# Dysfagi hos ammede spædbørn

*Et kandidatspeciale om ammevejledning og politiske diskurser*

Af Maj-Brit Birch Lykkegaard – Specialist i Børne- og Ungerehabilitering, IBCLC ammekonsulent, Cand.san. i Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier, CEO AmmeErgo

**Foto: Pixabay**

## Hvorfor skal ergoterapeuter lave ammevejledning?

Et af de spørgsmål jeg oftest er stødt på, når jeg arbejder med ammevejledning er hvorfor ergoterapi er relevant, når nu der findes så mange dygtige og veluddannede ammekonsulenter. Svaret er simpelt; ergoterapeuter har potentiale til at kunne analysere og træne barnets diefunktion, hvilket man ikke lærer på ammekonsulentuddannelsen. Differentieringen ligger altså i hvorvidt man taler om *amm*evejledning eller *die*vejledning, hvilket er omdrejningspunktet for dette kandidatspeciale. Men man kan ikke bare overføre den viden der er om oralmotorik fra børneområdet til spædbarnsområdet. De anatomiske strukturer hos spædbørn og de funktionelle bevægelser, der skal til for at die fra et bryst, er så anderledes end ved indtagelse af fast føde, at ergoterapeuter har behov for efteruddannelse, for at kunne varetage dievejledning. Det er altså okay, at bede din leder om at komme på kursus i det, før du kan varetage disse nye arbejdsopgaver. Derudover er det en god idé at læse Sundhedsstyrelsens bog *Amning – en håndbog for sundhedspersonale*, før du kan supplere dine ammekonsulentkollegaer i opgaveløsningen.

## Lidt om forfatteren

Behandling af spisevanskeligheder hos børn er et område, som ergoterapeuter har arbejdet med i mange år. Siden jeg blev uddannet professionsbachelor i ergoterapi i 2009, har jeg arbejdet indenfor børneområdet. Sideløbende med at min erfaring voksede, begyndte jeg at undre mig over, hvorfor jeg først fik børn med spisevanskeligheder henvist til terapi efter et-års alderen, når mange af dem viste sig at have haft problemer med indtagelse af føde siden spædbarnsalderen. Under en ansættelse i Vejle Kommune i 2013 deltog jeg i et projekt, hvor jeg i tæt samarbejde med sundhedsplejerskerne tog på tidlige hjemmebesøg hos alle spædbørn der var født før uge 32. I den forbindelse blev jeg bedt om at lave en ammevejledning, og det gik op for mig, hvor meget jeg ikke vidste om amning, som har betydning for det lille spædbarns oplevelse med at die fra et bryst. Den viden jeg havde om oralmotorisk funktionsevne fra de børn, jeg normalt havde spisetræningsforløb med, virkede ikke til diende spædbørn under 6 måneder. Jeg besluttede derfor at videreuddanne mig indenfor amning og spædbørns oralmotorik. I 2018 tog jeg springet og oprettede virksomheden AmmeErgo, som jeg nu arbejder i fuld tid. I 2020 blev jeg den første praktiserende ergoterapeut i Danmark med en IBCLC certificering. IBCLC står for *International Board Certified Lactation Consultant* og kræver 95 timers ammerelateret undervisning, 1000 timers erfaring som ammekonsulent og at bestå en omfattende international eksamen. Til min store overraskelse fokuserede den ammerelaterede undervisning jeg fik hos Kompetencecenter for Amning meget lidt på spædbarnets dieevner eller oralmotoriske funktion, og jeg måtte derfor søge denne viden andetsteds. Til gengæld fik jeg rigtig meget viden om selve mælkeproduktionen og den ammende kvindes forudsætninger for at kunne amme sit barn. Jo mere jeg nørdede ned i det her område, jo mere fik jeg lyst til at undersøge og lære. For bedre at kunne forske i området, tog jeg derfor en kandidatuddannelse og valgte kombinationsuddannelsen *Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier & Pædagogik og Uddannelsesstudier* på Roskilde Universitet. Denne kombination ser rigtig meget på, hvordan man med pædagogiske virkemidler kan skabe sundhedsfremme, hvilket forskning i høj grad viser, at det at amme og blive ammet er – altså sundhedsfremmende. Kandidatspecialet jeg endte med at skrive sammen med en dygtig medstuderende med en sygeplejerskebaggrund, blev derfor i høj grad skrevet med passion. Efterfølgende har jeg formidlet resultaterne fra specialet i Kompetencecenter for Amning og på DACLC (Danish Association of Certified Lactation Consultants) konferencen i foråret 2024, hvor jeg efterfølgende er blevet valgt ind i bestyrelsen. Jeg blev også tildelt det internationale legat fra amerikanske NANT (National Association of Neonatal Therapists) og blev inviteret til Florida i april 2024, hvor jeg på uformel vis delte resultaterne af vores studie, der bærer titlen "Ser I mig? Dysfagi hos ammede spædbørn" (1), som kan læses i sin fulde længde ved at klikke på linket.

## Baggrund og formål

Dysfagi har i mange år været omtalt som synkebesvær, men i 2022 blev der vedtaget en dansk definition, som lyder således:

> *"Dysfagi forstås bredt som funktionsnedsættelser, der enten forhindrer eller begrænser indtagelsen af føde og væsker, og som gør synkning risikabel, ineffektiv, ubehagelig eller som påvirker livskvaliteten"*(2).

