och om hon tänker amma sitt nästa barn, är det inte troligt att mödravårdspersonalen kommer att få några särskilda svårigheter att propagera för och undervisa henne om amning. Men, om kvinnan å andra sidan är förstföderska från ett samhälle där flaskmatning är vanligast, får man som rådgivare inte underskatta de svårigheter som är förknippade med att vägleda och stödja även den kvinna som säger att hon vill amma.

Utifrån hälsoarbetarens första kontakt med en gravid kvinna bör man, som en del av journaluppgifterna, göra en noggrann bedömning av vad hon tycker och tänker om amning och vilken kunskap och erfarenhet hon har av spädbarnsuppfödning. Journalen bör också innehålla information om sociala förhållanden, vilka kostvanor kvinnan och hennes familj har, inklusive uppgifter om vad de brukar äta i vanliga fall, vad de tycker om och inte tycker om samt eventuell tabubelagd mat. Denna information kan användas senare för att bedöma kvinnans näringsstatus och för att ge henne råd om lämplig kost under graviditets- och amningstid (se nästa avsnitt). Den utgör också grunden för framtida amningsundervisning och stöd.

Vid läkarbesök (under MVC-tiden) bör kvinnans bröst undersökas för att man ska kunna upptäcka sådant som kan inverka på amningen, till exempel indragna bröstvårtor. Det är ovanligt med indragna bröstvårtor och lindriga fall kan behandlas på MVC. Enkla övningar som kvinnan

själv kan göra under graviditetens sista tredjedel kan bidra till att förbereda bröstvårtorna för amningen.[2] Kvinnor som har små bröst bör försäkras om att bröstens storlek inte inverkar på amningen.

Varje blivande mamma bör ges en information om spädbarnsuppfödning som anpassats till hennes individuella bakgrund och socioekonomiska situation och som understryker fördelarna med att amma. I detta sammanhang kan den hjälp som erfarna mammor ger individuellt, medlemmar i amningsgrupper ger i grupp och hjälp från amningsrådgivare, vara ytterst effektiv. Inom föräldrautbildningen bör amningen prioriteras när man talar om kost och hälsa. Denna kunskapsförmedling bör komplettera, snarare än ersätta, den individuella vård som kvinnan får av läkare, barnmorskor, sjuksköterskor och amningsrådgivare.

Förslag till åtgärder

Kvinnans journaluppgifter utgör basen för att förstå hennes inställning till amning. Hälsovårdspersonalen bör ge råd om amning med hänsyn till såväl kvinnan själv som hennes sociala miljö. Utbildnings- och upplysningsmateriel bör framställas och anpassas på ett sådant sätt att varje blivande mamma får en fullständig information om amningens hälso- och näringsmässiga fördelar samt om hur man går tillväga för att lyckas med amningsstarten och tiden därefter.

Mödravården: råd om kost och droger

Kvinnans näringsstatus under graviditeten är ytterst viktig. Kostintaget påverkar inte bara graviditetens utgång för mor och barn, utan inverkar också direkt på hur amningen kommer att fortlöpa. Gravida kvinnor har större näringsbehov jämfört med icke-gravida, dock inte så höga som man tidigare trott. Under graviditeten sker ett antal metaboliska och

funktionella anpassningar, särskilt vad gäller energiförbränningen. Även om uttrycket "äta för två" kan vara ett bra uttryck i de fall där den havande kvinnan behöver öka sitt näringsintag, är det ändå en överdrift. Friska, välnärda mammor kan genomgå graviditeten utan att behöva öka sitt näringsintag nämnvärt.

En havande kvinnas energiintag bör vara anpassat till hennes näringsstatus och fysiska aktivitetsnivå. Kvinnor med hög fysisk aktivitet bör, särskilt om de är undernärda, uppmanas att öka energiintaget. Helst bör de få extra näring. Å andra sidan bör man råda välnärda kvinnor att inte äta mer än normalt, så att de undviker att gå upp för mycket i vikt. Hur mycket och hur fort en kvinna ökar i vikt under sin graviditet utgör i allmänhet ett gott underlag för individuella råd om energiintag.

WHO/T. Kelly (19776)

Numera vet man att det är viktigt med ett fullgott energiintag under hela graviditeten och inte bara, som man tidigare trott, under dess senare del då fostrets näringsbehov är som störst. I de fall det är nödvändigt bör därför energiintaget ökas i början av graviditeten, med tanke på uppbyggandet av de fettdepåer som senare behövs, även för amningen, när energibehoven är särskilt stora.

Inom välnärda befolkningsgrupper i industriländerna är viktökningen under graviditeten i medeltal 12,5 kilo.[3] Småväxta kvinnor brukar föda små barn och återfinns följdaktligen på det nedre området på skalan för normal viktökning. De har således ett lägre energitillskottsbehov än medeltalet. Fetlagda kvinnor behöver lagra mindre mängd fett än smala och kvinnor, som är underviktiga i förhållande till sin längd, behöver öka mer än genomsnittet.

Särskild uppmärksamhet bör ägnas sammansättningen av den gravida mammans kost. Den bör vara blandad och allsidig för att tillgodose behovet av protein, vitaminer och andra nödvändiga näringsämnen. Trots att kulturella tabun förekommer, finns det i allmänhet ingen anledning att undvika vissa födoämnen under graviditeten.

Det är också mycket viktigt att upptäcka och rätta till alla speciella former av näringsbrist, till exempel järn-, jod- eller A-vitaminbrist. Dessa åkommor innebär ökade risker för spädbarnet, något som bör tas med i beräkningen när man ger rekommendationer om kost och kosttillskott för gravida.

Vad beträffar kostupplysning i allmänhet kan föräldrautbildningen vara lämplig vad gäller att förmedla kunskaper om ämnen som amningens fördelar, bröstmjölkens näringsinnehåll, hur man ammar och om allmänna kostråd för graviditet och amning. Men återigen bör påpekas att det är den individuella rådgivningen som är viktigast.

Konsumtion av alkohol, tobak, stora mängder koffein och andra droger kan vara särskilt skadligt under graviditeten på grund av att de påverkar fostret. Det finns till exempel ett samband mellan rökning och låg födelsevikt, medan bruket av alkohol och andra "sällskapsdroger" har visat sig ha samband med störningar i nervsystemet och andra

medfödda missbildningar hos det nyfödda barnet. Man bör göra blivande mammor uppmärksamma på problemen och uppmuntra dem att undvika dessa droger under graviditeten.

Dessutom kan en del läkemedel passera genom moderkakan med skadliga följder för fostret. Under graviditet och amning bör kvinnor undvika att ta medicin i onödan. Vårdpersonal som skriver ut läkemedel bör göra sig förtrogna med de eventuella biverkningar som läkemedlen kan ge på foster och spädbarn. Det kan ändå ibland vara nödvändigt med behandling av en del kvinnor. De kan till exempel behöva järntabletter mot blodbrist eller tabletter mot malaria. Man bör vara försiktig med nya läkemedel som ännu inte testats ingående.

Förslag till åtgärder

En fullvärdig kost för blivande och nyblivna mammor bör säkerställas på olika sätt, och de bör få passande undervisning om kost och hälsa. Kvinnorna bör avrådas från att använda alkohol, tobak, för mycket koffein och andra icke-medicinska droger under graviditet och amning. De bör också undvika onödig medicinering.

Vård av mamman under och direkt efter förlossningen.

Många vårdrutiner på förlossnings- och BB-avdelningar har en "kirurgisk" och "bakteriefri" inriktning, något som ursprungligen kom till för att få bukt med infektioner eller för att underlätta läkarnas och andra personalgruppers arbete. Även om inte alla rutiner försämrar bindningen mellan mor och barn, har de ofta en negativ inverkan på amningen.

En kvinnas upplevelser under förlossningen påverkar hennes motivation att amma och hur hon klarar amningsstarten. En lyhördhet och mottaglighet för kvinnans behov, inklusive respekt för hennes människovärde och integritet, bidrar till att hon kan känna sig trygg och lugn. För att

minska obehagen under värkarbetet så mycket som möjligt, bör man låta henne röra sig fritt. Hon bör få försöka hitta en så bekväm ställning som möjligt och bör få ha en nära anhörig eller annan närstående hos sig som stöd. Sådana enkla metoder kan förkorta förlossningens längd, minska behovet av oxytocin, kirurgiska ingrepp och smärtstillande medel och även öka förutsättningarna för en lyckad amning.

Behovet av lugnande och smärtstillande medel samt narkos bör noggrant övervägas. Samtidigt som det är viktigt att lindra kvinnans fysiska obehag, kan ett godtyckligt eller överdimensionerat bruk av sådana läkemedel mycket väl minska hennes förmåga att genomföra en normal förlossning. Läkemedlen kan framkalla dåsighet, förhindra att kvinnan etablerar en nära kontakt med barnet direkt efter det att det fötts och kan minska den nyföddes sugförmåga. Man bör också vara försiktig med att ordinera läkemedel, inklusive hormoner, som direkt kan störa amningsstarten och tiden därefter.

Spädbarnets sök- och sugreflexer är speciellt starka direkt efter en normal förlossning och mamman är oftast ivrig att få se och röra vid sitt barn. Att uppmuntra kontakt hud-mot-hud mellan mor och barn direkt efter förlossningen och att låta barnet få suga på bröstet är gynnsamt. Det hjälper till att stärka den första bindningen mellan mor och barn och stimulerar även mjölkbildningen. Barnets sugrörelser stimulerar oxytocinutsöndringen, något som gör det lättare för moderkakan att lossna och livmodern att dra ihop sig under efterbördsskiftet.

Mammans behov av vila efter förlossningen kan tillgodoses senare; i själva verket medför den första nära kontakten med barnet att hon får vila. Den nyfödda kan därför torkas ren – avtvättning är inte nödvändigt – och läggas på mammans mage. Om man tillämpar behandling av barnet med silvernitrat eller antibiotiska ögondroppar för att förhindra bindhinneinflammation, kan behandlingen skjutas upp cirka en kvart, för att inte störa ögonkontakten mellan mor och barn.[4] Barnet bör få vara nära sin mamma när de vistas på förlossningsavdelningen.

Det är självklart att man inte kan tillämpa dessa rutiner vid kejsarsnitt eller andra större kirurgiska ingrepp. Trots detta är det av stor vikt att låta mor och barn få nära fysisk kontakt så snart som möjligt efter förlossningen.

Förslag till åtgärder

Man bör lägga särskild vikt vid att skapa en stödjande miljö och ordna så att mammorna känner en fysisk såväl som psykisk trygghet under värkarbetet och förlossningen. Behovet av lugnande och smärtstillande medel samt narkos under detta skede bör noggrant bedömas från fall till fall, med tanke på följderna för både mor och barn. Man bör se till att mor och barn lätt kan få en nära fysisk kontakt direkt efter förlossningen.

Vården av det nyfödda barnet

Vården av spädbarnet under dess första 2-3 levnadsdagar och i synnerhet hur barnet får mat, påverkar i högsta grad hur mamman klarar av att amma. Barnets födelsevikt bör föras in på en viktkurva som kommer att

WHO/P.Abensur (20569)

tjäna som utgångspunkt för både mamman och vårdpersonalen i den uppföljande vården.

Samvård

Ögonkontakten mellan mor och barn och kontakten hud-mot-hud som äger rum direkt efter förlossningen bör bibehållas och mamman bör få vara med sitt barn så mycket hon vill. Samvård, "rooming-in", bör därför ersätta traditionen att mamman och barnet vistas i skilda rum med tillåtelse att träffa varandra enligt schema. Samvård har många fördelar jämfört med "särvård". Den psykologiska bindningen gynnas, flexibla amningstider kan tillämpas och en mer intim kontakt med pappan och andra familjemedlemmar blir möjlig.

Risken för infektioner under nyföddhetsperioden, en stor källa till oro, är faktiskt mindre i mammans sal än i barnsalens instängda miljö där allvarliga epidemier kan bryta ut. Att bibehålla den kontakt mellan mor och barn som knyts direkt efter förlossningen gör det lättare för moderns mikroorganismer att kolonisera barnets hud och mag-tarmkanal. Mikroorganismerna brukar inte vara sjukdomsframkallande och mamman har antikroppar mot dem i sin bröstmjölk. På så sätt blir spädbarnet på samma gång både utsatt för och skyddat mot de organismer som det först senare i livet kommer att utveckla en egen immunitet mot.

Däremot brukar barn som vårdas i barnsal utsättas för vårdpersonalens bakterieflora: mikroorganismer som i allmänhet är mer sjukdomsalstrande och ofta motståndskraftiga mot många läkemedel. Bröstmjölken innehåller inga speciella antikroppar mot dessa. Detta är förklaringen till varför det i sådana miljöer så lätt utvecklas infektionsepidemier som drabbar hud, andningsorgan och mag-tarmkanal. Samvård innebär också att personalen inte längre behöver forsla barnen till och från mammornas salar, vilket ibland kan röra sig om långa sträckor. Personalen får på så sätt mer tid över för andra arbetsuppgifter.

