

Amningsvänliga rekommendationer vid rusmedelsmissbruk eller tillstånd med läkemedelsbehandling

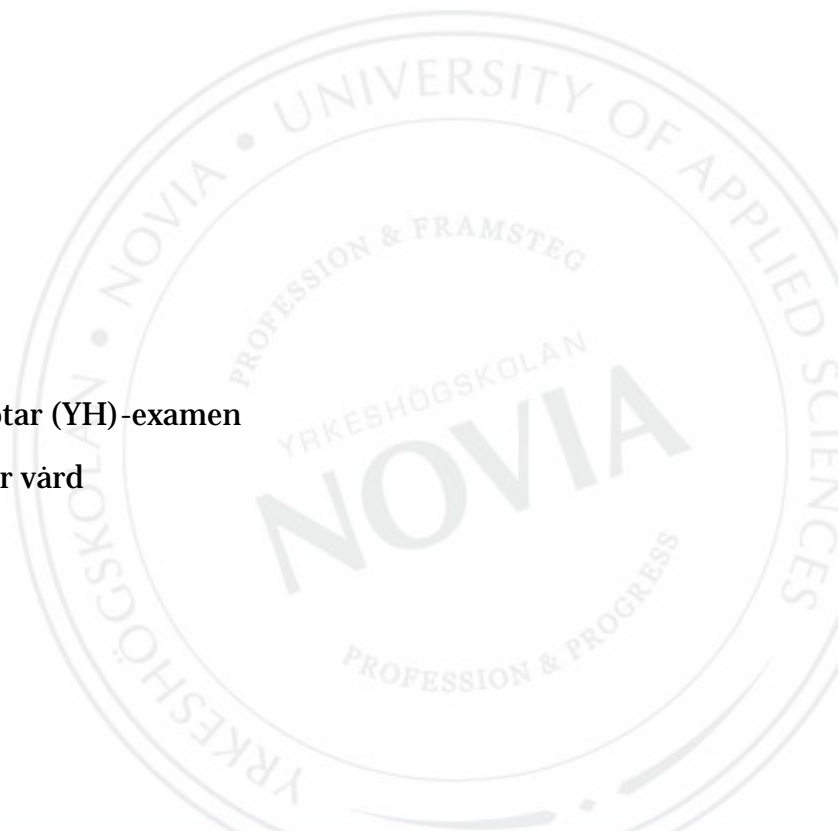
Nora Isomäki

Hanna Weckström

Examensarbete för sjukskötar (YH)-examen

Utbildningsprogrammet för vård

Åbo 2014



EXAMENSARBETE

Författare: Nora Isomäki och Hanna Weckström

Utbildningsprogram och ort: Utbildningsprogrammet för vård, Åbo

Inriktningsalternativ/Fördjupning: Vårdarbete

Handledare: Pia Liljeroth och Gunlög Lemmetyinen

Titel: Amningsvänliga rekommendationer vid rusmedelsmissbruk eller tillstånd med läkemedelsbehandling

Datum 5.5.2014

Sidantal 49

Bilagor 3

Abstrakt

Examensarbetet är gjort inom projektet "Amning utan stress". Syftet är att beskriva när och hur mammor kan amma vid missbruksproblematik eller vid tillstånd med läkemedelsbehandling och vad de befintliga rekommendationerna säger om amning och missbruk. I arbetet granskas rusmedels, såsom tobak, alkohol och droger, inverkan på barnet, amningen och amningsmöjligheterna. Utöver dessa tas också läkemedel, sjukdomar och substitutionsvård upp. Vidare så tas också handledning av mammor med missbruksproblem upp för att kunna knyta resultaten till praktiken. Ett resursförstärkande arbetssätt är tillämpat i hela arbetet genom uppmuntran till amning trots missbruk för barnets bästa men situationer där amning inte rekommenderas tas också i beaktande. Arbetet riktar sig till personal på mödra- och skyddshem med inriktning på missbruksproblematik.

Litteraturstudie används som metod där syftet och frågeställningarna får svar genom forskningsresultat. Resultaten visar att trots missbruk uppmuntras amning i många fall tack vare de positiva fördelarna för mamman och barnet. Vid de tillstånd då man inte kan amma vid t.ex. drogmissbruk och vissa sjukdomar finns alternativa lösningar för att barnet ändå skulle kunna ta del av bröstmjölken. Viktigt är att stöda anknytningen mellan mamma och barn. Dessa slutsatser, resultat och huvudpunkter i examensarbetet lyfts fram genom en produkt för handledning av mammor med missbruksproblematik. Produkten består av påstående kort som mammor kan diskutera kring genom grupphandledning i dessa mödra- och skyddshem. Genom ökad kunskap och reflektion önskar vi att mammorna inser betydelsen av amning.