Der er blevet udarbejdet en klinisk retningslinje for øvre dysfagi, men den er kun målrettet personer over 18 år (3). Opmærksomhed omkring, at dysfagi kan forekomme i alle aldre, og altså også hos spædbørn, er blevet større de seneste år (2,4,5), men der lader ikke til at være tydelige retningslinjer for, hvordan det kan opspores og behandles hos spædbørn i Danmark. Flere udenlandske eksperter foreslår en tre-trins undersøgelsesmodel for dysfagi hos spædbørn, hvor første trin er screening ved ammeobservation eller

anden oral ernæring, andet trin er brug af et standardiseret bed-side undersøgelsesredskaber og tredje trin er en instrumentel undersøgelse (4).

Sundhedsstyrelsen anbefaler fuldamning i 6 måneder og delvis amning i et år eller mere (6), men er amning overhovedet muligt, hvis barnet har dysfagi? Og hvem er det, der skal opspore og behandle dysfagi, så amning kan muliggøres? I en rapport fra 2020 konkluderes, at de immunologiske, fysiologiske, psykologiske og udviklingsmæssige fordele, som er for børn, der fuldammes i 4 måneder eller mere, bidrager til ulighed i sundhed i befolkningen, også på langt sigt, og dermed giver ringere sundhed for dem, der ikke ammes (7). Selvom de fleste kvinder i Danmark vælger at opstarte amning, oplever mange alligevel at måtte opgive amningen tidligere end planlagt, og kun 14,7% af spædbørn i Danmark fuldammes i de anbefalede 6 måneder (8). For at understøtte, at flere spædbørn fuldammes i længere tid, har Sundhedsstyrelsen udgivet flere vejledningsdokumenter til sundhedspersonale, som har til formål at sikre ensartethed og høj evidens bag den ammevejledning, der tilbydes, men vi har ikke kunnet finde dysfagi beskrevet i dokumenter, der omhandler amning. Da det oftest er sundhedsplejersker, sygeplejersker og jordemødre der varetager ammevejledning i Danmark, vil disse faggrupper være de første, der har mulighed for at mistænke dysfagi hos ammede spædbørn. For at undersøge hvilke muligheder ammevejledere har for at opspore og igangsætte behandling af dysfagi hos ammede spædbørn, besluttede vi os for at undersøge, hvilken diskursiv indvirkning de officielle anbefalinger og politiske styringsdokumenter har på dette.

## Design og metode

Undersøgelsen er et kandidatspeciale udarbejdet af ergoterapeut Maj-Brit Birch Lykkegaard (forfatteren til denne artikel) og Sofie Louise Otto Rytter, som er sygeplejerske. Med os ind i specialet bar vi et ønske om at bruge den viden, vi frembragte til at skabe samfundskritik og emancipatorisk forandring ud fra et socialt retfærdighedsprincip (9). Undersøgelsens design bærer derfor præg af at have en kritisk realistisk tilgang og er også eksplorativt, for at få så mange nuancer med som muligt. Empirien består af en forundersøgelse, en række semistrukturerede kvalitative interviews samt to politiske styringsdokumenter. Vi anvendte sneboldmetoden for kontinuerligt at udforske de data, vi indsamlede og skabte gennem interviews og litteratursøgning. Derved opbyggede vi et makroorienteret overblik over de betingelser, genstandsfeltet er indlejret i og udarbejdede en kritisk lingvistisk diskursanalyse på baggrund af denne viden og empirien.

### Etik

Alle potentielle deltagere fik tilsendt skriftlig information om undersøgelsens formål og rammesætning. Dem, der valgte at deltage har givet samtykke til deltagelse i undersøgelsen og er blevet informeret om muligheden for at kunne tilbagekalde dette. De er blevet tilbudt anonymisering eller sløring, hvilket kun én valgte.

### Forundersøgelse

Forud for selve specialet foretog vi en forundersøgelse bestående af et spørgeskema, observationer på et kursus for ergoterapeuter og et evalueringsspørgeskema. Det første spørgeskema blev sendt ud til 24 ergoterapeuter i Region Hovedstaden. Disse ergoterapeuter skulle efterfølgende på et tre dages kursus i Ergoterapeutisk Ammevejledning, som Maj-Brit fra AmmeErgo skulle undervise på i november 2022 og februar 2023. Det var en del af projekt *Barnet i Midten* (10), som blev arrangeret af Hvidovre Hospital for at skabe mere sammenhængende patientforløb omkring spædbørn med dievanskeligheder. Sofie, som er den anden forfatter til specialet, var med på kurset som observatør og tog noter, som vi også brugte som en del af vores forundersøgelse. Slutteligt i forundersøgelsen udsendte vi et evalueringsspørgeskema til deltagerne på kurset. I forundersøgelsen så vi, at 45% af de kommunalt ansatte ergoterapeuter og 75% af de hospitalsansatte ergoterapeuter, der var med til undervisningen, havde forudgående erfaring med at give

ammevejledning. Forundersøgelsen gav os en forforståelse af, at henvisningsprocessen til ergoterapi i kommunerne kunne være bøvlet og at der muligvis manglede noget vidensdeling blandt faggrupperne.