Det finns många olika sätt att organisera samvården, beroende på hur det ser ut på BB-avdelningen eller sjukhuset. Det viktigaste är att

mamman får obegränsad tillgång till sitt barn genom att det finns i hennes närhet, antingen genom att de delar säng, vilket innebär många fördelar, eller genom att barnet har en egen säng i samma rum.

Matning

Man bör låta barnet få suga på bröstet när det vill, ofta och utan några fasta amningstider. På så sätt kan barnet dra full nytta av råmjölken (kolostrum) som är ytterst viktig immunologiskt (för att förebygga vanliga sjukdomar), näringsmässigt (för att ge barnet vitaminer och mineraler) och utvecklingsmässigt sett (för att se till att tarmens slemhinnor utvecklas).

Om barnet får suga ofta och tömma brösten med täta mellanrum, bidrar detta också till att amningen kommer igång både bättre och snabbare. Ett kraftigt sugande stimulerar utsöndringen av prolactin och oxytocin. Det förra sätter igång mjölkproduktionen och det senare stimulerar utdrivningsreflexen som gör att barnet kan få i sig mjölken. Oxytocinet påskyndar också att livmodern drar ihop sig efter förlossningen för att återgå till sin ursprungliga form. Det är viktigt att barnet ligger rätt vid bröstet. Det ska ha bröstvårtan och en stor del av vårtgården i munnen för att få i sig tillräckligt med mjölk på mest effektiva sätt. Dessutom underlättas själva matningen och det blir inte så stor risk för såriga eller spruckna bröstvårtor och mjölkstockning.

Man bör eftersträva att barnet får enbart bröstmjölk. Spädbarn behöver vanligtvis inte något annat än bröstmjölk under BB-tiden. Det är inte bara onödigt ur näringssynpunkt att via nappflaska ge barnet vatten, örtté, glukosblandning eller ännu värre, bröstmjölksersättning: det minskar även barnets sugförmåga och därmed också stimuleringen av mammans mjölkproduktion. Dessutom ökas infektionsriskerna och vad beträffar komjölksbaserade bröstmjölksersättningar, så ökar risken för att barnet blir överkänsligt för komjölksproteiner.

Under normala förhållanden räcker det nyfödda barnets medfödda energi- och vätskereserver de första levnadsdygnen medan amningen kommer ordentligt igång. Det är bra om det är varmt och luften inte

alltför torr där spädbarnen vistas, detta för att undvika onödiga energiförluster på grund av kyla eller vätskeförluster orsakade av transpiration.

På vårdinrättningar behövs det vanligtvis bara små mängder bröstmjölksersättning för de få barn som inte kan ammas. Att dessa barn får bröstmjölksersättning bör inte förhindra de amningsbefrämjande insatserna för det stora flertalet.

Förslag till åtgärder

Varje barns födelsevikt bör föras in på en tillväxtkurva. Samvård bör vara normen för alla friska nyfödda och mammorna bör uppmuntras till flexibel amning. Enbart amning bör förespråkas och spädbarnen bör inte ges någon annan mat eller dryck såvida det inte är medicinskt påkallat.

Utskrivning och eftervård

Det faktum att så många spädbarn idag redan blivit matade med flaska på BB, bidrar avsevärt till nedgången i amningens utbredning. Flaskan kanske ges i bästa avsikt och kan till och med vara menad som en tillfällig åtgärd tills amningen kommit igång ordentligt. I själva verket motverkar flaskmatningen kraftigt att en lyckad amning kommer igång genom att den minskar såväl antalet gånger barnet får suga på bröstet som barnets sugkraft. Ofta blir resultatet att mammorna uppmuntras att fortsätta med den artificiella uppfödningsmetod som påbörjats på vårdenheten.

Allmänna råd

Mammorna bör informeras om att ett växelvist användande av ett konstgjort stimulus (gummi- eller silikonnapp) och ett naturligt (bröstet)

bara förvirrar barnets sök- och sugreflexer. Eftersom det är mindre arbetsamt att suga på en gummi- eller silikonnapp, försvagas kindmusklerna och längtan efter bröstet går förlorad. För att undvika att mjölkmängden minskar på grund av dålig sugstimulans, bör varken konstgjorda dinappar eller sugnappar ges till barn som ammas. I de sällsynta fall där tilläggsmatning är nödvändig kan man använda tesked, pipett eller en liten kopp.

Den tid som mammor och barn stannar på sjukhus och kliniker efter en normal förlossning varierar stort – från så kort tid som 12-24 timmar i vissa fall, till så lång tid som 2-3 dagar eller till och med en vecka, i andra fall. Amningen har vanligtvis ännu inte stabiliserat sig ordentligt, har kanske inte ens kommit igång när barn och mor skrivs ut. Därför är det viktigt att mamman lämnar sjukhuset eller kliniken helt klar över vad hon skall göra för att kunna genomföra amningen. Om mamman är oerfaren bör hon få information om utdrivningsreflexen och om hur amningen fungerar. Hon behöver också få undervisning i hur man ammar. Hon bör få råd om hur hon ska sköta sina bröst och om att låta bli att tvätta dem för mycket, något som kan leda till ömma eller spruckna bröstvårtor. Hon bör också uppmuntras att amma barnet fritt och att inte ge det något annat än bröstmjölk. Slutligen, i de fall då amningen av någon anledning blivit tillfälligt uppskjuten eller avbruten, eller då mamman är skild från sitt barn, bör man visa henne hur hon kan få igång och upprätthålla amningen på annat sätt.

I många länder har kvinnor bildat sociala stödgrupper för att hjälpa mammor som vill amma sina barn. Vårdpersonalen bör stödja bildandet av sådana grupper och deras verksamhet. Mammor, i synnerhet de som är unga och oerfarna, bör vid utskrivning från vårdenheten hänvisas till stödgrupperna. Den individuella rådgivningen och de hälsomateriel som dessa grupper tillhandahåller, kan tjäna som ett viktigt tillskott till vårdarbetarens insatser. Spridning av sådant informationsmateriel bör uppmuntras inom hälsovårdssystemet.

Näringsbehov under amningen

Näringsbehoven under amningen är större än under graviditeten. En kvinna som under graviditeten fått en allsidig kost, har en fullgod

energireserv i form av fett som delvis kan kompensera hennes ökade energibehov. Förbrukningen av detta fett, i kombination med förlust av den vätska som samlats under graviditeten och tillbakabildning av livmodervävnad, ger en viktminskning under veckorna direkt efter förlossningen. Mammorna bör upplysas om behovet av en fullgod kost för att kunna upprätthålla amningen utan att tömma de egna näringsförråden. Man bör särskilt understryka vikten av protein, kalcium och vitaminer.

Om kvinnan följt rekommendationerna för energiintag under graviditeten, blir det genomsnittliga ökade energibehovet under de första 6 månadernas amning cirka 2.090 kJ/dag. Energirekommendationerna under denna och följande perioder kan behöva justeras med hänsyn till kvinnans fettreserv och fysiska aktivitet. För att till exempel hindra en fortsatt försämring av näringsstatusen krävs en större ökning av kostintaget för en undernärd kvinna som inte ökat tillfredsställande i vikt under graviditeten och som därför har otillräckliga fettreserver vid amningsstarten.

Utskrivningen

I vissa länder är det vanligt att mammorna vid utskrivningen från BB får en uppsättning olika baby- och hygienprodukter som tillhandahållits gratis av kommersiella företag. Berörda myndigheter bör se till att sådana "utskrivningspaket" inte innehåller något som skulle kunna lägga hinder i vägen för en lyckad amning, till exempel nappflaskor, dinappar, sugnappar och bröstmjölksersättning.

Mammorna, eller andra familjemedlemmar, i de fall där spädbarnet inte uppföds på bröstmjölk, bör få lämpliga instruktioner om hur man på rätt sätt tillagar och ger bröstmjölksersättning. De bör även varnas för de hälsorisker en felaktig tillagning innebär. Sådana instruktioner bör emellertid inte ges när ammande kvinnor är närvarande.

Eftervård

En mycket bra verksamhet som på några håll ingår i de vanliga rutinerna, är hembesök som görs av en vårdarbetare omkring en vecka efter utskrivningen. Vårdarbetaren ser hur mor och barn har det,

WHO/T. Kelly (C-391)

svarar på frågor och hjälper till med att lösa eventuella problem som kan ha uppstått. I vilket fall som helst bör en mamma vid utskrivningen få en tid för en första efterkontroll, förutom information om hur man hanterar eventuella problem som ömma bröstvårtor och att barnet inte suger som det ska. Vårdpersonalen bör vara beredd att vidta lämpliga åtgärder för att lösa dessa och andra problem samt svara på de frågor mamman kan ha.

Mammor hyser ibland tvivel om hur mycket mjölk de har och om dess kvalitet. Skulle de börja ge annan mat för att komplettera bröstmjölken, skulle den sannolika följden bli en för tidig nedläggning av amningen. Därför är det viktigt att lugna mammorna genom att regelbundet undersöka deras barn. Barnens hälsotillstånd och tillväxt bör vara de mest övertygande bevisen på bröstmjölken som fullgod näring. Hälso-

vårdens uppföljning av spädbarnen, med regelbunden vägning och mätning är oumbärlig. Tillväxtkurvan, där spädbarnets födelsevikt har införts som den naturliga utgångspunkten, är idealisk för detta ändamål. Besöken på vårdcentralen ger också tillfälle till att ge mammorna praktiska amningsråd och till att all annan mödra- och barnavård, särskilt vaccination och familjeplanering, ges på ett lämpligt sätt och vid rätt tid.[5]

Förslag till åtgärder

Vid utskrivningen från BB, sjukhuset eller kliniken bör mammor få lämplig upplysning om amningens fysiologi och funktion så att de kan känna sig säkra på hur man ammar. De bör få information om de amningshjälpsgrupper som kan finnas och som kan vara dem till hjälp. Mammorna bör hänvisas till dessa grupper vid behov. De bör få råd om näringsbehoven under amningen och få tid för uppföljningsbesök för sig själva och sina barn.

5. Sammanfattning

I alla länder bör berörda myndigheter vidta de åtgärder inom hälso- och socialvård som är nödvändiga för att skydda, främja och stödja amningen. Myndigheterna bör se till att man inom familjen gör det lämpligaste valet vad beträffar spädbarnsuppfödningen och att vårdsystemet stöder detta val på alla sätt. Detta innebär att mammorna får en ordentlig information om frågor som rör spädbarnsuppfödning, erhåller lämpligt familje- och samhällsstöd som underlättar och uppmuntrar amningen och att de skyddas från påverkan som kan vara till hinders. I synnerhet bör största möjliga ansträngning göras, inom och via vårdsystemet, för att skydda, främja och stödja amning.

Detta uttalande och dess bilaga kan tjäna som en handbok för de olika praktiska åtgärder som bör vidtas av mödra- och barnhälsovården. Berörda myndigheter i varje land inbjuds att anpassa uttalandet så att det passar för de lokala hälso- och socioekonomiska förhållandena i syfte att uppmuntra och underlätta amning.

WHO/J.-F. Chrétien (C-873)

Bilaga

Checklista för utvärdering av stödet för amning på MVC, BB och BVC

Följande checklista har sammanställts för att användas av ett lands berörda myndigheter – dess beslutsfattare inom hälsa och nutrition; av dem som har ansvaret för mödra-, förlossnings- och barnhälsovård samt familjeplanering; av läkare, barnmorskor, sjuksköterskor och andra personalkategorier inom mödra- och barnhälsovården; av vårdarbetarnas fackliga organisationer samt av föräldra- och amningshjälpsgrupper. Listan är tänkt att ge uppslag snarare än en uttömmande uppräkning av olika slags praktiska åtgärder som kan vidtas inom och via mödra- och barnhälsovården i syfte att skydda, främja och stödja amning. Den bör användas tillsammans med huvudtexten i det gemensamma WHO/UNICEF-uttalandet. Under idealiska förhållanden borde samtliga svar på checklistans frågor bli: "ja". Ett nekande svar kan vara en antydan om ett olämpligt tillvägagångssätt eller om en rutin som bör ändras i enlighet med uttalandet.

Riktlinjer

1. Har vårdenheten detaljerade riktlinjer för att skydda, främja och stödja amning?
2. Förmedlas dessa riktlinjer till den ansvariga ledningen och vårdpersonalen inom mödra- och BB-vården (till exempel vid muntliga genomgångar vid nyanställningar, i handböcker, riktlinjer och annat skriftligt material eller av överordnad personal)?
3. Finns det någon mekanism för att utvärdera amningsriktlinjernas effektivitet? Till exempel:
   - Sker någon insamling av data gällande hur många som påbörjar amning och hur många av mammorna som ammar när de och deras barn skrivs ut från vårdenheten?
   - Finns det något system för att utvärdera närliggande vårdrutiner, för utbildnings- och informationsmaterial, inklusive sådant som vanligen används på MVC och BVC?