Språk: Svenska Nyckelord: Amning, bröstmjolk, missbruk, rusmedel, resursförstärkande arbete

OPINNÄYTETYÖ

Tekijät: Nora Isomäki ja Hanna Weckström

Koulutusohjelma ja paikkakunta: Utbildningsprogrammet för vård, Turku

Suuntautumisvaihtoehto/ Syventävät opinnot: Vårdarbete

Ohjaajat: Pia Liljeroth ja Gunlög Lemmentyinen

Nimike: Imetysmyönteiset suositukset päihdeongelmien tai lääkkeidenkäytön yhteydessä /Amningsvänliga rekommendationer vid rusmedelsmissbruk eller tillstånd med läkemedelsbehandling

Päivämäärä 5.5.2014

Sivumäärä 49

Liitteet 3

Tiivistelmä

Opinnäytetyö sisältyy ”imetys ilman stressiä”-projektiin ja tarkoituksena on kuvata milloin ja miten äiti voi imettää, kun hänellä on päihdeongelmia tai tilanteissa, joissa käytetään lääkehoitoa. Työssä käydään myös läpi mitä nykyiset suositukset kertovat imetyksestä ja päihdeongelmista. Tutkimuksessa selvitetään päihteiden, kuten tupakan, alkoholin ja huumeiden vaikutuksia vauvaan ja imetykseen. Näiden lisäksi tutkitaan myös lääkkeiden, sairauksien ja korvaushoidon vaikutuksia. Lopuksi kuvataan myös päihdeongelmaisten äitien tukemista hoitotyössä. Työssä käytetään voimavaroja vahvistavaa lähestymistapaa kannustamalla imetykseen päihdeongelmista huolimatta lapsen hyväksi. Toisaalta korostetaan myös tilanteita joissa imetystä ei suositella. Työ on tarkoitettu ensi- ja turvakodeissa työskenteleville.

Menetelmänä käytetään kirjallisuuskatsausta missä tarkoitus ja kysymykset saavat vastauksia tutkimusten ja kirjallisuuden avulla. Keskeiset tulokset osoittavat, että päihdeongelmista huolimatta monissa tapauksissa kannustetaan imetykseen, koska sillä on monia myönteisiä vaikutuksia sekä äidille että lapsille. Tilanteissa joissa imetystä ei suositella esimerkiksi eri sairauksien tai huumeiden käytön aikana on käytettävissä vaihtoehtoisia ratkaisuja, jotta lapsi silti saa rintamaitoa. Tärkeää on tukea varhaista vuorovaikutusta äidin ja lapsen välillä. Tutkimuksen päätelmät, tulokset ja avainkohdat tutkimuksessa tuodaan esiin tuotteessa, jota voidaan käyttää päihdeongelmaisten äitien ohjauksessa. Tuote koostuu väittämäkorteista ja tarkoitus on, että äidit voivat ryhmäkeskustelussa käydä läpi väitteitä ensi- ja turvakodeissa. Lisäämällä tietoa ja pohdintaa toivomme, että äidit ymmärtävät rintaruokinnan merkityksen.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Imetys, rintamaito, väärinkäyttö, päihde, voimavaroja vahvistava lähestymistapa

BACHELOR'S THESIS

Authors: Nora Isomäki and Hanna Weckström

Degree Programme: Degree Programme in Nursing, Åbo

Specialization: Nursing

Supervisors: Pia Liljeroth and Gunlög Lemmentyinen

Title: Breastfeeding Friendly Recommendations for Substance Abuse or States of Health with Medication/ Amningsvänliga rekommendationer vid rusmedelsmissbruk eller tillstånd med läkemedelsbehandling

Date 5 May 2014

Number of pages 49

Appendices 3

Summary

This thesis is a part of the project "Amning utan stress". The purpose is to describe when and how mothers can breastfeed if they have substance-abusing problems or states of health with medications. Also what the existing recommendations state about breastfeeding and substance abuse will be discussed. In this thesis, breastfeeding and its effects on the child will be in focus. Tobacco, alcohol, drugs, medicines, diseases and replacement therapy will be investigated. To be able to connect the results into practice, guidance of mothers with substance-abusing problems will be investigated. A resource strengthening method of working has been applied in this thesis through encouragement towards breastfeeding despite substance abuse because of the child's well-being. Also, situations when breastfeeding is not recommended will be discussed. This thesis will address the staff in The Federation of Mother and Child Homes and Shelters.