## Empiriskabelse og dataindsamling

Vi ønskede at skabe empiri, der kunne fortælle os noget om de betingelser ammevejledere oplever i praksis omkring opsporing af ammede spædbørn med dysfagi. Heriblandt hvilken viden de har om dysfagi, hvordan de anvender de officielle vejledninger, samt hvilke strukturelle forhold, der gør sig gældende, når tiltag for opsporing og behandling iværksættes.

### Interviews

Vi valgte at fokusere på sundhedsplejersker, da det oftest er dem, der tilbyder ammevejledning i kommunerne og fordi vores forundersøgelse havde vist, at de kommunalt ansatte ergoterapeuter havde mindre erfaring med at give ammevejledning end de hospitalsansatte. Vi inviterede sundhedsplejersker fra de samme kommuner, som deltagerne fra projekt *Barnet i Midten* kom fra, til at deltage i interviews, da vi mente vi så bedre ville kunne kondensere og sammenligne data fra den forundersøgelse, vi havde lavet. Vi fik positive tilkendegivelser fra tre sundhedsplejersker fra to forskellige kommuner. Heraf var to af dem IBCLC'ere.

Vi gennemførte også et interview med to repræsentanter fra Kompetencecenter for Amning, som er IBCLC'ere, undervisere på Ammekonsulentuddannelsen, og som også er forfattere til Sundhedsstyrelsens bog *Amning – en håndbog for sundhedspersonale* (6). Dette valgte vi at gøre for at få en indsigt i, hvilke rationaler og overvejelser forfatterne selv havde gjort i forbindelse med tilblivelsen af bogen.

Derudover interviewede vi to intensivsygeplejersker fra ekspertgruppen i Videnscenter for Amning af Børn med Specielle Behov, som begge er IBCLC'ere og ansat på Rigshospitalets afdeling for intensiv behandling af nyfødte og mindre børn (neonatalafdelingen). Dette interview blev arrangeret, da vi efter interviewet med Kompetencecenter for Amning blev gjort opmærksomme på en faglig opdeling mellem de to centre, hvilket du kan læse mere om i resultatafsnittet.

Et enkelt interview blev foretaget face-to-face og resten over Teams med video. Derudover fik vi mulighed for at stille enkelte spørgsmål til lederen af Videnscenter for Amning af Børn med Specielle Behov på e-mail.

Til interviewene udarbejdede vi en semistruktureret interviewguide til sundhedsplejerskerne og to tematiske spørgerammer til henholdsvis Kompetencecenter for Amning og Videnscenter for Amning af Børn med Specielle Behov. Dette var grundet, at Kompetencecenter for Amning ønskede spørgsmålene tilsendt på forhånd. Alle interviews blev transskriberet ordret og derefter meningskondenseret gennem en indledende tematisk analyse.

### Dokumentanalyse

De politiske styringsdokumenter blev udvalgt på baggrund af den viden, vi havde akkumuleret gennem vores interviews i kombination med Google søgninger på Sundhedsstyrelsens udgivelser og søgeordene *amning*, *dysfagi, spiseproblemer hos børn* og *trivsel spædbørn*. Vi endte med at analysere Sundhedsstyrelsens udgivelser *Monitorering af vækst hos 0-5 årige børn. Vejledning til sundhedsplejersker og praktiserende læger (11)* herefter benævnt vækstmonitoreringsvejledningen og bogen *Amning – en håndbog for sundhedspersonale* (6), herefter benævnt ammehåndbogen, da disse dokumenter lod til at have stor indflydelse på praksis. Ammehåndbogen er udarbejdet som et bestillingsarbejde fra Sundhedsstyrelsen og skrevet af Kompetencecenter for Amning.

### Analysestrategi

Vi valgte en kritisk diskursanalytisk tilgang, da vi mener at strukturelle betingelser og menneskelige handlinger er diskursivt medierede. Diskurser er måden, mennesker tænker, taler eller skriver om et bestemt emne, og de kan derfor være styrende for, hvilke handlinger, der anses som relevante eller forventede i en bestemt kontekst. Teoretisk valgte vi at benytte Norman Faircloughs kritiske diskursanalyse (12,13) i kombination med Carol Bacchis *What's the Problem Represented to be* (WPR)-tilgang (9). WPR-tilgangen består af en række spørgsmål, forskeren kan bruge i analysearbejdet. Bl.a. hvordan problemet (her ammeproblemer) repræsenteres og hvilke antagelser, der ligger til grund for denne repræsentation. Man undersøger også, hvad der historisk og kontekstuelt kan have frembragt antagelserne, hvad der ikke italesættes, samt hvad der kan være med til at fastholde en given repræsentation af problemet, og dermed også antagelser om, hvordan problemet kan løses. Ultimativt kan man således analysere sig frem til, hvilke effekter det kan have i praksis. Ved at inddrage Norman Faircloughs kritiske diskursanalyse i WPR-tilgangen fik vi yderligere en mere detaljeret lingvistisk begrebsramme, som tillod os at komme i dybden med, hvordan sproget diskursivt medierer repræsentationen af problemerne i politisk kontekst og i de sundhedsprofessionelles ageren i praksis.