4. Söker man samarbete med och stöd från alla intresserade, i synnerhet vårdarbetare, amningsrådgivare och föräldragrupper men också allmänheten, i arbetet med att utveckla och tillämpa vårdenhetens riktlinjer för amning?

Personalutbildning

5. Är alla i hälsovårdspersonalen väl medvetna om amningens betydelse och fördelar och förtrogna med enhetens riktlinjer och den vård som ska skydda, främja och stödja amningen?
6. Har enheten ordnat specialutbildning för vissa anställda i hur man hjälper kvinnor att amma?

Vårdservicens struktur och funktion

7. Finns det angivet i MVC- journalerna om man diskuterat amning med den gravida kvinnan? Står det antecknat:
   - Om kvinnan har uttryckt att hon tänker amma?
   - Om hennes bröst undersökts?
   - Om man vet något om eventuella tidigare amningar?
   - Om hur länge och hur ofta hon redan ammat?
   - Om hon haft några tidigare amningsproblem och i så fall vilka?
   - Om huruvida hon fick någon hjälp och i så fall av vem?
8. Finns kvinnans MVC-journal tillgänglig vid förlossningen?
   - Om inte, får personalen ändå reda på informationen under punkt 7?
   - Får en kvinna som aldrig ammat, eller som tidigare haft amningsproblem, speciell uppmärksamhet och extra stöd av enhetens personal?
9. Tar vårdpersonalen hänsyn till en kvinnas avsikt att amma när de beslutar om eventuellt användande av lugnande eller smärtstillande medel under värkarbete och förlossning?
   - Har personalen kännedom om ovanstående medels effekter på amning?

10. Vad gäller vanligtvis för de nyfödda?
    - Visas de upp för mammorna inom 5 minuter efter att de blivit födda?
    - Visas eller ges de till mammorna innan de i förebyggande syfte får silvernitrat eller antibiotiska droppar i ögonen?[4]
    - Ges de till mammorna så att dessa kan hålla dem och lägga dem till bröstet inom den närmaste halvtimmen efter förlossningen och får de stanna hos mammorna i minst en timme?[1]
11. Har vårdenheten några riktlinjer för samvård? Det vill säga, är spädbarnet hos sin mamma hela tiden?
    - Får mammorna ha sina spädbarn hos sig i sängen?
    - Om spädbarnen har egna sängar, står dessa då placerade nära mammornas ?
    - Om samvård bara tillämpas under dagtid, tar man då åtminstone in spädbarnen ofta till mammorna under natten (minst var 3:e till 4:e timme)?
12. Har vårdenheten några riktlinjer för att inskränka tillmatning innan amningen kommit igång? (Tillmatning är all föda eller dryck som ges utöver bröstmjölk)

Hälsoupplysning

13. Får alla blivande mammor råd om näringsbehoven under graviditet och amning och om de risker som drogbruk medför?
14. Är det rutin att ge information och utbildning om amning till havande kvinnor under MVC-besöken?
15. Finns det vårdpersonal eller rådgivare som har specialutbildning i hur man hjälper kvinnor att amma, tillgängliga på heltid för att ge råd till ammande mammor under BB-vistelsen och inför utskrivningen? Får mammorna information om:
    - Amningens fysiologi och hur amningen upprätthålls?
    - Hur man undviker och behandlar vanliga problem som mjölkstockning och ömma eller spruckna bröstvårtor?
    - Vart de kan vända sig, till exempel till amningshjälpsgrupper, för att få hjälp med sådana eller liknande problem?
      (Har amningshjälpsgrupper tillträde till vårdenheten?)

16. Ger man rutinmässigt stöd och råd om hur man påbörjar och upprätthåller amningen till kvinnor som:
    - Blivit förlösta med kejsarsnitt?
    - Har fött för tidigt?
    - Har fött barn som är lågviktiga för tiden?
    - Har spädbarn som vårdas på nyföddhetsavdelning?
17. Får ammande kvinnor skriftligt materiel som ger relevanta råd och information?

Hemgång

18. Om "utskrivningspaket" med spädbarns- och hygienprodukter ges till mödrarna då de skrivs ut från sjukhuset eller kliniken, har då vårdinrättningen någon handlingsplan för att se till att paketen inte innehåller något som skulle kunna inverka störande på amningen, till exempel nappflaskor, dinappar, sugnappar och bröstmjölksersättning?
19. Får mammor eller andra familjemedlemmar, i de fall då spädbarn inte uppföds på bröstmjölk, lämplig undervisning för att kunna tillaga och mata med bröstmjölksersättning samt varning för de hälsorisker som felaktig tillagning innebär?
    - Ingår det i vårdenhetens riktlinjer att inte ge dessa instruktioner när ammande kvinnor är närvarande?
20. Får varje mamma en tid för ett första eftervårdsbesök på MVC respektive BVC?
    - Är hon informerad om hur hon ska göra med eventuella amningsproblem som kan uppstå under tiden fram till dess?

Översättarnas kommentarer

Utvecklingen sker snabbt inom mödra- och förlossningsvården. Delar av denna skrift har redan hunnit bli något föråldrade. Andra delar passar inte riktigt våra svenska förhållanden. Vi har ändå valt att göra en ganska ordagrann översättning.

Det mesta av innehållet är allmängiltigt och kan inspirera till nya rutiner.
"Tio steg till en lyckad amning" utgör till exempel grundstommen i UNICEFs aktion för babyvänliga sjukhus.

Den svenska översättningen tillägnas all vårdpersonal i arbetet med att välkomna nya samhällsmedlemmar till världen.

Göteborg i oktober 1992.

Fotnoter

1. Följande förslag till ändringar av "De tio stegen" diskuteras inom Internationella barnläkareförbundet (IPA) och Internationella federationen för gynekologi och obstetrik (FIGO):
   - Steg 4: Uppmuntra till hudkontakt mellan mor och barn inom den första halvtimmen och amning kort därefter.
   - Steg 6: Inte ge nyfödda (---) såvida det inte är kliniskt påkallat.
   - Steg 9: Fördöma bruket av såväl di- som sugnappar för spädbarn som ammas.

2. Nya forskningsresultat visar dock att så kallad härdning av bröstvårtorna har föga effekt på amningsresultatet.

3. I Sverige är viktökningen under graviditeten i medeltal 14,7 kg (1989).

4. I Sverige är denna behandling inte längre vanlig.

5. Många länder har en integrerad mödra-, BB- och barnhälsovård.

WHO/UNICEFs "BABY FRIENDLY HOSPITALS INITIATIVE".

PROCEDURER FÖR BEDÖMNING OM SJUKHUSEN I SVERIGE BEDRIVER EN AMNINGSVÄNLIG VÅRD ENLIGT WHO/UNICEFs TIO KRITERIER, "TEN STEPS TO SUCCESSFUL BREAST-FEEDING".

På uppdrag av den Nationella kommittén för BFHI-arbetet i Sverige:

Yngve Hofvander
Ordförande i Expertgruppen samt ledamot i den Nationella kommittén

Charlotte Hillervik
Kommittésekreterare i den Nationella kommittén

Elisabeth Kylberg
Ledamot i expert-gruppen och i den Nationella kommittén
Ordförande i Amningshjälpen

Kommittén för ett svenskt deltagande i
WHO/UNICE -aktionen Baby Friendly Hospitals Initiative
Socialdepartementet
1993

FÖRUTSÄTTNINGAR

Förplanerade team. I varje län i Sverige tillskickas BHV-överläkaren ett brev med information om BFHI-arbetets syfte och målsättning. I brevet bifogas förslag till namn på personer som tillsammans med BHV-överläkaren kommer att utgöra det team som ska besöka sjukhusen i länet. Ett team ska utses för de län som har ett eller två sjukhus. För de län med tre sjukhus eller fler kan två team utses om arbetsbördan bedömes bli för stor. Dock bör eftersträvas att samma/samme BHV-överläkare ingår i teamen. I teamet ska ingå, förutom BHV-överläkaren, en BHV-sjuksköterska, en barnmorska samt en hjälpmamma från Amningshjälpens lokalgrupp.

Val av team-medlemmar. De personer ska väljas som har gedigna amningskunskaper såväl teoretiskt som praktiskt. Reserver bör utses i händelse av sjukdom.

Barnsjuksköterskan. I första hand ska länets samordnande barnsjuksköterska ingå i teamet. Vid förhinder ska barnsjuksköterskan själv utse en lämplig ersättare. Om länet saknar en samordnande barnsjuksköterska, skall den med motsvarande funktion väljas.

Barnmorskorna. Namnförslag till lämpliga barnmorskor har lämnats kommittén med hjälp av f d ordföranden i Barnmorskeförbundet Karin Christiani, som har kontaktat såväl den slutna som den öppna vården. I flertalet fall har barnmorskan med samordnande funktion ("samban") i länet vidare kontaktat de personer som verkat mest kompetenta för denna uppgift, och frågat om de vill delta. Risken för partiskhet, p g a att flertalet barnmorskor arbetar inom förlossningsvården och därmed kommer att utvärdera sin egen verksamhet bedömes som liten. I förekommande fall där barnmorskan själv upplever det som problemfyllt att utvärdera sitt eget sjukhus bör detta beaktas och en reserv utses.

Representanter för Amningshjälpen. Val av hjälpmammor utses av Amningshjälpens länsmammor som tillskickar ordföranden i nämnda organisation Elisabeth Kylberg lämpliga förslag.

Utbildningsdag. I april och maj skall samtliga team delta i en utbildningsdag (Se missivbrev). Vid detta tillfälle ges team-medlemmarna också möjlighet att diskutera och ställa frågor om utvärderingen med alla dess olika frågeformulär. Till denna utbildningsdag har teamen tillskickats information om BFHI-aktionens arbete i Sverige, skrifterna WHO/UNICEFs Att skydda, stödja och främja amning, Innocenti-deklarationen samt mätinstrumentet där ochså förslag till normer för tilläggsmatning skall ingå.

Förberedande möte. Gruppen bör träffas vid ett eller flera tillfällen före den dag de ska besöka sjukhuset/sjukhusen. Vid dessa möten ges tillfälle till genomgång av de Tio Stegen och man kan också diskutera fram en lämplig arbetsfördelning vad gäller de uppgifter som ska göras på sjukhuset.

När ska sjukhusen bedömas? I april ska samtliga sjukhus ha fått sig tillsänt ett individuellt brev, där det klart framgår hur pass amningsvänliga de är. Denna bedömning har skett på basis av den enkät som personal på respektive sjukhus besvarat och skickat in och som nu är granskad. I brevet tillfrågas sjukhuset också om det vill bli klassificerat som amningsvänligt, och i så fall när teamet kan besöka sjukhuset för utvärdering.
Tidpunkten för bedömning är beroende av när sjukhuset anser sig ha uppnått de Tio Stegen. I de fall sjukhuset behöver genomföra visst förändringsarbete före bedömning kommer processen med nödvändighet att ta längre tid. För de sjukhus som anser sig vara amningsvänliga redan nu, kan bedömningsproceduren göras omgående. Samtliga sjukhus skall om möjligt vara bedömda före juni månads utgång.

En nyckelperson på sjukhuset. För att underlätta kommunikationen mellan teamets medlemmar och sjukhusets personal bör en nyckelperson utses av respektive sjukhus. Exempel på en sådan kan vara avdelningsföreståndaren på en BB-avdelning. Denna nyckelperson bör av teamet kontaktas i god tid för att hjälpa till med planeringen av bedömningsdagen.

Sjukhuset ska ge klarsignal. Det är viktigt att sjukhuset själva inbjuder teamet att komma. Detta ska ske när de själva känner sig redo och villiga att bli bedömda.

PLANERING

Före den dag /dagar då bedömningen är planerad att äga rum bör teamet kontakta nyckelpersonen angående följande:

- Etablera kontakt med chefen för kvinnokliniken, för en kort presentation av syftet med teamets besök.

- Bestämma vilken/vilka personer som ska ta emot teamet på sjukhuset. (Sannolikt avdelningsföreståndaren))

- Hur få fatt i (om sådan finnes) den skrivna information som ges till personal och mammor om amning på förlossning, BB och nyföddhetsavdelning.
Ex på information kan vara:
Den skrivna handlingsplanen, d v s sjukhusets amnings strategi
Innehållet i utbildning av personal
Amningsinformation som ges till mammorna/föräldrarna Be att få kopior.

- Förbereda individuella intervjuer med följande yrkeskategorier: Läkare, sjuksköterskor/barnmorskor, barnsköterskor/undersköterskor.
Totalt ska 15 personer ur staben intervjuas förutom nyckelpersonen. Teamet ska eftersträva proportionalitet vad gäller antal personer i respektive yrkeskategori. Samtidigt bör rekrytering av personerna ske så slumpmässigt som möjligt för att resultaten skabli representativa. Förslagsvis kan 2-3 läkare, ungefär 5 barnmorskor/sjuksköterskor och 6-7 barnsjuksköterskor/undersköterskor intervjuas På de större sjukhusen är det viktigt att det bland läkararna om möjligt ingår kvinnoklinikens läkare och/eller barnläkarkonsult - neonatolog samt ansvariga läkare för BB,förlossning, barnronder och nyföddhetsavdelning.
Vad gäller sjuksköterskor/barnmorskor och barnsköterskor/undersköterskor är det viktigt att de kommer från samtliga vårdavdelningar, från förlossning samt nyföddhetsavdelning.