A literature study has been used and the purpose and issues of this thesis will be answered through factual material and research findings. Results show that breastfeeding should be encouraged in many situations despite substance abuse because of the positive advantages for both mother and child. Breastfeeding is not allowed for mothers with drug abuse and for some diseases there are alternative solutions to breastfeeding. It is important to support the connection between mother and child. These conclusions, results and main points in the study will formulate a product. The product will consist of statement cards that mothers can use in group discussions guided by an instructor. We wish that these mothers realize the importance of breastfeeding owing to increased knowledge and reflection.

Language: Swedish Key words: Breastfeeding, breast milk, substance abuse, drugs, resource strengthening work

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Litteraturstudie som metod.....	3
2.1	Datasökning.....	3
2.2	Innehållsanalys.....	4
2.3	Etik.....	6
2.4	Tillförlitlighet.....	7
3	Amning.....	9
3.1	Amningens fördelar för barnet.....	9
3.2	Amningens fördelar för mamman.....	10
3.3	Stöda anknytningen genom amning.....	11
4	Allmänt om mammor med missbruksproblem.....	12
4.1	Tillgången av vård för mammor med missbruksproblem.....	12
4.2	Förbundet för mödra- och skyddshem.....	13
5	Alkohol.....	14
5.1	Alkoholens påverkan på amningen och barnet.....	15
5.2	Rekommendationer angående amning och alkoholanvändning.....	18
6	Tobak.....	20
6.1	Tobakens påverkan på amningen och barnet.....	20
6.2	Rekommendationer angående amning och rökning.....	22
7	Läkemedel och sjukdomar.....	24
7.1	Läkemedlens påverkan på amningen och barnet.....	25
7.2	Rekommendationer angående amning och läkemedel.....	26
7.3	Sjukdomar som kan inverka på amningsmöjligheterna.....	31
8	Droger.....	33
8.1	Drogernas inverkan på amningen och barnet.....	34
8.2	Rekommendationer angående amning och droganvändning.....	35
9	Substitutionsvård.....	36
9.1	Substitutionsvårdens effekter på amningen och barnet.....	36
9.2	Rekommendationer angående amning och substitutionsvård.....	38
10	Arbetet med mammor som har missbruksproblem.....	39
10.1	Uppmuntran till amning trots missbruksproblem.....	39
10.2	Amningens fördelar även vid missbruk.....	40
10.3	Vårdarbetet och handledningen av mammor med missbruk.....	42
10.4	Barnets syn på missbruket.....	45
11	Produktutveckling.....	45
12	Diskussion.....	47

Källförteckning.....	50
Bilaga 1	
Bilaga 2	
Bilaga 3	

1 Inledning

Frågor som dyker upp i dagens samhälle kan vara hur och om man kan amma vid rusmedelsmissbruk och dessutom diskuteras hur rusmedel påverkar barnet då man tillika ammar. Därför kan rusmedelsmissbruk vara en orsak till att mammor överger amningen och väljer missbruket istället. Då måste mamman överväga vilket som väger tyngre, barnets påverkan av rusmedel eller fördelarna med amning. Med hjälp av litteraturen har vi hittat en medelväg d.v.s. situationen behöver inte vara svart och vit, så att man väljer antingen missbruk eller amning. Med medelväg menar vi att reda ut hur man kan amma säkrare även vid missbruk så att barnet och mamman får ta del av amningens positiva effekter.