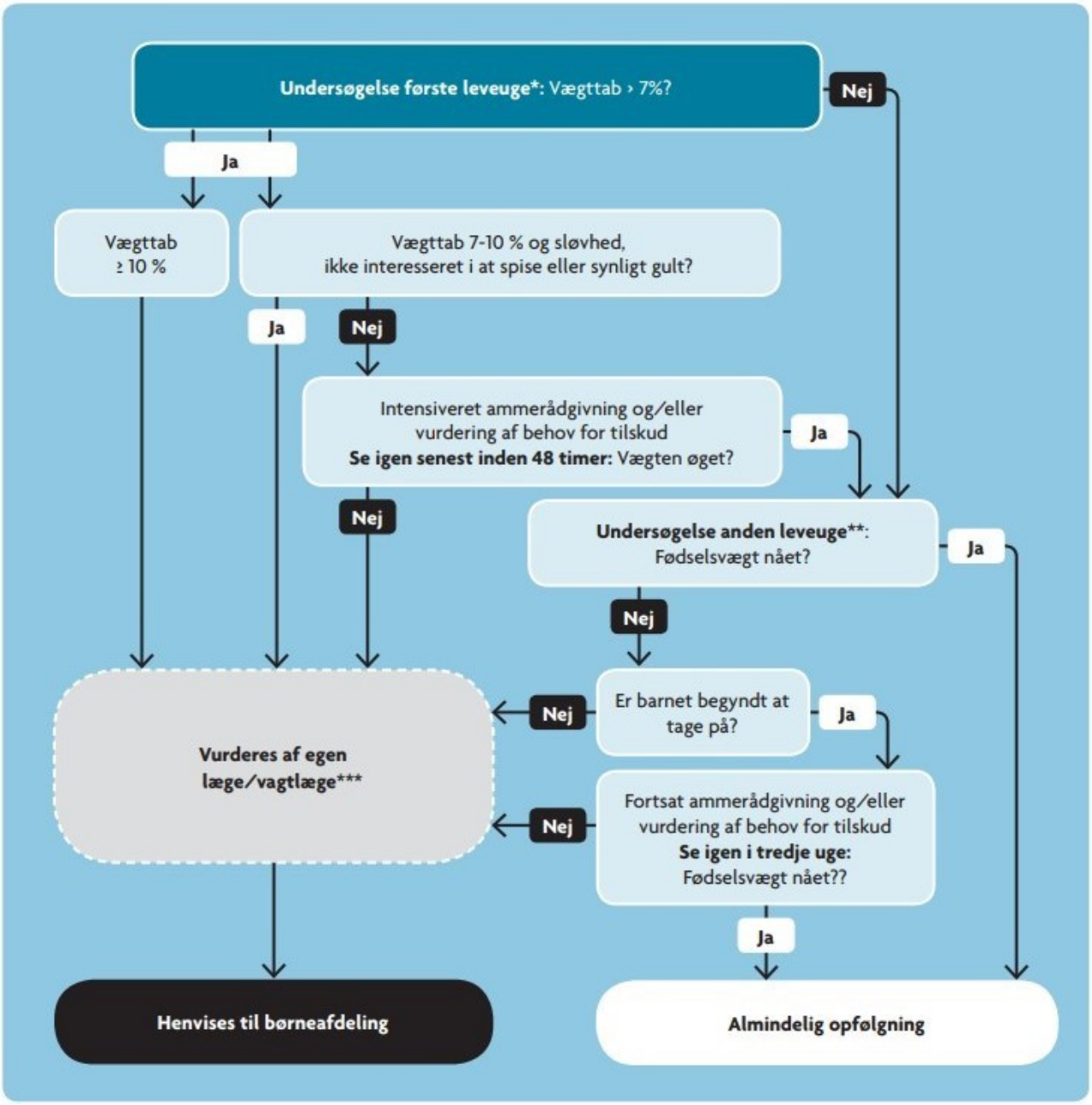
## Resultater

Gennem både dokumentanalyserne og interviewene er det ordet *amning*, der er i fokus. Når der tales og skrives om *amme*problemer og ikke *die*problemer medfører det, at repræsentation af problemet ligger hos den person der ammer. Der fokuseres således på, hvad den ammende kan gøre, og ikke på hvilke optræningsmuligheder barnet eventuelt kan have, som kan skabe en bedre dieoplevelse. At barnets potentiale til en vis grad overses, kan medføre ulighed i sundhed, da man således fratager barnet muligheden for at blive ammet og dermed alle de sundhedsfremmende fordele der er ved det (6). I de næste afsnit, vil jeg gennemgå hovedresultaterne, som alle kan spores tilbage til de diskursive effekter af ordet *amning*.

### Trivsel måles i vægt

Sundhedsstyrelsen anses af vore informanter som en højt rangerende magt. De sundhedsprofessionelle vi har talt med følger generelt deres anbefalinger, og ammehåndbogen anvendes i stor stil. Sundhedsstyrelsens retningslinjer lægger vægt på, at der skal kunne ses en socioøkonomisk gevinst ved de tiltag, der iværksættes. Rationalet baserer sig på den nordiske evalueringstradition af sundhedsindsatser, hvor evidensbasering og tydelige årsags-virkningsmekanismer vægtes højt (14).