Förbereda enskilda intervjuer med mammor:
10 mammor på BB (inklusive 2 kejsarsnittsförlösta om det finnes)
2 mammor på neonatalavdelning
2 mammor på specialistmödravård/avdelning för riskmammor

Mammorna bör komma från samtliga vårdavdelningar. De mammor bör väljas som har vårdats längst tid och som ganska snart ska skrivas ut. Såväl förstföderskor som omföderskor, normalt förlösta eller förlösta med kejsarsnitt (planerade sådana) får ingå. Mamma och barn ska vara friska.
Sammanlagt ska 10 (alternativt 12 eller 14) mammor intervjuas på varje sjukhus. Där sjukhuset har enneonatalavdelning och/eller specialistmödravård/avdelning för riskmammor som stannar kvar efter förlossning, ska från dessa respektive ställen två mammorintervjuas. Mammorna bör intervjuas av de kvinnliga team-medlemmarna.

- Bestämma tidpunkt och lokal för för sammanlagt 30 intervjuer:
  1 intervju med nyckelperson
  15 intervjuer med de olika yrkeskategorierna.
  10 (alternativt 12 eller 14) intervjuer med mammor
  Tidpunkt för observation

MÄTINSTRUMENTET

Mätinstrumentet består av följande 6 formulär:

FORMULÄR I.INDIVIDUELL INTERVJU MED AVDELNINGSFÖRESTÅNDARE/
FORMULÄR II GENOMGÅNG AV SKRIVET MATERIAL
FORMULÄR III. INDIVIDUELL INTERVJU MED LÄKARE
FORMULÄR IV.INDIVIDUELL INTERVJU MED BARNMORSKOR/SJUKSKÖTERSKOR
BARNSKÖTERSKOR/UNDERSKÖTERSKOR
FORMULÄR V. INDIVIDUELL INTERVJU MED EN MAMMA
FORMULÄR VI. OBSERVATION

I varje formulär finns instruktioner till intervjuaren markerat med fet och liten stil inom parentes.
Efter att samtliga delmoment i mätinstrumentet är utförda, d v s granskning av skrivet material, intervjuer med personal och mammor samt observation, samlas teamet för att göra en slutgiltig summering av sjukhuset. För att genomföra denna bedömning användes formuläret PROTOKOLL-SLUTBEDÖMNING. Där finns nedskrivet de svenska kriterierna för hur de Tio Stegen bör följas. Där ingår också en slutsummering (sid. 39) av bedömningsprotokollet vilket utgör ett minimum av de svenska kriterierna som ett sjukhus ska uppfylla för att anses bedriva en amningsvänlig vård.

När denna utvärdering är utförd skickas teamets bedömning till Nationella kommittén. Underlaget för bedömningen, samt alla formulär ska också skickas till Nationella kommittén, adress enligt nedan:

Dr med sc Charlotte Hillervik
Enheten för Internationell Barnhälsovård
Akademiska sjukhuset, ingång 11
751 85 Uppsala

BFHI-arbetet i Sverige 1993
YH/CH/EK

FORMULÄR I.

NAMN: _____ SJUKHUS: _____

INTERVJUARENS NAMN: _____ DATUM: _____

INDIVIDUELL INTERVJU MED AVDELNINGSFÖRESTÅNDARE/ NYCKELPERSON.

(OBS! Instruktioner till intervjuaren är inom parentes.)

(Börja intervjun med en beskrivning av syftet med utvärderingen)

(Läs ej upp svarsalternativen)

1. Har barn- och kvinnokliniken en skriven övergripande handlingsplan för att skydda,stödja och främja amning?
   1. Ja
   2. Nej
   3. Vet ej

   (__)

2. Om nej på fråga 1, har Ni en oskriven handlingsplan?
   1. Ja
   2. Nej

   (__)

3. Informeras all berörd personal om Er handlingsplan?
   1. Ja
   2. Nej

   (__)

4. Om ja på fråga 1, på vad sätt instrueras personalen hur de ska förmedla handlingsplanens innehåll?

   _____
   _____
   _____
   _____

5. Är handlingsplanen motsvarande de Tio Stegen uppsatta på väggarna på följande ställen?

a BB-avdelningarna
1. Ja (__)
2. Nej

b Barnsalen
1. Ja (__)
2. Nej
3. Har ej barnsal

c Neonatalavdelning
1. Ja (__)
2. Nej
3. Har ej neo.avd

d Förlossningsavdelning
1. Ja (__)
2. Nej

e Specialistmödravård/avdelning för riskmammor
1. Ja (__)
2. Nej
3. Har ej sådan

6. Har kvinnokliniken någon specialistmödravård eller avdelning för gravida riskmammor?
1. Ja (__)
2. Nej

7. Om ja på fråga 6: Får dessa kvinnor någon amningsinformation?.
1. Ja (__)
2. Nej

8. Om ja på fråga 7: Vad ingår i amningsinformationen?

Betydelsen av att ge enbart modersmjölk i 4 - 6 månader?
1. Ja (__)
2. Nej

Fördelar med amning?
1. Ja (__)
2. Nej

Betydelsen av samvård dygnet runt?
1. Ja (__)
2. Nej

Betydelsen av flexibel amning?
1. Ja (__)
2. Nej

Hur man ska amma för att öka mjölkproduktionen?
1. Ja (__)
2. Nej

9. Hur snart efter förlossningen ammar mammorna? (__)
(Avser friska, normalförlösta mammor)
1. < 2 tim
2. 2 - 4 tim
3. > 4 tim

10. Rekommenderas mammorna att amma på något särskilt sätt? 1. Ja (__)
2. Nej

11. Om ja, på vad sätt? _____
_____
_____
_____

(OBS! Intervjupersonen bör nämna något om sugtid vid bröstet, antal amningar /dygn och flexibla amningstider.)

12. Får ammade barn extra mat/vatten på Er sjukhus? 1. Ja (__)
2. Nej

13. Om ja, i vilken omfattning? 1. Alla (__)
2. Ungefär 3/4
3. Ungefär 1/2
4. Ungefär 1/4
5. Enstaka

14 Om ja på fråga 13:
Av vilka skäl ges detta? **(Uppmana IP att ange de tre främsta skälen)**
_____
_____
_____

15 Hur många av de inneliggande mammorna ger sina barn flaska **idag?** (__)
(Försök att få information från alla avdelningar om möjligt, räkna sedan ut andelen i %)
(Avser friska barn)

16 Suger ammade barn på tröstnapp på Ert sjukhus? 1. Ja (__)
2. Nej

17. Om ja, i vilken omfattning?

1. Alla (__)
2. Ungefär 3/4
3. Ungefär 1/2
4. Ungefär 1/4
5. Enstaka

18. Skiljer sig de kejsarsnittsförlösta mammornas amningsrutiner jämfört med de normalförlösta?

1. Ja (__)
2. Nej

19 Om ja, på vad sätt: _____

_____

_____

(OBS! I svaret bör ingå när de kejsarsnittsförlösta vanligen lägger till sina barn, om de har samvård och om de uppmuntras till flexibel amning)

20 Har Ni tidig hemgång?
(Tidig hemgång definieras enligt följande= ≤ 72 timmar)

1. Ja (__)
2. Nej

21 Hur stor andel av mammorna väljer att gå hem inom 72 timmar?

1. Alla (__)
2. Ungefär 3/4
3. Ungefär 1/2
4. Ungefär 1/4
5. Enstaka

22. Ger sjukhuset något uppföljande amningsstöd efter hemgång? **(t ex tel.rådgivning, hembesök)**

1. Ja (__)
2. Nej

23. Om ja, på vad sätt: _____

_____

_____

24 Känner Du till BVC-s rutiner vad gäller omhändertagandet av nyblivna mammor?

1. Ja (__)
2. Nej

25. Finns Amningshjälpen representerad i Ditt län? 1.Ja (__)
2. Nej

26 Om ja: Hur informeras mammorna om Amningshjälpen 1. Muntligt (__)
2. Skriftligt
3. Både muntligt och skriftligt

(Avslutningsvis kommer här några frågor som berör pappans roll)

27 Har Ni vidtagit några åtgärder för att uppmuntra pappan att vara med vid förlossning och under BB-tiden? 1. Ja (__)
2. Nej

28 Om ja på fråga 27: Vilka åtgärder har man vidtagit? _____
_____
_____
_____
_____

29 Om ja: Anser Du att åtgärderna är tillräckliga? 1. Ja (__)
2. Nej

30 Hur stor andel av papporna deltar vid förlossningen om så är möjligt? 1. Alla (__)
(Utgå ifrån det sista halvåret) 2. Ungefär 3/4
3.Ungefär 1/2
4. Ungefär 1/4
5. Enstaka

31. Av vilka skäl tror Du att mannen väljer att ej delta? (__)
Ange de tre viktigaste : _____
_____
_____
_____

32 Får pappan någon amningsinformation? 1. Ja (__)
2. Nej

33 Om ja: Vad ingår i informationen?

Betydelsen av att ge enbart modersmjölk i 4 - 6 månader?	1. Ja	(__)
	2. Nej	
Fördelar med amning?	1. Ja	(__)
	2. Nej	
Betydelsen av samvård dygnet runt?	1. Ja	(__)
	2. Nej	
Betydelsen av flexibel amning?	1. Ja	(__)
	2. Nej	
Hur man ska amma för att öka mjölkproduktionen?	1. Ja	(__)
	2. Nej	
Betydelsen av att stödja och uppmuntra mamman att amma?	1. Ja	(__)
	2. Nej	

Övriga kommentarer: _____

FORMULÄR II.

SJUKHUSETS NAMN: _____

MATERIALET GRANSKAT AV: _____

DATUM: _____

GENOMGÅNG AV SKRIVET MATERIAL

1. Har barn- och kvinnokliniken en övergripande skriven **handlingsplan?** 1. Ja (__)
   2. Nej

2. Om ja, inkluderar den de Tio Stegen? 1. Ja (__)
   2. Nej

3. Om nej, vilka steg fattas?
   Steg 1 (__) Steg 2 (__) Steg 3 (__) Steg 4 (__) Steg 5 (__) (__)
   Steg 6 (__) Steg 7 (__) Steg 8 (__) Steg 9 (__) Steg 10 (__) Ant steg som fattas

4. Finns någon skriftlig amnings**information** riktad till mammor tillgänglig? 1. Ja (__)
   2. Nej

5. Om ja, är följande avsnitt täckta?
   Betydelsen av att ge enbart modersmjölk i 4 - 6 månader? 1. Ja (__)
   2. Nej
   Fördelar med amning? 1. Ja (__)
   2. Nej
   Betydelsen av samvård dygnet runt? 1. Ja (__)
   2. Nej
   Betydelsen av flexibel amning? 1. Ja (__)
   2. Nej
   Hur man ska amma för att öka mjölkproduktionen? 1. Ja (__)
   2. Nej

6. Har sjukhuset något **undervisningsmaterial** för personalen om amning?
   1. Ja (___)
   2. Nej

7. Om ja: Inkluderar den de Tio Stegen?
   1. Ja (___)
   2. Nej

8. Om nej på fråga 7: Vilka steg saknas?
   Steg 1 (___) Steg 2 (___) Steg 3 (___) Steg 4 (___) Steg 5 (___) (___)
   Steg 6 (___) Steg 7 (___) Steg 8 (___) Steg 9 (___) Steg 10 (___) Ant steg som nämn

9 Om ja på fråga 7: Är följande avsnitt täckta?

   Betydelsen av att amma enbart 4 - 6 månader?
   1. Ja (___)
   2. Nej

   Fördelar med amning?
   1. Ja (___)
   2. Nej

   Betydelsen av samvård dygnet runt?
   1. Ja (___)
   2. Nej

   Betydelsen av flexibel amning?
   1. Ja (___)
   2. Nej

   Hur man ska amma för att öka mjölkproduktionen?
   1. Ja (___)
   2. Nej

   Betydelsen av rätt tilläggning och rätt sugteknik?
   1. Ja (___)
   2. Nej

10. Har sjukhuset specialistmödravård/avdelning för riskmammor?
    1. Ja (___)
    2. Nej

11 Om ja på fråga 10:, är följande avsnitt täckta?

Betydelsen av att amma enbart 4 - 6 månader?	1. Ja	(__)
	2. Nej	
Fördelar med amning?	1. Ja	(__)
	2. Nej	
Betydelsen av samvård dygnet runt?	1. Ja	(__)
	2. Nej	
Betydelsen av flexibel amning?	1. Ja	(__)
	2. Nej	
Hur man ska amma för att öka mjölkproduktionen?	1. Ja	(__)
	2. Nej	
Betydelsen av rätt tilläggning och rätt sugteknik?	1. Ja	(__)
	2. Nej	

BFHI-arbetet i Sverige 1993
YH/CH/EK

FORMULÄR III

SJUKHUSETS NAMN:_____ DATUM: _____

INTERVJUARENS NAMN:_____

INDIVIDUELL INTERVJU MED LÄKARE. NR (__)

(OBS! Instruktioner till intervjuaren står inom parentes.)