Detta examensarbete är skrivet som ett gemensamt arbete av två sjukskötarstuderande vid Yrkeshögskolan Novia. Examensarbetet utgör en del av delprojektet "Amning utan stress" som är en del av Novias projekt "Familjehuset". Beställaren för vårt examensarbete är Folkhälsans förbund r.f. och Förbundet för mödra- och skyddshem. Projektets mål är att arbeta med hälsofrämjande utvecklingsarbeten som på ett resursförstärkande sätt stöder småbarnsfamiljer. Inom Folkhälsans och Förbundet för mödra- och skyddshems projekt "Amning utan stress" har man märkt att det finns behov av att få hjälp med amningen eftersom den upplevs idag av många mammor som jobbig och väcker känslor som oro, skuld och stress. I Finland har detta problem blivit nästan en folkhälsofråga, vårdarbetet har brister och fast vi är medvetna om amningens fördelar så ammas barnen ändå mindre än i andra nordiska länder. Därför är syftet med projektet "Amning utan stress 2013-2016" att främja familjens hälsa och välbefinnande och att öka förståelsen och respekten för olika sätt att se på amning. Man strävar efter att familjer skall få amma som de vill, utan stress och amma på individuella sätt. Meningen är att hitta resursförstärkande lösningar för mammorna och de professionella som arbetar med dem.

Syftet med examensarbetet är att beskriva när och hur mammor kan amma vid missbruksproblematik eller tillstånd med läkemedelsbehandling och vad de befintliga rekommendationerna säger om amning och missbruk. Dessutom vill vi lyfta fram fördelar med amning hos mammor med missbruksproblem och genom ett resursförstärkande arbetssätt uppmuntra dem till att amma sina barn. Det finns många ämnen och substanser som kan missbrukas men vi har valt att ta upp de mest allmänna. Avgränsningen för vårt examensarbete är ammande mammor med missbruksproblem som använder tobak,

alkohol, droger, läkemedel och substitutionsvård och har sjukdomar som kan påverka amningen. Examensarbetets frågeställningar är att undersöka genom forskningar hur ämnen som alkohol, droger, tobak, läkemedel, sjukdomar och substitutionsvård via amningen påverkar barnet och hur de påverkar mammans möjligheter att amma. Examensarbetet kommer att utformas enligt Förbundet för mödra- och skyddshem som vill ha en produkt med råd och anvisningar om hur mammor med missbruksproblem skall kunna amma sina barn. För att studera rekommendationer angående amning för mammor med missbruksproblem kommer vi att söka forskningsresultat nationellt och internationellt. Dessutom undersöks hur man skall handleda, arbeta resursförstärkande och motivera mammor med missbruksproblem att amma.

Mödrahem är till för gravida kvinnor och småbarnsfamiljer där det finns olika sorters problematik inom familjen och därför behöver de stöd i början av barnets levnadstid. Av mödra- och skyddshemmen i Finland är vissa menade för familjer med missbruksproblem och vi riktar särskilt vårt arbete till dessa hem, fast man även kan använda vissa delar av arbetet mera allmänt inom Förbundet för mödra- och skyddshem. På basen av vår litteraturstudie kommer vi förutom att skriva examensarbetet även att utforma en skild produkt. Ofta kan personalen på mödrahemmet sakna fördjupad utbildning om amning och därför vill vi med vår produkt öka deras kunskaper så att de i sin tur kan stöda mammorna och skapa positiva attityder till amning trots missbruk. Produkten är planerad att kunna användas som ett samtalsredskap mellan mammorna och personalen på mödrahemmet. Vi formulerar kort med påståenden som angår amning och rusmedel för att få en grund till gruppdiskussion och målet är reflektion över hur amningen kan vara trygg för barnet. Ett steg i det resursförstärkande arbetet är begreppen vi använder oss av. Vi har valt att påpeka att mammorna är ”mammor med missbruksproblem” och inte ”missbrukande mammor” eftersom det ordet är negativt laddat. Vi vill inte stämpla dessa kvinnor som ”rökande mammor” utan hellre som ”mammor som röker”. Därför väljer vi att först fokusera på amningens positiva effekter och sedan steg för steg gå igenom substanser som kan påverka amningen. Man kan prata om termer som riskbruk och beroende men vi har valt att fokusera på missbruk för att vårt arbete riktar sig till speciellt de mammor som har missbruksproblem fast även också riskbruk kan förekomma.