Noget, der er nemt at måle er barnets vægt, og det bliver denne, der er udslagsgivende for, hvorvidt et barn kan sendes videre til egen læge og hospitalet eller ej (figur 1).




**Figur 1: Flowdiagram for vægtkontrol af nyfødt de første 2-3 uger efter fødslen. Illustreret på side 19 i Sundhedsstyrelsens vejledning til sundhedsplejersker og praktiserende læger "Monitorering af vækst hos 0-5 årige børn"**(11)

Som det ses i figur 1 kan barnet først henvises til egen læge, hvis det har tabt sig mere end 7% af fødselsvægten. Hvis ikke barnet har tabt sig, skal der gives intensiveret *amme*rådgivning eller overvejes tilskud med modermælkserstatning. Hvorvidt *die*oplevelsen for barnet er behagelig eller ej, er således ikke noget der italesættes. Der tages tilsyneladende heller ikke hensyn til, at ammerådgivning ikke nødvendigvis omhandler træning af barnets funktionelle sutteteknik. Rationalet i vækstmonitoreringsvejledningen lader således til at være baseret på et biomedicinsk rationale og medfører en tænkning om, at barnets vægt er lig med barnets trivsel.

## Kontrastfyldte rationaler

I ammehåndbogen ses anbefalinger der baserer sig på et biopsykosocialt rationale. Modsat vækstmonitoreringsskemaet synes det psykosociale rationale at fylde mere her end det biomedicinske rationale, som ellers generelt står stærkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Dette kan være et resultat af den udvikling sundhedspolitikken har taget siden 1970-80'erne, hvor den biopsykosociale model (15) og Ottawachartret (16) blev introduceret og diskursivt medierede sundhedspolitikken i en mere psykosocial tænkning. Denne tænkning kan have appelleret mere til syge- og sundhedsplejersker, som er blandt de faggrupper, der oftest arbejder med ammevejledning, og som også er de faggrupper som forfatterne til ammehåndbogen tilhører. I ammehåndbogen anbefales at anvende psykosociale virkemidler som self-efficacy og Hands-Off Teknikker til at afhjælpe mange ammeproblemer. Det at bruge Hands-Off teknikker står i stærk kontrast til eksempelvis sensomotorisk stimulation af tungen, som er det, der anbefales i den nationale kliniske retningslinje for øvre dysfagi (3) for at bedre synkefunktionen. Retningslinjen gælder kun for personer over 18 år, og principperne er i høj grad Hands-On Teknikker. De undersøgelser, der er lavet omkring sensomotorisk stimulation af spædbørn er primært foretaget på neonatalområdet (17–19) og studierne er svære at sammenligne, fordi de bruger meget forskellige fremgangsmåder. Nogle viser der er en effekt og andre viser der ikke er. Kompetencecenter for Amning, som er en del af Komitéen for Sundhedsoplysning, har også undersøgt manuel behandling i deres udarbejdelse af den kliniske retningslinje for ankyloglossi i 2020 (20) og fandt, at der var meget svag evidens. Derfor kan de ikke anbefale det. Her ser vi, at logikken omkring sensomotorisk stimulation af tungen hos ammede spædbørn konkluderes på baggrund af, hvad der er evidens for i forbindelse med stramt tungebånd, hvilket ikke nødvendigvis vil være det samme for børn med dysfagi. De kontrastfyldte rationaler mellem faggrupper ses derfor at spille en rolle i forhold til vurderingen af evidens.

## Manglende undersøgelsesredskaber

Gennem litteratursøgning fandt vi et review af Pados et al. fra 2016 (21) der konkluderer, at der på verdensplan findes 11 undersøgelsesredskaber, der bruges i praksis til at evaluere amning af børn under 6 måneder. Af disse er der kun to, som kan anvendes til at undersøge det diende barns oralmotoriske kompetencer under amning. Det drejer sig om *Neonatal Oral-Motor Assesment Scale* (NOMAS) og *Early Feeding Skills Assessment* (EFS). Begge hævder at kunne anvendes til ammede spædbørn, men de er kun testet på børn, der får flaske (ibid). Da sutteteknikken på flaske og bryst er vidt forskellige (22), kan der altså være problemer med validiteten af de to redskaber (21). Ingen af vore informanter kendte til de pågældende undersøgelsesredskaber, og heller ingen af de ergoterapeuter, der deltog i forundersøgelsen, havde kendskab til oralmotoriske undersøgelsesredskaber, der kan anvendes til ammede spædbørn. Det eneste standardiserede redskab vore informanter kender til i forbindelse med vurdering af oralmotorik, er redskabet *Tongue-tie and Breastfed Babies Assessment Tool* (TABBY). Dette er et undersøgelsesredskab, der anvendes til at vurdere, hvorvidt der er stramt tungebånd hos ammede spædbørn under 4 måneder, som er født til termin og ikke er diagnosticeret med komorbiditet eller medfødte anomalier. TABBY anbefales som undersøgelsesredskab i den nationale kliniske retningslinje for vurdering af stramt tungebånd, som blev udarbejdet af Komiteen for Sundhedsoplysning i 2020 (20). Når vi i interviewene spurgte vore informanter ind til, hvordan de vurderede, om ammeproblemer kunne skyldes oralmotoriske udfordringer, var det TABBY, der blev nævnt. Hvis ikke der kan diagnosticeres et stramt tungebånd bliver rationalet derved, at problemet ligger hos den ammende. Løsningsforslag bliver således at finde en god positionering for mor og barn, arbejde med psykosociale virkemidler, eller få foretaget frenotomi (klip af tungebånd), hvis tungebåndet er stramt.