(Börja intervjun med en beskrivning av syftet med utvärderingen.)

---

1. Är Du ____ pediatriker, _____ obstetriker eller ____ annan läkare? (__)
   1 2 3

2. Har barn- och kvinnokliniken en skriven övergripande handlingsplan för att skydda, stödja och främja amning? (__)
   1. Ja
   2. Nej
   3. Vet ej

Om ja:

3. Kan Du nämna några punkter ur denna handlingsplan? (__)
   1. Ja
   2. Nej

   (Om ja: Relatera svaren till de Tio Stegen och markera nedan vilka punkter som nämns:)

   Steg 1 (___) Steg 2 (___) Steg 3 (___) Steg 4 (___) Steg 5 (___) (__)
   Steg 6 (___) Steg 7 (___) Steg 8 (___) Steg 9 (___) Steg 10 (___) Ant steg som nämns

4. Har Du fått någon utbildning i amningskunskap? (__)
   1. Ja
   2. Nej

Om ja:

5 a. Hur många timmars utbildning fick Du under Din grundutbildningen? (___)

5 b. Hur många timmars utbildning fick Du under Din vidareutbildning? (___)

5c Uppskatta antalet timmar Du på annat sätt blivit informerad/utbildad. (___)
(konferenser o dylikt) **(Summera antalet timmar** (___))

6. Vilka råd anser Du att en mamma som ammar ska få ang följande:

Behov av extramat utöver bröstmjölk **(Behövs ej, stör amningen)** R__ F__

(Se för övrigt PM ang tillmatning av nyfödda)

Tidslängden för exklusiv amning **(Bröstmjölk tillgodoser barnets behov under 4-6 mån.)** R__ F__

Flaskmatning o nappanvändning **(Kan påverka sugteknik och amning negativt)** R__ F__

7. Kan Du beskriva följande:

Rätt position och rätt tag **(Barnets mage mot mammas mage, barnet mitt för bröstvårtan, stort gap, gripa stor del av vårtgården)** R__ F__

Handmjölkning **(Tvinna bröstvårtan, håll pekfinger och tumme på var sida om vårtgården, tryck in mot kroppen och sedan mot varandra , flytta fingrarna runt hela vårtgården)** R__ F__

8. Kan Du beskriva hur man kan förebygga eller bota följande:

Såriga bröstvårtor **(Rätt position och rätt tag)** R__ F__

Otillräcklig mjölkmängd **(Amma oftare, rätt position och tag, vila och dryck till mamma)** R__ F__

Spända bröst **(Rätt position och flexibel amning)** R__ F__

9 Vad anser Du om följande:

Att ge extramat innan amning "kommit igång" **(Skall ej ges om ej medicinskt motiverat, påverkar barnets sugbehov, svårare att få igång amningen)** R__ F__

Att ge flaska och använda napp **(Att ge flaska eller napp är emot sjukhusets amningspolicy, inverkar negativt på amningen)** R__ F__

10 Har Ni skriftligen nedtecknat normer för när tillmatning är medicinskt motiverat att ge? 1. Ja (__) 2. Nej

(om ja, be att få en kopia)

11 Ger sjukhuset något fortsatt amnings-stöd efter hemgång? 1. Ja (__)
(Rådgivning pe telefon, återbesök, hembesök) 2. Nej

Motivera Ditt svar:

12 Övriga kommentarer:

BFHI-arbetet i Sverige 1993
YH/CH/EK

FORMULÄR IV NR (__)

SJUKHUSETS NAMN:_____ DATUM: _____
INTERVJUARENS NAMN:_____

INDIVIDUELL INTERVJU MED BARNMORSKOR/SJUKSKÖTERSKOR, BARNSKÖTERSKOR/UNDERSKÖTERSKOR

(OBS! Instruktioner till intervjuaren står inom parentes.)

(Börja intervjun med en beskrivning av syftet med utvärderingen.)

---

1. Är Du
   1. Barnmorska (__)
   2. Sjuksköterska
   3. Barnsköterska
   4. Undersköterska

2. Var på sjukhuset arbetar Du?
   1. Förlossningsavdelning (__)
   2. BB-avdelning
   3. Neonatalavdelning
   4. Specialistmödravård/ avdelning för riskmammor

3. Har barn- och kvinnokliniken en skriven övergripande handlingsplan för att skydda, stödja och främja amning?
   1. Ja (__)
   2. Nej
   3. Vet ej

(Om ja på fråga 3:)

4. Har Du blivit informerad om handlingsplanens innehåll?
   1. Ja (__)
   2. Nej

(Om ja på fråga 3:)

5. Kan Du nämna några punkter ur denna handlingsplan? 1. Ja (___)
2. Nej

(Om ja: Relatera svaren till de Tio Stegen och markera nedan vilka punkter som nämns:)

Steg 1 (___) Steg 2 (___) Steg 3 (___) Steg 4 (___) Steg 5 (___) (___)
Steg 6 (___) Steg 7 (___) Steg 8 (___) Steg 9 (___) Steg 10 (___) Ant steg som nämns

6. Har Du fått någon utbildning i skolan eller här på sjukhuset hur Du ska kunna hjälpa mammor med amningen? 1. Ja (___)
2. Nej

(Om ja på fråga 6:)

7. Hur många timmars utbildning har Du fått inom Din: 1. Grundutbildning (___)
2 Vidareutbildning (___)
3. Annat sätt (___)
(Summera antalet timmar) _____

8. Kan Du berätta vilka råd Du skulle ge till en mamma som vill ha hjälp med rätt position och rätt tag? **(Bedöm om det är rätt eller fel)** R__ F__ (___)
1 2

9. Kan Du visa mig hur Du lär ut detta i praktiken, genom att undervisa en mamma här på avdelningen/ eller visa mig en ammande mamma vars barn har rätt amningsställning och rätt sugtag? R__ F__ (___)
1 2
(Bedöm om det är rätt eller fel)

10. Kan Du lära mammor handmjölkning? 1. Ja (___)
2. Nej

11. Om ja: Kan Du beskriva hur man gör? R__ F__ (___)
1 2
(Tvinna bröstvårtan, håll pekfinger och tumme på var sida om vårtgården, tryck in mot kroppen och sedan mot varandra , flytta fingrarna runt hela vårtgården)

12 Rekommenderar Du att ge barnet annat (vatten/modersmjölk ersättning/annan mammas mjölk) än mammans egen mjölk innan amningen "kommit igång"? 1. Ja (__) 2. Nej

(Skall undvikas om ej med. motiverat, påverkar barnets sugbehov, amningen kommer ej så lätt igång)

13. Vad är den främsta orsaken till sårigа bröstvårtor? R__ F__ (__)
1 2
(Fel tilläggning och fel tag)

14 Vad tror Du är den vanligaste orsaken till otillräckliga mjölkmängder? **(För få amningstillfällen, ej låter barnet bestämma när och hur länge)** R__ F__ (__)
1 2

15. Vad är det främsta skälet till mjölkstockning? R__ F__ (__)
(Felaktig tilläggning och ej flexibel amning

16 Övriga kommentarer: _____

FORMULÄR V.

INDIVIDUELL INTERVJU MED EN MAMMA.

NR (___)

(Sammanlagt 14 mammor/sjukhus enligt följande: 10 från vårdavd.samt 2 mammor vardera från nyföddhetsavd. och från avd.för riskmammor om sådana avd. finnes)

SJUKHUS:_____

INTERVJUARENS NAMN:_____

DATUM:_____

(Börja intervjun med en presentation av Dig själv och syftet med Ditt besök på sjukhuset.)
(OBS! Mammans namn ska vara anonymt)
(Läs ej upp svarsalternativen där ej så är angivet)

1. När föddes Ditt barn? (___ ___)
   månad dag

2. Är Ditt barn en flicka eller en pojke? (___)
   1. Flicka
   2. Pojke

3. Hur mycket vägde Ditt barn när det föddes? (_____)
   gram

4. Hur gammalt är Ditt barn? (___)
   1. < 12 tim
   2. 12 - 23 tim
   3. 24 - 35 tim
   4. 36 - 47 tim
   5. 48 - 71 tim
   6. 72 tim ell äldre

5. Är Du normalt förlöst eller kejsarsnittsförlöst?
   1. Normalt (__)
   2. Med kejsarsnitt

6. Är Du förstföderska?
   1. Ja (__)
   2. Nej

7. Om nej på fråga 6:
   Hur många barn har Du fött? (__)
   (Inklusive det aktuella) ant barn

8 Om omföderska:
   Har Du ammat tidigare födda barn?
   1. Ja (__)
   2. Nej

(Frågorna 9 och 10 avser det näst sist födda barnet)

9. Om ja på fråga 8:
   Hur länge gav Du enbart bröstmjölk? _____
   Antal mån

10. Hur gammalt var barnet när Du slutade amma? _____
    Antal mån

(Återgå nu till det aktuella barnet)

11. Har Du ammat barnet sedan det föddes?
    1. Ja (__)
    2. Nej

12. Om ja, hur lång tid efter förlossningen ammade Du första gången?
    1. Mindre än 2 timmar (__)
    2. 2 - 4 timmar efter
    3. Efter mer än 4 timmar

13. Fick Du någon uppmuntran, stöd och/eller hjälp med amningen då?
    1. Ja (__)
    2. Nej

14. Om nej, varför? _____
    _____
    _____

15 Har Du fått någon uppmuntran, stöd och/eller hjälp med amningen senare under BB-vistelsen? 1. Ja 2. Nej (__)

16. Har någon diskuterat med Dig hur Du ska lägga till Ditt barn? 1. Ja 2. Nej (__)

Om ja på fråga 16:

17. Har någon talat med Dig om hur barnet ska fatta tag om bröstvårtan för att suga på rätt sätt? 1. Ja 2. Nej (__)

18 Kan Du beskriva vad rätt position och rätt tag innebär? R__ F__ (__)

(Barnets mage mot mammas mage, barnet mitt för bröstvårtan, stort gap, gripa stor del av vårtgården) Om mamman ammar, kan intervjuaren se om barnet har rätt position och rätt tag. Be ej mamman att amma bara för att visa. Om mamman dock föreslår själv att hon ska upp barnet för attvisa, så låt henne göra det). Notera på fråga 20 och 21 vad som framgår av observationen utan att fråga modern).

19. Kan modern observeras? **1. Ja 2. Nej** (__)

20. Om ja, har barnet: **Rätt position** **1. Ja 2. Nej** (__)

21 **Rätt sugteknik** **1. Ja 2. Nej** (__)

22 Har Du blivit informerad om hur Du kan mjölka ur brösten? 1. Ja 2. Nej (__)

23 Om ja på fråga 22: På vad sätt? 1. Handmjölkning 2. Handpump 3. Elektrisk pump (__)

24 Om handmjölkning nämns: Kan Du beskriva hur det går till?

_____ 1. Rätt (__)

_____ 2. Fel

(Tvinna bröstvårtan, håll pekfinger och tumme på var sida om vårtgården, tryck in mot kroppen och sedan mot varandra, flytta fingrarna runt hela vårtgården)

25. Har Du haft Ditt barn hos Dig (samvård) hela tiden sedan förlossningen? 1. Ja (__) 2. Nej

26. Om nej, hur länge har Ni varit åtskilda? (____)
(Tid för egen hygien räknas ej) timmar

27. Om nej, varför har Ni varit åtskilda? _____
_____
_____

28. Har Du blivit informerad om hur ofta barnet ska ammas? 1. Ja (__) 2. Nej

29. Om ja, hur ofta?
1. När helst barnet visar tecken på hunger eller oro (__)
2. Varje timme
3. Varannan timme
4. Var tredje timme
5. Var fjärde timme
6. Annat råd

30. Har någon pratat med Dig om hur länge ett barn brukar suga vid ett amningstillfälle? 1. Ja (__) 2. Nej

31. Om ja, vilken information fick Du?

_____

_____

32 Har Du fått något råd hur Du ska göra om Du får överfulla bröst?

1. Ja (__)
2. Nej

33 Om ja, vilket råd har Du fått?

1. Amma Ditt barn
2. Mjölka ur
3. Annat råd _____

34. Har Ditt barn fått något annat än Din egen bröstmjölk under BB-tiden?
(Vatten, annans modersmjölk, modersmjölksersättning)