2 Litteraturstudie som metod

När man gör en litteraturstudie studerar man det problem man valt ut genom att gå igenom litteraturen i ämnet. Man undersöker vilka studier som har genomförts inom ämnet och får nya idéer. Först kan man använda sig av en första litteraturgenomgång för att välja och formulera problemområdet och sedan en andra litteraturgenomgång för att begränsa materialet till det som är relevant för problemet. Alla forskningar man går igenom till en litteraturstudie bör utvärderas med tanke på den studie man utför när det gäller relevans resultat, metodval, styrkan och svagheter. (Notter & Hott 1996, s. 73-74). Inom litteraturstudier är det viktigt att noga kunna skilja mellan primära och sekundära källor och de skall kunna utvärderas med noggrannhet och trovärdighet. Den information man får av litteraturstudien kan hjälpa skribenten att begränsa problemet, diskutera problemet jämfört med de tidigare studierna, undersöka hur dessa skiljer sig från andra studier och tydliggöra för hur den studien man planerar kommer att bidra till professionens yrkes- och kunskapsbas. (Notter m.fl. 1996, s. 78-79). När man gör en litteraturstudie skall man kunna granska primärkällorna och deras instrument och metoder som användes i originalforskningen (Olsson & Sörensen 2011, s. 145).

2.1 Datasökning

I denna litteraturstudie har datainsamlingen utförts både elektroniskt och manuellt. Den elektroniska datasökningen har gjorts från databaserna EBSCO (CINAHL with Full Text), Ovidmedline, Medic, webbportalerna Terveysportti och Nelli-portalen. Litteratursökningen gjordes under januari till april 2014. Till detta examensarbete har vi valt och begränsat litteraturen så att den berör ämnen om mammor med missbruksproblem, eventuella amningshinder, rekommendationer för amning och påverkan av substanser i bröstmjölken för barnet. Eftersom källorna är både nationella och internationella fick vi ett större utbud av forskningar. Genom internationella källor fick vi tillgång till bredare undersökningar om t.ex. hur substanser påverkar bröstmjölken men för att koppla det till finländska förhållanden använde vi nationella källor för att få tag på rekommendationer som gäller i Finland. För att samla fakta för att skapa examensarbetet och en grund för vår produkt har vi undersökt publicerade forskningsresultat från litteraturen inom vårt temaområde. Genom att söka information från forskningar och rekommendationer kommer vi att reda ut när mammor kan amma och hur man kan uppmuntra till amning och göra det till en produkt som skall användas hos Förbundet för mödra- och skyddshem. Till produkten och

examensarbetet har vi haft som målsättning att hitta mångsidiga litteraturkällor som till en stor del stöder varandra men även forskningar som är motstridiga.

När man söker i databaser är det viktigt att avgränsa materialet så att man får relevant material till sitt arbete och så blir materialet från sökningen även mer hanterligt. För att få en klarare bild av vilka sökord man kan använda sig av kan man börja med att göra en pilotsökning. Det är en fritextsökning utan begränsningar och den ger information om vilka vetenskapliga publikationer det finns inom det område man vill undersöka. (Axelsson 2012, s. 177). Vi gjorde en pilotsökning i EBSCO (Cinahl with full text) där vi använde sökorden *breastfeeding* och *lactation*. Efter att ha skumläst resultaten av sökningen insåg vi att vi måste precisera våra sökord mera. De flesta av artiklarna var inte relevanta så vi började kombinera sökorden med ord som hade något med missbruk att göra. Sökorden till de engelska källorna har varit *breastfeeding* och *lactation* och vi kombinerade dem med sökord som t.ex. *alcohol*, *drugs*, *smoking risk*, *maternal smoking*, *narcotics*, *substance abuse*, *infant*, *drug**, *bond*, *ethanol*, *methadone*, *medicines*, *heroin*, *pasteurization of milk*, *breast milk*, *effect*, *child health*, *guidelines* och *HIV*. Till de finska källorna har vi valt sökordet *imetys* och kombinerat det med orden: *lääkkeet*, *alkoholi* och *buprenorfiini*. Dessutom har vi använt ordet *äiti* och kombinerade det med sökorden: *vauva*, *päihdeongelma* och *päihde*. Vi använde också ordet *päihde* och kombinerade med sökorden: *huume*, *imetys* och *vauva*. Problem som vi stötte på är att begreppet *drug* på engelska står för både droger och mediciner. Därför var det viktigt att söka med både *drug* och *medicines* skilt och att använda oss av finsk litteratur. För närmare information om datainsamling och kombinationer av sökord se bilaga 1.