## Tværsamarbejde

Både de sundhedsplejersker og intensivsygeplejersker vi har interviewet fortæller, at ergoterapeuterne er organiseret i en anden enhed, end de selv er. Den fysiske afstand gør, at det kan være sværere at indtænke

tværfagligheden i en travl hverdag. For at kunne distribuere viden, kræver det muligheden for at kunne have præcis og regelmæssig kommunikation mellem de forskellige fagpersoner (23). Da selve organiseringen af fagpersonerne er struktureret som den er, bidrager det til forringelse af vidensdeling og dermed også forringelse af muligheden for at udvikle amme/die-området.

Intensivsygeplejerskerne fortæller, at de næsten altid rekvirerer en ergoterapeut, hvis de får et spædbarn på afdelingen, som forventes at have en lang indlæggelse. De fortæller, at ergoterapeuten typisk vejleder forældrene i oralmotorisk stimulation, hvilket har god effekt, hvis der er compliance hos forældrene. De ved ikke om ergoterapeuterne bruger standardiserede undersøgelsesredskaber. De fortæller også, at det er nødvendigt, at den ergoterapeut der kommer har neonatal erfaring, da de ellers har oplevet, at barnet kan komme til at bradykardere (pga. overstimulering). Disse børn er syge eller tidligt fødte, og derfor falder de under den patologiske kategori. Ingen af vore sundhedsplejerske-informanter har erfaring med at samarbejde med ergoterapeuter ved suttevanskeligheder, selvom der er ergoterapeut(er) ansat i kommunen. Det lader derfor til, at det er lettere for spædbørnene at få tværfaglig hjælp til suttevanskeligheder, hvis de er indlagt på hospitalet, hvilket er i overensstemmelse med fund fra vores forundersøgelse.

Til trods for at to personer fra ekspertgruppen i Videnscenter for Amning af Børn med Specielle Behov har gode erfaringer med at anvende ergoterapeuter til børn med dievanskeligheder i deres daglige arbejde, er ergoterapi eller sensomotorisk stimulation af tungen ikke en anbefaling, vi finder i de officielle dokumenter fra videnscentret. Der er heller ingen terapeuter med i videnscentrets ekspertgruppe. Da vi spurgte lederen af videnscentret ind til sammensætningen af ekspertgruppen svarede hun:

> *”På neonatalafdelinger varetages ammevejledning i overvejende grad af sygeplejersker, de er eksperterne. Det var således ikke et fravalg af andre faggrupper, men et fravalg af ikke-eksperter. I øvrigt havde nogle hospitaler dårlige erfaringer med, at fys eller ergo "ordinerede" flaske til præmature børn, hvis de ikke kunne die fuldt ved 34-35 uger PMA [red: Post Menstruations Alder] og/eller baserede deres løsninger på amerikansk litteratur (hvor det sjældent er angivet om man taler om fuld amning, fuld modermælksernæring på flaske eller ernæring med modermælkserstatning, men bare "feeding."(1)*

Det blev her tydeligt for os, at der hersker en diskursorden om, at ergoterapeuter ikke er eksperter i amning, og i nogle tilfælde kan gøre mere skade end gavn. Ergoterapeuter mangler viden om amning og viden om det neonatale speciale. Det at ekspertfeltet ikke udvides til, hvem der ved noget om senso-oralmotorik eller aktivitet og deltagelse tilskriver vores lingvistiske diskursanalyse til dels det, at ordet ”amning” skaber en tænkning omkring, at problemet skal løses hos den, der ammer (altså moderen) og ikke barnet. Da det traditionelt set er ergoterapeuter, der beskæftiger sig med dysfagi (24), risikerer denne viden altså at forblive tavs.

## Silotænkning

Vi får igennem interviewet med Kompetencecenter for Amning at vide, at Sundhedsstyrelsen har bedt dem om at skære noget af det patologiske fra i ammehåndbogen. Det viser sig, at der er sket en opdeling af ammeproblemer, hvor vejledningsmateriale udarbejdet af Kompetencecenter for Amning tager sig af normalområdet, og materiale fra Videnscenter for Amning af Børn med Specielle Behov tager sig af det patologiske. Da dysfagi bliver anset som noget patologisk, er dette således ikke nævnt i ammehåndbogen, til trods for at dysfagi er noget, der kan optræde hos alle (4,5,24). Hvis et barn eksempelvis kløjs i mælken, sluger for meget luft eller har høj respirationshastighed, vil ammehåndbogen forsøge at løse disse problemer ved at ændre ammestilling for at nedsætte flowet af mælk eller tage barnet fra brystet under det kraftigste nedløb. Dette er kompenserende teknikker, som kan have en vis effekt på barnets oplevelse af at die ved brystet, men

i tilfælde hvor problematikken skyldes en funktionsnedsættelse hos barnet, vil problemet kunne følge barnet med mindre det behandles tidligt (19). Der synes altså at være en opdeling af sundhedsvæsenet, således at de raske børn varetages af sundhedsplejerskerne i kommunalt regi, og de syge børn varetages af hospitalet. Da man ikke behøver at være syg for at have dysfagisymptomer, kan denne silotænkning således have den konsekvens, at ikke alle spædbørn børn med dysfagi opspores.