1. Ja (__)
2. Nej

35. Om ja, vad har barnet fått?_____

36. Om ja, på vad sätt har det getts? _____

37. Om ja, av vilka skäl har Ditt barn fått extra mat/vatten? _____

_____

_____

38 Suger Ditt barn på tröstnapp?

1. Ja (__)
2. Nej

39 Om ja, var har Du köpt/fått nappen?

1. På BB-avd (__)
2. I sjukhuskiosken
3. Annat ställe

40 Har Du sett någon video/bildband om amning här på BB? 1. Ja (__)
2. Nej

41. Vet Du hur Du ska amma för att upprätthålla mjölkproduktionen? 1. Ja (__)
2. Nej

42. Om ja, på vad sätt? (__)
(Använd följande checklista, bocka av vad mamman nämner, hon bör ange minst 2 faktorer) Ant nämnda faktorer

Tillgång-efterfrågan,
Rätt position/tag,
Fri amning,
Vila, dryck

43 Anser Du att det är viktigt att amma? 1. Ja, mycket viktigt (__)
2. Ja, ganska viktigt
3. Varken viktigt el oviktigt
4. Ganska oviktigt
5. Mycket oviktigt

(Om mamman svarar 1 el 2 på fråga 37)

44. Varför anser Du att amningen är viktig?
(Använd följande checklista, bocka av vad mamman nämner,. hon bör ange 3-4 faktorer.) (_____)
Antal nämnda faktorer

Näringsriktigt för barnet
Förebygger infektioner hos barnet
Hälsoförebyggande för mor
Gynnar en positiv relation mellan mor och barn

45 Hur länge har Du för avsikt att amma? _____
(Avser tiden för enbart och delvis amning) Antal mån

46 Har sjukhuset någon uppföljande eftervård av mammorna efter hemgång?
1. Ja (__)
2. Nej

47. Har Du blivit informerad om Amningshjälpen?
1. Ja (__)
2. Nej
3. Amningshjälpen finns ej i detta län

48 Om ja: På vad sätt?
1. Muntligt (__)
2. Skriftligt
3. Både muntligt och skriftligt

49 Fick Du någon amningsinformation vid besöken på MVC?
1. Ja (__)
2. Nej

50 Om ja: Vilken information fick Du? _____
_____
_____
(Näringsmässigt, infektionsskyddande, hälsoeffekter för mor, gynnar mor-barn-relationen)

51 Anser Du att MVCs amningsinformation var
1. Tillräcklig (__)
2. Otillräcklig

Motivera Ditt svar:_____
_____
_____

52 Jag ska nu läsa upp några möjliga informationkällor som kan ha haft betydelse för att Du valt att amma Ditt barn? Vill Du rangordna dem på så vis att den som haft störst betydelse får en 1:a, den med näst störst betydelse får en 2:a etc.

Personalen på MVC	(___)
Personalen på BB	(___)
Massmedia	(___)
Litteratur	(___)
Vänner, bekanta	(___)
Mamma (mormor)	(___)
Tidigare erfarenheter	(___)

Kommentera gärna svaret: _____

_____

_____

(Avslutningsvis kommer några frågor som berör pappans roll, försäkra Dig först om att mamman ej är ensamstående)

53 Var barnets pappa med vid förlossningen? 1. Ja (___)
2. Nej

54 Om nej: Skulle Du ha velat det? 1. Ja (___)
2. Nej

55 Om nej på fråga 53:
Av vilket skäl var barnets pappa inte med vid förlossningen? _____

_____

_____

56. Anser Du att Du fått det stöd och den hjälp Du velat ha under Din BB-vistelse? 1. Ja (___)
2. Nej

57. Om nej, vilka förbättringar föreslår Du? _____

_____

_____

FORMULÄR VI

OBSERVATION.

SJUKHUS:_____

OBSERVATÖRENS NAMN:_____

DATUM:_____

1. Är handlingsplanen motsvarande de Tio Stegen uppsatta på väggarna på:

BB	1. Ja 2. Nej	(_)
Barnsal	1. Ja 2. Nej 3 Finns ej	(_)
Förlossningsrum	1. Ja 2. Nej	(_)
Nyföddhetsavdelning	1. Ja 2. Nej 3. Finns ej	(_)
Specialistmödravård	1. Ja 2. Nej 3. Finns ej	(_)

2. Visas regelbundet video/bildband om amning? 1. Ja 2. Nej (_)

3. Finns amningslitteratur tillgänglig för mammorna? 1. Ja 2. Nej (_)

4. Har mammorna sina barn hos sig (samvård)? 1. Ja 2. Nej (_)

5 Om ja:

Av _____ mamma-barn-par, hade _____ samvård (___)%

antal antal

(Försök att uppskatta andelen genom att räkna ut %-andelen i förhållande till de antal mammor Du sett under Din vandring på avdelningarna)

6. Förekommer tröstnappar eller nappflaskor? 1. Ja 2. Nej (_)

7 Om ja:

Av _____ ,barn hade _____ nappar eller nappflaskor (___)

antal antal %

(Försök att uppskatta andelen genom att räkna ut %-andelen i förhållande till de antal mammor Du sett.under Din vandring på avdelningarna)

8 Ges barnen vatten/modersmjölksersättning/
annan mammas mjölk i flaska? 1. Ja 2. Nej (_)

Om ja på fråga 8:

9 Av _____ ,barn fick _____ extramat i flaska (___)

antal antal %

(Försök att uppskatta andelen genom att räkna ut %-andelen i förhållande till de antal barn Du sett.under Din vandring på avdelningarna)

10 Av de barn som gavs flaska, hur många fick detta på _____ ____
medicinsk indikation?

(Om det är möjligt att fråga utan att störa modern, kan hon tillfrågas varför barnet får flaska. Om det är medicinskt motiverat, räknas ej denna flaska. Fråga annars personal))

11. Förekommer reklam för modersmjölksersättning på följande platser?

BB	1. Ja 2. Nej	(_)
Barnsal	1. Ja 2. Nej 3 Finns ej	(_)
Förlossningsrum	1. Ja 2. Nej	(_)
Nyföddhetsavdelning	1. Ja 2. Nej 3. Finns ej	(_)
Specialistmödravård	1. Ja 2. Nej 3. Finns ej	(_)

12. Förekommer reklam för tröstnappar på följande platser?

BB	1. Ja 2. Nej	(_)
Barnsal	1. Ja 2. Nej 3 Finns ej	(_)
Förlossningsrum	1. Ja 2. Nej	(_)
Nyföddhetsavdelning	1. Ja 2. Nej 3. Finns ej	(_)
Specialistmödravård	1. Ja 2. Nej 3. Finns ej	(_)

13. Förekommer försäljning av tröstnappar på följande platser?

BB	1. Ja 2. Nej	(_)
Barnsal	1. Ja 2. Nej 3 Finns ej	(_)
Förlossningsrum	1. Ja 2. Nej	(_)
Nyföddhetsavdelning	1. Ja 2. Nej 3. Finns ej	(_)
Specialistmödravård	1. Ja 2. Nej 3. Finns ej	(_)

14 Övriga reflektioner efter rundvandring på BB, barnsal, förlossningsrum och nyföddhetsavdelning, specialistmödravård/avd. för riskmammor:

"BABY FRIENDLY HOSPITALS INITIATIVE"- EN UTVÄRDERING AV 66 SVENSKA SJUKHUS

PROTOKOLL - SLUTBEDÖMNING
KRITERIER

Kommittén för ett svenskt deltagande i
WHO/UNICEF-aktionen Baby Friendly Hospitals
Socialdepartementet

STEG 1. Ha en skriven amningsstrategi/handlingsplan som rutinmässigt delges all hälsovårdspersonal.

Avdelningen/sjukhuset ska ha en skriven övergripande amningsstrategi som omfattar de Tio Stegen. Avdelningsföreståndaren ska ha kännedom om den och kunna beskriva hur den förmedlas till övrig personal. Strategin ska vara tillgänglig för all personal som handhar mammor och barn. Strategin ska vara synligt uppsatt där mammor och barn vistas: på BB, förlossning nyföddhetsavdelning (om det finns), specialistmödravård/ avdelning för riskmammor (om det finns) samt barnsal (om det finns)

1.1 Sjukhuset har en amningsstrategi/handlingsplan. Ja___ Nej ___
(FI.1) som omfattar de Tio Stegen.

1.2 All personal informeras om handlingsplanen. Ja ___ Nej ___
(FI.3)

1.3 Avdelningsföreståndaren kan beskriva hur innehållet
(FI.4) i handlingsplanen förmedlas till personalen. Ja ___ Nej ___

1.4 Handlingsplanen motsvarande de Tio Stegen är synligt uppsatt på
(FI.5)

Förlossning	Ja ___	Nej ___	
BB-avdelning	Ja ___	Nej ___	
Barnsal	Ja ___	Nej ___	Finns ej ___
Nyföddhetsavdelning	Ja ___	Nej ___	Finns ej ___
Avdelning för riskmammor/ specialmödravård	Ja ___	Nej ___	Finns ej ___

1.5 4/5 av personalen kan nämna minst 8 steg
(FIII.3)i handlingsplanen Ja ___ Nej ___

Slutsats: Sjukhuset uppfyller kriterierna för steg 1: Ja ___ Nej ___

STEG 2. Undervisa all berörd personal i nödvändig kunskap för att genomföra denna handlingsplan.

Avdelningsföreståndaren ska rapportera att all personal som har kontakt med mammor och barn ska ha undervisats/fått information om hur de ska förverkliga handlingsplanen samt hur denna undervisning/information gått till. Kursplan för personal om amning, bröstmjölk och upprätthållande av amning ska baseras på de Tio Stegen och utbildningen/kursen ska omfatta såväl teoretisk som praktisk undervisning. Denna undervisning kan ha meddelats via temadagar, enstaka föreläsningar, personalutbildning, studiecirklar och liknande. Avdelningsföreståndaren ska rapportera att all personal som handhar mammor och barn har deltagit i denna undervisning och att nyanställd personal har informerats om att utbildning kommer att ske inom 6 månader.Av slumpmässigt utvald personal ska 4/5 ha deltagit i undervisning och nyanställd blivit orienterad om kommande undervisning. Vidare ska minst 4/5 svara rätt på flertalet frågor hur man upprätthåller amning.

2.1 (FI.3)	Enligt avdelningsföreståndaren har all personal fått utbildning/information.	Ja ___	Nej ___
2.2 (FI.4)	Avdelningsföreståndaren kan berätta hur personalen instrueras för att kunna förmedla den information som finns i handlingsplanen.	Ja ___	Nej ___
2.3 (FII.7)	Undervisningsmaterialet täcker 8 steg av 10 Steg 1 (___) Steg 2 (___) Steg 3 (___) Steg 4 (___) Steg 5 (___) Steg 6 (___)Steg 7 (___) Steg 8 (___) Steg 9 (___) Steg 10 (___)	Ja ___	Nej ___
2.4	Amningsutbildning enligt ovanstående kriterier		
(FIII.5)	Läkare _ _ _ _ _	Ja ___	Nej ___
(FIV6,7)	Barnmorska/sjuksköterska _ _ _ _ _	Ja ___	Nej ___
(FIV6,7)	Barnsköterska/undersköterska _ _ _ _ _	Ja ___	Nej ___
2.5	4/5 av personalen har adekvata kunskaper vad gäller amning och amningsteknik		
(FIII.3, 6-9)	Läkare _ _ _ _ _	Ja ___	Nej ___
(FIV8-15)	Barnmorska/sjuksköterska _ _ _ _ _	Ja ___	Nej ___
(FIV8-15)	Barnsköterska/undersköterska _ _ _ _ _	Ja ___	Nej ___
Slutsats: Sjukhuset uppfyller kriterierna för steg 2:		**Ja ___**	**Nej ___**

STEG 3. Informera alla gravida och nyblivna mammor om fördelarna med amning och hur man upprätthåller amningen.

Av de 10 (alternativt 12) intervjuade nyblivna mammor (inklusive 2 kejsarsnittsförlösta mammor om det finns) ska minst 4/5 känna till fördelarna med amning och kunna ange minst 2 fördelar av följande 4:

- ¤ näringsmässigt
- ¤ hälsoeffekter mor
- ¤ infektionsskyddande
- ¤ gynnar mor-barn-relationen

Vidare ska dessa mammor kunna ange minst 2 av följande 4 faktorer som är viktiga för att upprätthålla amning:

- ¤ tillgång-efterfrågan
- ¤ fri amning.
- ¤ rätt position och tag
- ¤ vila, dryck till mor

Om specialistmödravård/avdelning för riskmammor finnes ska avdelningsföreståndaren kunna påvisa att även denna kategori får amningsinformation. Amningsinformationen ska inkludera vikten av att amma exklusivt/enbart i 4-6 månader, fördelarna med amning samt baskunskaper i hur man upprätthåller amning.