### Psykosociale effekter

En afledt effekt af den måde ammeproblemer repræsenteres på, og dermed den måde Sundhedsstyrelsens vejledningsdokumenter for amning anvendes i praksis er, at dysfagi hos ammede spædbørn, der ikke har tabt sig mere end 7% af fødselsvægten, kan overses. Dysfagi kan være meget ubehageligt for barnet, og en konsekvens som den ene af intensivsygeplejerskerne fremhæver er:

> *"de kan jo udvikle et meget anstrengt forhold til mad, mange af dem. Det sætter sig jo både i forhold til deres trivsel, at de ikke får nok næring til hjernen og resten af organerne, men jo også til psyken, det kan sætte sig der."* (1)

Effekten af uopdaget dysfagi hos spædbarnet kan være, at familien bliver sendt rundt i systemet, uden at modtage den fornødne hjælp på problemet, så amningen til sidst opgives mod moderens ønske. Dette er både er dyrt for samfundet og har konsekvenser for familien, hvilket fremhæves af en af informanterne:

> *"Det kan jo gøre, mor mister tilliden til sig selv. Hun kan mærke, at der er noget galt, men der er ikke nogen der vil lytte. Der er ikke nogen, der vil tro på det. Så tænker hun, hun er en dårlig mor, og hun kan ikke finde ud af det her. Det er lige meget, om det er første, anden, tredje barn, fjerde. Det er den følelse, der vil være, og det spreder sig som ringe i vandet til resten af familien."* (1)

Et studie fra 2016 viser, at kvinder der har problemer med amningen har større risiko for at udvikle fødselsdepression (25). Ser vi på de danske statistikker for fødselsdepression, kan vi se, at 11% af danske mødre og 7% af fædrene rammes af dette (26). Vi kan derfor ikke udelukke, at der kan være en sammenhæng mellem uopdaget dysfagi hos ammede spædbørn og fødselsdepression.

## Metodiske overvejelser

Dette studie er udført med empiri fra en lille gruppe af informanter, som alle er fra Region Hovedstaden. Det kan derfor ikke udelukkes, at praksis ser anderledes ud andre steder i landet. Studiet her kan derfor på ingen måde bruges til at generalisere, men kan henlede opmærksomheden på en mulig problemstilling, som bør undersøges yderligere.

Ved de forskellige interviews benyttede vi os af forskellige spørgerammer, da informanterne var indlejret i forskellige sociale praksisser. Dette gav os indsigt i de forskellige kontekster, men kan også betyde, at vi kan have overset ligheder og forskelle mellem dem.

Dokumentanalyserne er udført efter en stringent lingvistisk analysestrategi, som gav os en detaljeret og nuanceret indsigt i diskurserne og de hierarkiske indlejringer. Dog var det, grundet kandidatspecialets begrænsede omfang, kun muligt at analysere enkelte dele af dokumenterne, og der kan derfor også være uopdagede diskurser eller styringsrationaler, som ikke synliggøres i dette studie.

## Konklusion

Studiet indikerer, at sundhedspolitiske styringsdokumenter og strukturelle betingelser kan have en negativ effekt på ammede spædbørns mulighed for at få opsporet og behandlet dysfagi i praksis. Især fordi brugen af ordet *ammevejledning* fokuserer løsningsforslagene mod den der ammer og ikke den der dier. Det indikerer også, at der mangler viden om dysfagi blandt ammevejledere, og at der er behov for at implementere standardiserede bed-side undersøgelsesredskaber af dysfagi hos spædbørn, som kan være med til at ensrette praksis. Der er behov for mere forskning på området, for at tydeliggøre om indikationerne fra dette studie kan generaliseres, samt hvilke sundhedspolitiske og socioøkonomiske konsekvenser den nuværende vejledning i så fald kan have på langt sigt.

## Perspektivering

Efter offentliggørelsen af dette speciale er vi blevet opmærksomme på et nyere undersøgelsesredskab, der kan anvendes til vurdering af diende spædbørns oralmotoriske funktionsevne og bruges som bed-side undersøgelsesredskab til at undersøge, om spædbarnet kan have dysfagi. Det hedder Neonatal Eating Outcome Assessment Tool (NEO) og er testet på både ammede og flaskeernærede spædbørn (27). Redskabet viser god validitet og reliabilitet (ibid), men kan dog kun anvendes op til 6 uger efter terminsdato og kræver derfor en tidlig indsats. For at undersøge om dette redskab kan anvendes i en dansk kontekst, har jeg nedsat en arbejdsgruppe i DACLC, hvor vi vil afprøve det på tværs af landet.

## Referencer


1. Lykkegaard Birch MB, Rytter Otto SL. Ser I mig? Dysfagi hos ammede spædbørn [Kandidatspeciale]. Roskilde Universitet; 2023.

2. Dansk Selskab for Dysfagi. Hvad er dysfagi [Internet]. 2022 [henvist 31. januar 2023]. Tilgængelig hos: https://dysfagi-dsd.dk/

3. Sundhedsstyrelsen. National Klinisk Retningslinje for Øvre Dysfagi. 2015.

4. Umay E, Eyigor S, Giray E, Karadag Saygi E, Karadag B, Durmus Kocaaslan N, m.fl. Pediatric dysphagia overview: best practice recommendation study by multidisciplinary experts. World Journal of Pediatrics. Institute of Pediatrics of Zhejiang University; 2022.

5. Lawlor CM, Choi S. Diagnosis and Management of Pediatric Dysphagia: A Review. Bd. 146, JAMA Otolaryngology - Head and Neck Surgery. 2020.

6. Sundhedsstyrelsen. Amning - En håndbog for sundhedspersonale [Internet]. 2023 [henvist 30. januar 2023]. Tilgængelig hos: https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2018/Amning-h%C3%A5ndbog-for-sundhedspersonale.ashx

7. Udesen CH, Skaarup C, Peteser MN, Ersbøll AK. Social ulighed i sundhed og sygdom 2010-2017. Sundhedsstyrelsen. 2020.

8. E-sundhed. Amning og udsættelse for tobaksrøg i første leveår [Internet]. 2023 [henvist 30. januar 2023]. Tilgængelig hos: https://www.esundhed.dk/Emner/Graviditet-foedsler-og-boern/Amning-og-udsaettelse-for-tobaksroeg-i-foerste-leveaar

9. Bacchi C. Analysing Policy: What's the problem represented to be? Frenchs Forest NSW : Pearson Australia; 2009.

10. Hvidovre Hospital. Hvidovre Hospital. 2023 [henvist 3. februar 2025]. Barnet i Midten. Tilgængelig hos: https://www.hvidovrehospital.dk/afdelinger-og-klinikker/fysio-og-ergoterapeutisk-afdeling/nyheder/Sider/barnet-i-midten.aspx

11. MONITORERING AF VAEKST HOS 0-5-ÅRIGE BØRN. [henvist 15. januar 2025]; Tilgængelig hos: http://www.sst.dk

12. Fairclough N. Kritisk diskursanalyse: en tekstsamling. Hans Reitzels Forlag; 2008.

13. Fairclough N. Critical Discourse Analysis - The Critical Study of Language. 2. udg. Routledge - Taylor & Francis Group; 2013.

14. Krogstrup HK. Introduktion til evaluering som begreb og fænomen. I: Evalueringsmodeller. 3. udg. Hans Reitzels Forlag; 2016.

15. Engel GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. Science (1979) [Internet]. 1977 [henvist 4. februar 2025];196(4286):129–36. Tilgængelig hos: https://www.science.org/doi/10.1126/science.847460

16. WHO. The Ottawa Charter for Health Promotion [Internet]. 1986 [henvist 4. februar 2025]. Tilgængelig hos: https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference

17. Skaaning D, Carlsen E, Brødsgaard A, Kyhnæb A, Pedersen M, Ravn S, m.fl. Randomised oral stimulation and exclusive breastfeeding duration in healthy premature infants. Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics. 1. oktober 2020;109(10):2017–24.

18. Greene Z, O'Donnell CPF, Walshe M. Oral stimulation for promoting oral feeding in preterm infants. Bd. 2016, Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley and Sons Ltd; 2016.

19. Kamity R, Kapavarapu PK, Chandel A. Feeding Problems and Long-Term Outcomes in Preterm Infants—A Systematic Approach to Evaluation and Management. Children [Internet]. 2021 [henvist 15. november 2022];8. Tilgængelig hos: http://doi.org/103390/children81211158

20. Marianne Busck-Rasmussen K. National klinisk retningslinje for undersøgelse og behandling af ankyloglossi hos ammede spaedbørn.

21. Pados BF, Park J, Estrem H, Awotwi A. Assessment tools for evaluation of oral feeding in infants younger than 6 months. Advances in Neonatal Care. 1. april 2016;16(2):143–50.

22. Genna CW. Supporting Sucking Skills in Breastfeeding Infants. 3. udg. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2017.

23. Gittel JH. Effektivitet i sundhedsvæsenet - samarbejde, fleksibilitet og kvalitet. København: Munksgaard; 2012.

24. Nielsen AH, Eskildsen SJ, Danielsen J, Haastrup P, Jellinghof AB, Riis J, m.fl. Defining dysphagia - a modified multi-professional Danish Delphi study. Scand J Gastroenterol [Internet]. 7. december 2022 [henvist 31. januar 2023];1–6. Tilgængelig hos: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36476215

25. Brown A, Rance J, Bennett P. Understanding the relationship between breastfeeding and postnatal depression: The role of pain and physical difficulties. J Adv Nurs. 1. februar 2016;72(2):273–82.

26. Pontoppidan M, Smith-Nielsen J, Nøhr K. Indsatser i forhold til fødselsdepression En litteraturgennemgang af eksisterende viden. [henvist 4. februar 2025]; Tilgængelig hos: www.vive.dk

27. Pineda R, Liszka L, Kwon J, Wallendorf M. Interrater Reliability and Concurrent Validity of the Neonatal Eating Outcome Assessment. The American Journal of Occupational Therapy [Internet]. 1. april 2020 [henvist 4. februar 2025];74(2):7402205050p1. Tilgængelig hos: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7090272/