3.1 (FV.44)	4/5 av mammorna kan ange minst 2 fördelar med amning av 4	Ja ___ Nej ___
3.2 (FV.41-42)	4/5 av mammorna kan ange minst 2 av 4 faktorer som är viktiga för att upprätthålla amningen.	Ja ___ Nej ___
3.3 (FI. 7-8) (FII.10-11)	Specialistmödravården/avd för riskmammor ger information om vikten av att amma exklusivt/enbart i 4-6 månader, fördelarna med amning samt baskunskaper i hur man upprätthåller amning	Ja ___ Nej ___ Finns ej _____

Slutsats: Sjukhuset uppfyller kriterierna för steg 3: **Ja ___ Nej ___**

STEG 4. Uppmuntra och stödja mammor att börja amma sitt nyfödda barn vid barnets första vakenhetsperiod, vilket vanligen sker inom 2 timmar.

Av de 10 (alternativt 12) intervjuade slumpmässigt utvalda normalförlösta mammorna (inklusive 2 kejsarsnittsförlösta mammor om det finns) ska 4/5 bekräfta att de blivit erbjudna hjälp med att lägga barnet till bröstet inom 2 timmar efter förlossning.
Två slumpmässigt utvalda kejsarsnittsförlösta mammor ska ange att de haft hud-mot-hud-kontakt med barnet och blivit erbjuden hjälp med amningen så snart de varit kapabla till detta.

4.1 (FV.11-13)	4/5 av de normalförlösta mammornas barn var lagda till bröstet inom 2 timmar. Mamma nummer: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ (markera antal)	Ja ___ Nej ___
4.2 (FV.11-13)	2 kejsarsnittsförlösta mammor har haft hud-mot-hud-kontakt så snart de var kapabla därtill.	Ja ___ Nej ___ Snitt saknas _____

Slutsats: Sjukhuset uppfyller kriterierna för steg 4: **Ja ___ Nej ___**

STEG 5. Visa mammor hur de ska amma och upprätthålla amningen även om de måste vara åtskilda från sina barn.

Av de 10 (alt 12) slumpmässigt utvalda nyblivna mammorna (inklusive 2 kejsarsnitts-förlösta mammor om det finns), ska 4/5 rapportera att personal erbjudit ytterligare hjälp med amningen under BB-tiden. De ska också ha blivit visade hur de kan mjölka ur brösten, eller fått skriven information om urmjölkning, och/eller var de kan få hjälp om de skulle behöva.

2 slumpmässigt utvalda mödrar med sina barn på neonatalavdelning (om sådan finnes), ska ange att de har fått hjälp att sätta igång med amningen genom frekvent urmjölkning av brösten.

Av slumpmässigt utvald BB-personal (barnmorskor/sjuksköterskor och barnsköterskor/undersköterskor), ska 4/5 ange att de undervisar mammor hur de ska lägga till ("position/tag") och hur de ska handmjölka. 4/5 ska kunna demonstrera korrekt undervisning om rätt position och tag om bröstet på en mamma på avdelningen. Vidare ska 4/5 kunna beskriva att de på rätt sätt undervisar/informerar om urmjölkning för hand.

5.1 (FV.15) — 4/5 av mammorna anger att de erbjudits hjälp med amningen under BB-tiden.. — Ja __ Nej __

Mamma nummer: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

5.2 (FV.22) (FII.5) — 4/5 av mammorna anger att de visats urmjölkning och/eller fått skriven information om urmjölkning och/eller var de kan få hjälp. — Ja __ Nej __

Mamma nummer: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

5.3 (FV.18-21) — 4/5 av mammorna ska kunna visa (alternativt redogöra för) korrekt position/tag med sitt barn. — Ja __ Nej __

Mamma nummer: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

5.4 (FV.5, 13 15, 22-24) — De 2 mammorna på neonatalavdelningen har fått hjälp med amningen — Ja __ Nej __ Finns ej ____

5.5 (FIII.7) (FIV.8,9) 4/5 av personalen anger att de informerar om rätt position/tag Ja __ Nej __

Antal personal __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

5.6 (FIII7) (FIV10) 4/5 av personalen anger att de informerar om urmjölkning Ja __ Nej __

Antal personal __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

(markera antal)

Slutsats: Sjukhuset uppfyller kriterierna för steg 5 **Ja ___** **Nej ___**

STEG 6. Nyfödda barn ska ej ges mat eller dryck utöver bröstmjölk såvida det inte är medicinskt indikerat.

Av de10 (alternativt 12) slumpmässigt utvalda mammorna på BB (inklusive 2 kejsarsnittsförlösta mammor om det finns) ska 4/5 ange att barnet ej givits något annat än bröstmjölk. Om ammade barn ges annat ska detta ske på medicinsk indikation.
Observation på BB-avdelning ska visa att minst 4/5 av de barn som ges mat eller dryck utöver bröstmjölk gör detta på medicinsk indikation.
Reklam för barnmat får ej förekomma, ej heller delas ut till mammor, personal eller avdelning.

6.1 (FV.34) 4/5 av de tillfrågade mammorna ger enbart bröstmjölk. Ja __ Nej __

Mamma nummer: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

6.2 (FV.37) Av de ammade barnen som ges extra mat/dryck ska detta ske påmedicinsk indikation Ja __ Nej __

6.3 (FVI.10) 4/5 av de observerade barnen som ges extra mat/dryc sker på medicinsk indikation Ja __ Nej __

6.4 (FVI.11) Reklam för barnmat. Finns __ Finns ej __

Slutsats: Sjukhuset uppfyller kriterierna för steg 6: **Ja** ___ **Nej** ___

STEG 7. Praktisera samvård - tillåta mammor och barn att vistas tillsammans dygnet runt.

Av 10 (alternativt 12) slumpmässigt utvalda mammor med friska barn (inklusive 2 kejsarsnittsförlösta mammor om det finns), ska minst 4/5 ange att de har haft sitt barn hos sig hela dygnet sedan de kommit till sitt rum på BB (för de kejsarsnittsförlösta: sedan de varit i stånd att själva ta hand om sitt barn).
Alla mammor på BB ska ha observerats ha sina barn hos sig eller i en liten säng intill sin egen säng, såvida barnet inte tillfälligtvis är borta för någon sjukhus-procedur eller att separation är indikerat.

7.1 (FV.25) 4/5 av mammorna anger att de praktiserar samvård dygnet runt. Ja __ Nej __

Mamma nummer: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

7.2 (FVI.5) Observationen visar att 4/5 totalt praktiserar samvård Ja __ Nej __

Mamma nummer: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Slutsats: Sjukhuset uppfyller kriterierna för steg 7: Ja ___ Nej ___

STEG 8. Uppmuntra fri amning.

Av 10 (alternativt 12) slumpmässigt utvalda mammor med friska barn (inklusive 2 kejsarsnittsförlösta mammor om det finns), ska minst 4/5 av de som ammar ange att de ammar flexibelt, d v s ej haft restriktioner vad gäller antal amningar och längden på amningstillfällena.
4/5 ska dessutom ange att de fått rådet att amma sitt barn när det visar tecken på hunger (oro), eller tecken på att det vill suga. Avdelningsföreståndaren ska bekräfta att man ej ger några restriktioner angående antal amningstillfällen eller längden på dessa.

8.1 (FV.28-29) 4/5 av mammorna anger att de ammar sitt barn närhelst det visar tecken på hunger eller oro. Ja __ Nej __

Mamma nummer: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

8.2 (FV.30-31) 4/5 av mammorna anger att de fått rådet att barnet ska bestämma antalet amningar och amningstidens längd. Ja __ Nej __

Mamma nummer: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

8.4 (FV.32) 4/5 anger att de de fått rådet att amma när brösten känns överfulla. Ja __ Nej __

Mamma nummer: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

8.5 (FI:10,18) Avdelningsföreståndaren bekräftar att man ej ger några restriktioner vad gäller antal amningar eller amningstidens längd Ja __ Nej __

Slutsats: Sjukhuset uppfyller kriterierna för steg 8: **Ja** **Nej**

STEG 9. Ej ge nyfödda ammade barn nappflaska eller tröstnapp.

Av 10 (alternativt 12) slumpmässigt utvalda mammor (inklusive 2 kejsarsnittsförlösta mammor om det finns) ska 4/5 av de som ammar ange att deras barn inte fått nappflaska eller sugit på tröstnapp.
Avdelningsföreståndaren ska ange att ammade barn ej ges nappflaska eller tröstnapp.
Om barnsal finnes, ska observationen visa att högst 1/5 av de ammade barnen använder nappflaska eller tröstnapp.

9.1 (FV.36, 38)	4/5 av mammorna anger att barnet ej sugit på nappflaska eller tröstnapp. Mamma nummer: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14	Ja __	Nej __
9.2 FI.12.,13 16,17)	Avdelningsföreståndaren rapporterar att ammade barn ej får nappflaska eller tröstnapp Mamma nummer __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14	Ja __	Nej __
9.3 (FVI.6,7)	Högst 1/5 av de barn som observerats har använt nappflaska eller tröstnapp	Ja __	Nej __

Slutsats: Sjukhuset uppfyller kriterierna för steg 9: **Ja ___** **Nej ___**

STEG 10. Uppmuntra bildandet av stödgrupper för amning och hänvisa mammor till dessa vid utskrivning från sjukhuset.

Av 10 (alternativt 12) slumpmässigt utvalda mammor (inklusive 2 kejsarsnittsförlösta mammor om det finns) ska 4/5 av de som ammar kunna beskriva hur de ska kontakta Amningshjälpen om behov uppstår, eller rapportera att sjukhuset ger uppföljande amningsstöd.
Avdelningsföreståndaren ska känna till om Amningshjälpens lokalgrupp finns i länet och kunna beskriva hur mammorna informeras (skriftligt och/eller muntligt). Alternativt kunna beskriva att sjukhuset har ett aktivt uppföljande stöd efter hemgång (tidig "amnings-klinisk uppföljning", hembesök, telefonsamtal).

10.1 (FV.46-48)	4/5 av mammorna känner till Amningshjälpen och har blivit informerade hur de kontaktar denna organisation, alternativt anger att sjukhuset bedriver uppföljande stödverksamhet efter hemgång Mamma nummer: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	Ja __	Nej __
10.2 (FI.22, 25, 26)	Avdelningsföreståndaren känner till att Amnings-hjälpen finns och hänvisar till den både muntligt och/eller skriftligt. Alternativt att sjukhuset bedriver uppföljande stödverksamhet efter hemgång.	Ja __	Nej __

Slutsats: Sjukhuset uppfyller kriterierna för steg 10: **Ja ___** **Nej ___**

SLUTSUMMERING AV BEDÖMNINGSPROTOKOLLET

Följande svar som utgår från bedömningsprotokollet utgör ett minimum av de globala svenska kriterierna som ett sjukhus ska uppfylla för att anses bedriva en amningsvänlig vård.

STEG 1

1.1 Ja
1.2 Ja
1.3 Ja
1.4 Minimum på BB
1.5 Ja

STEG 2

2.1 Ja
2.2 Ja
2.3 Ja
2.4 Ja, Ja, Ja
2.5 Två Ja av tre

STEG 3

3.1 Ja
3.2 Ja om finnes

STEG 4

4.1 Ja
4.2 Ja om finnes

STEG 5

5.1 Ja
5.2 Ja
5.3 Ja
5.4 Ja om finnes
5.5 Ja
5.5 Ja

STEG 6

6.1 Ja
6.2 Ja
6.3 Ja om finnes
6.4 Finns ej

STEG 7

7.1 Ja
7.2 Ja

STEG 8

8.1 Ja
8.2 Ja
8.3 Ja
8.4 Ja
8.5 Ja

STEG 9

9.1 Ja
9.2 Ja
9.3 Ja

STEG 10

10.1 Ja
10.2 Ja

SAMLAD SLUTLIG BEDÖMNING

På basis av de resultat som redovisats i de olika intervjuformulären och med hänsyn till ovanstående kommentar anser utvärderingsteamet härmed att _____ sjukhus uppfyller / ej uppfyller de UNICEF-baserade svenska kriterierna för hur en amningsvänlig vård bör bedrivas.

Intygas härmed samt dateras: År__ Mån__ Dag__

Team-medlemmarnas underskrift

_____

_____

_____

_____

Underlag för bedömning, samt alla formulär ska skickas till Nationella kommittén, adress enligt nedan:

Dr med sc Charlotte Hillervik
Enheten för internationell barnhälsovård
Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala

Bilaga 5

Nedanstående förslag rörande indikation för tillmatning av nyfödda har utarbetats av docent Orvar Finnström, överläkare vid barnkliniken på Regionsjukhuset i Linköping och medlem i BFHIs expertgrupp.

Klinikmeddelande

Tillmatning av nyfödda på BB

Normalt tar det några dagar innan mammans bröstmjölk "kommer igång". Nyfödda barn får alltså en viss svältperiod efter födelsen. Detta kompenseras av att det fullgångna nyfödda barnet har goda förråd av leverglykogen och fett, som utnyttjas under de första levnadsdygnen. Den hungerkänsla som väcks hos barnet p g a tom mage bidrar till att barnet suger kraftigt så att mjölken snabbare rinner till. Därför är det viktigt att vi stärker mammorna i "sin roll som ammor", och ej får dem att känna sig otillräckliga genom att vi ger barnet mat i onödan. Nattamningen, som mammorna tycker är positivt, är också ett led i att styrka mammorna och att minska ev tillmatning.

Erfarenhetsmässigt kan följande grupper av barn kräva tillmatning första dygnen. **Individuell bedömning är viktig.**

1. Dysmaturt barn (torrt, magert, nedsatt turgor)
2. Hyperexcitabla (sprittiga) barn
3. Barn födda före graviditetsvecka 37.
4. Födelsevikt under 2500 g eller SGA-barn d v s tillväxthämmade barn.
5. Födelsevikt över 4500 g eller LGA-barn (stora för tiden barn).
6. Tempstegring p g a sk törstfeber (fundera alltid över om infektion kan föreligga).

Tillmatning efter 3:e dygnet

Diskutera amningssituationen med modern/ansvarig sköterska.

1. Viktfall över 10%.
2. Sugslött barn. Överväg orsaker till sugslösheten!
3. Bilirubinstegring över 300. Utred och behandla barnets icterus.
4. Tempstegring (se kommentar ovan).

KUNGL. BIBL.
1993-10-19
STOCKHOLM

Statens offentliga utredningar 1993

Kronologisk förteckning

1. Styrnings- och samarbetsformer i biståndet. UD
2. Kursplaner för grundskolan. U.
3. Ersättning för kvalitet och effektivitet.
   - Utformning av ett nytt resurstilldelningssystem för grundläggande högskoleutbildning. U.
4. Statligt stöd till rehabilitering av tortyrskadade flyktingar m. fl. S.
5. Bensodiazepiner - beroendeframkallande psykofarmaka. S.
6. Livsmedelshygien och småskalig livsmedelsproduktion. Jo.
7. Löneskillnader och lönediskriminering.
   Om kvinnor och män på arbetsmarknaden. Ku.
8. Löneskillnader och lönediskriminering. Om kvinnor och män på arbetsmarknaden. Bilagedel. Ku.
9. Postlag. K.
10. En ny datalag. Ju.
11. Socialförsäkringsregister. S.
12. Vårdhögskolor
    - kvalitet - utveckling - huvudmannaskap. U.
13. Ökad konkurrens på järnvägen. K.
14. EG och våra grundlagar. Ju.
15. Svenska regler för internationell omfördelning av olja vid en oljekris. N.
16. Nya villkor för ekonomi och politik - ekonomikommissionens förslag. Fi.
16. Nya villkor för ekonomi och politik - ekonomikommissionens förslag. Bilagor. Fi.
17. Ägandet av radio och television i allmänhetens tjänst. Ku.
18. Acceptans Tolerans Delaktighet. M.
19. Kommunerna och miljöarbetet. M.
20. Riksbanken och prisstabiliteten. Fi.
21. Ökat personval. Ju.
22. Vad är ett statsråds arbete värt? Fi.
23. Kunskapens krona. U.
24. Utlänningslagen - en partiell översyn. Ku.
25. Sociala åtgärder för jordbrukare. Jo.
26. Handläggningen av vissa säkerhetsfrågor. Ju.
27. Miljöbalk. Del 1 och 2. M.
28. Bankstödsnämnden. Fi.
29. Fortsatt reformering av företagsbeskattningen. Del 2. Fi.
30. Rätten till bistånd inom socialtjänsten. S.
31. Kommunernas roll på alkoholområdet och inom missbrukarvården. S.
32. Ny anställningsskyddslag. A.
33. Åtgärder för att förbereda Sveriges jordbruk och livsmedelsindustri för EG. Jo.
34. Förarprövare. K.
35. Reaktion mot ungdomsbrott. Del A och B. Ju.
36. Lag om totalförsvarsplikt. Fö.
37. Justitiekanslern. En översyn av JK:s arbetsuppgifter m.m. Ju.
38. Hälso- och sjukvården i framtiden - tre modeller. S.
39. En gräns för filmcensuren. Ku.
40. Fri- och rättighetsfrågor. Del A och B. Ju.
41. Folk- och bostadsräkning år 1990 och i framtiden. Fi.
42. Försvarets högskolor. Fö.
43. Politik mot arbetslöshet. A.
44. Översyn av tjänsteinkomstbeskattningen. Fi.
45. Trosa bryter sig loss. Bytänkande eller demokratins räddning. C.
46. Vissa kyrkofrågor. C.
47. Konsekvenser av valmöjligheter inom skola, barnomsorg, äldreomsorg och primärvård. C.
48. Kommunala verksamheter i egen förvaltning och i kommunala aktiebilag. En jämförande studie. C.
49. Ett år med betalningsansvar. S.
50. Serveringsbestämmelser. S.
51. Naturupplevelser utan buller - en kvalitet att värna. M.
52. Ersättning vid arbetslöshet. A.
53. Kostnadsutjämning mellan kommuner. Fi.
54. Utvisning på grund av brott. Ku.
55. Det allmännas skadeståndsansvar. Ju.
56. Kontrollen över export av strategiskt känsliga varor. UD.
57. Beskattning av fastigheter, del I
    - Schablonintäkt eller fastighetsskatt? Fi.
58. Effektivare ledning i statliga myndigheter. Fi.
59. Ny marknadsföringslag. C.
60. Polisens rättsliga befogenheter. Ju.
61. Överföring av HIV-smitta genom läkemedlet Preconativ. S.
62. Rättssäkerheten vid beskattningen. Fi.
63. Person och parti - Studier i anslutning till Personvalskommitténs betänkande Ökat personval (SOU 1993:21). Ju.
64. Frågor för folkbildningen. U.
65. Handlingsplan mot buller.
    Handlingsplan mot buller. Bilagedel. M.
66. Lag om införande av miljöbalken. M.
67. Slutförvaring av använt kärnbränsle - KASAMs yttrande över SKBs FUD-program 92. M.
68. Elkonkurrens med nätmonopol. N.
69. Revisorerna och EG. N.
70. Strategi för småföretagsutveckling. N.
71. Organisationernas bidrag. C.
72. Att inhämta synpunkter från medborgarna - Det kommunala omröstningsinstitutet i tillämpning. C.

Statens offentliga utredningar 1993

Kronologisk förteckning

73. Radikala organisationsförändringar i kommuner och landsting. C.
74. Kvalitetsmätning i kommunal verksamhet. C.
75. Vissa mervärdeskattefrågor II, - offentlig verksamhet m.m. Fi.
76. Verkställighet av fängelsestraff. Ju.
77. Kommunal tjänsteexport och internationellt bistånd. C.
78. Miljöskadeförsäkringen i framtiden. M.
79. Handel och miljö - mot en hållbar spelplan. M.
80. Statsförvaltningen och EG. Ju.
81. Översyn av arbetsmiljölagen. A.
82. Frivilligt socialarbete. S.
83. Statistik och integritet, del 1 - Skydd för uppgifter till den statliga statistiken m.m. Fi.
84. Innovationer för Sverige. N.
85. Ursprung och utbildning - social snedrekrytering till högre studier. U.
86. Amningsvänliga sjukhus - för att skydda, stödja och främja amning. S.

Statens offentliga utredningar 1993

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

En ny datalag. [10]
EG och våra grundlagar. [14]
Ökat personval. [21]
Handläggningen av vissa säkerhetsfrågor. [26]
Reaktion mot ungdomsbrott. Del A och B. [35]
Justitiekanslern. En översyn av JK:s arbetsuppgifter m.m. [37]
Fri- och rättighetsfrågor. Del A och B. [40]
Det allmännas skadeståndsansvar. [55]
Polisens rättsliga befogenheter. [60]
Person och parti – Studier i anslutning till Personvalskommitténs betänkande
Ökat personval (SOU 1993:21). [63]
Verkställighet av fängelsestraff. [76]
Statsförvaltningen och EG. [80]

Utrikesdepartementet

Styrnings- och samarbetsformer i biståndet. [1]
Kontrollen över export av strategiskt känsliga varor. [56]

Försvarsdepartementet

Lag om totalförsvarsplikt. [36]
Försvarets högskolor. [42]

Socialdepartementet

Statligt stöd till rehabilitering av tortyrskadade flyktingar m. fl. [4]
Bensodiazepiner – beroendeframkallande psykofarmaka. [5]
Socialförsäkringsregister. [11]
Rätten till bistånd inom socialtjänsten. [30]
Kommunernas roll på alkoholområdet och inom missbrukarvården. [31]
Hälso- och sjukvården i framtiden – tre modeller. [38]
Ett år med betalningsansvar. [49]
Serveringsbestämmelser. [50]
Överföring av HIV-smitta genom läkemedlet Preconativ. [61]
Frivilligt socialarbete. [82]
Amningsvänliga sjukhus – för att skydda, stödja och främja amning. [86]

Kommunikationsdepartementet

Postlag. [9]
Ökad konkurrens på järnvägen. [13]
Förarprövare. [34]

Finansdepartementet

Nya villkor för ekonomi och politik – ekonomikommisionens förslag. [16]
Nya villkor för ekonomi och politik – ekonomikommisionens förslag. Bilagor. [16]
Riksbanken och prisstabiliteten. [20]
Vad är ett statsråds arbete värt? [22]
Bankstödsnämnden. [28]
Fortsatt reformering av företagsbeskattningen. Del 2. [29]
Folk- och bostadsräkning år 1990 och i framtiden. [41]
Översyn av tjänsteinkomstbeskattningen. [44]
Kostnadsutjämning mellan kommuner. [53]
Beskattning av fastigheter, del I
– Schablonintäkt eller fastighetsskatt? [57]
Effektivare ledning i statliga myndigheter. [58]
Rättssäkerheten vid beskattningen. [62]
Vissa mervärdeskattefrågor II, – offentlig verksamhet m.m. [75]
Statistik och integritet, del 1 – Skydd för uppgifter till den statliga statistiken m.m. [83]

Utbildningsdepartementet

Kursplaner för grundskolan. [2]
Ersättning för kvalitet och effektivitet.
– Utformning av ett nytt resurstilldelningssystem för grundläggande högskoleutbildning. [3]
Vårdhögskolor
– kvalitet – utveckling – huvudmannaskap. [12]
Kunskapens krona. [23]
Frågor för folkbildningen. [64]
Ursprung och utbildning – social snedrekrytering till högre studier. [85]

Jordbruksdepartementet

Livsmedelshygien och småskalig livsmedelsproduktion. [6]
Sociala åtgärder för jordbrukare. [25]
Åtgärder för att förbereda Sveriges jordbruk och livsmedelsindustri för EG. [33]

Arbetsmarknadsdepartementet

Ny anställningsskyddslag. [32]
Politik mot arbetslöshet. [43]
Ersättning vid arbetslöshet. [53]
Översyn av arbetsmiljölagen. [81]

Statens offentliga utredningar 1993

Systematisk förteckning

Kulturdepartementet

Löneskillnader och lönediskriminering.
Om kvinnor och män på arbetsmarknaden. [7]
Löneskillnader och lönediskriminering. Om kvinnor och män på arbetsmarknaden. Bilagedel. [8]
Ägandet av radio och television i allmänhetens tjänst. [17]
Utlänningslagen - en partiell översyn. [24]
En gräns för filmcensuren. [39]
Utvisning på grund av brott. [54]

Näringsdepartementet

Svenska regler för internationell omfördelning av olja vid en oljekris. [15]
Elkonkurrens med nätmonopol. [68]
Revisorerna och EG. [69]
Strategi för småföretagsutveckling. [70]
Innovationer för Sverige. [84]

Civildepartementet

Trosa bryter sig loss. Bytänkande eller demokratins räddning. [45]
Vissa kyrkofrågor. [46]
Konsekvenser av valmöjligheter inom skola, barnomsorg, äldreomsorg och primärvård. [47]
Kommunala verksamheter i egen förvaltning och i kommunala aktiebilag. En jämförande studie. [48]
Ny marknadsföringslag. [59]
Organisationernas bidrag. [71]
Att inhämta synpunkter från medborgarna - Det kommunala omröstningsinstitutet i tillämpning. [72]
Radikala organisationsförändringar i kommuner och landsting. [73]
Kvalitetsmätning i kommunal verksamhet. [74]
Kommunal tjänsteexport och internationellt bistånd.[77]

Miljö- och naturresursdepartementet

Acceptans Tolerans Delaktighet. [18]
Kommunerna och miljöarbetet. [19]
Miljöbalk. Del 1 och 2. [27]
Naturupplevelser utan buller - en kvalitet att värna. [51]
Handlingsplan mot buller.
Handlingsplan mot buller. Bilagedel. [65]
Lag om införande av miljöbalken. [66]
Slutförvaring av använt kärnbränsle - KASAMs yttrande över SKBs FUD-program 92. [67]
Miljöskadeförsäkringen i framtiden. [78]
Handel och miljö - mot en hållbar spelplan. [79]