2.2 Innehållsanalys

När man gör en innehållsanalys är det ett sätt att stegvist och systematiskt klassificera data för att kunna identifiera övergripande teman och mönster. Målet med denna analys är att kunna lättare beskriva fenomen. För att analysera text kan man använda sig av kategorisering och då kan skribenten själv bli medveten om mönster, centrala teman och kategorier som kanske inte är tydligt uttalade. Målet med innehållsanalysen är att skribenten skall kunna se djupet i texten och därefter kunna överföra central information till en förklaringsmodell. (Forsberg & Wengström 2008, s. 150-151). Vi gjorde vår innehållsanalys genom att först läsa igenom litteraturen vi samlat in och sållade bort det som inte var väsentligt för detta examensarbete. Sedan började vi se större helheter som vi

kunde dela in i kategorier och underkategorier. Kategorierna kunde vi samla till övergripande teman som även påminner om rubrikerna för arbetet. Produktkolumnen i tabell 1 klargör att produkten blir resultatet av arbetet och utgår ifrån litteraturstudien och innehållsanalysen som gjorts.

I detta examensarbete är amningens betydelse en central del, det kan delas in i kategorier som bakgrundsinformation och även som resursförstärkande arbetssätt. Som underkategorier kan man använda amningens fördelar för både mamman och barnet. Temat för rusmedelsmissbruk har vi avgränsat till kategorier angående användning av tobak, alkohol, droger, läkemedel och substitutionsvård. Substitutionsvård är dock inte ett missbruk men det kopplas ihop med drogmissbruk och därför väljer vi att lägga det under samma övergripande tema. Till varje kategori hör underkategorier som behandlar påverkan på amningen och barnet och rekommendationer om hur amningen kan fortsätta på bästa sätt. Vi har försökt vara konsekventa och använda samma underkategorier för att föra fram samma specifika kunskap om alla rusmedel. Direkta hinder för amning finns det inte så många av men dit hör vissa sjukdomar och droganvändning. Som underkategorier behandlar vi smittoriskerna och alternativa sätt till amningen. Temat arbetet med mammor med missbruksproblem delar vi upp till centralare kategorier där uppmuntran till amning, handledning och ett resursförstärkande arbetssätt framkommer. Som underkategorier till det tar vi upp betydelsen av att stärka föräldraskapet, hur mammans förmåga att ta hand om barnet förändras vid missbruk, arbetet med växelverkan mellan barnet och mamman och Förbundet för mödra- och skyddshems roll. Resultatet av innehållsanalysen visas i tabell 1 nedanför.

Tabell 1. Resultat av innehållsanalysen

Tema	Kategorier	Underkategorier	Produkt
Amningens betydelse	Amningens hälsofördelar Rekommendationer	Fördelar för barnet Fördelar för mamman Fördelar för anknytningen mellan dem	
Rusmedelsmissbruk	Tobak Alkohol Droger Läkemedel Substitutionsvård	Påverkan på amningen Påverkan på barnet Rekommendationer under amningen	
Hinder för amning	Sjukdomar Droger	Smittorisk Alternativa lösningar till amning	
Arbetet med mammor med rusmedelsmissbruk	Uppmuntra till amning Handledning Resursförstärkande arbetssätt	Växelverkan mellan barnet och mamman Hur mammans förmåga till att ta hand om barnet försämras vid missbruk Förbundet för mödra- och skyddshem Stärka föräldraskapet	

2.3 Etik

Innan man börjar med en litteraturstudie bör man ta i beaktande etiska aspekter. Man får inte förvränga forskningar eller använda sig av plagiat. Som forskare eller skribent är det dessutom inte etiskt att bara presentera resultat som stöder ens egna åsikter. Man bör dessutom redovisa för alla artiklar som ingått i litteraturstudien. (Forsberg m.fl. 2008, s.

77). Därför har vi i vårt arbete sammanfattat olika forskares åsikter och ställt dem mot varandra när vi presenterar olika resultat, synvinklar och lösningar på problemen. När vi har sammanfattat forskningens centrala punkter med egna ord undviker vi plagiat eller stöld av skribentens text. Med korrekta källhänvisningar visar vi varifrån texten vi använt är tagen ifrån och alla andra texter i arbetet som saknar källhänvisningar är våra egna texter.

I detta examensarbete har vi följt forskningsetiska delegationens anvisningar om hur vetenskaplig forskning är tillförlitlig och etiskt godtagbar (Forskningsetiska delegationen 2012, s. 18-19). Vi har tagit hänsyn till andra forskares arbeten och hänvisar till deras publikationer korrekt. På det sättet respekterar vi deras arbete och resultat så att de får det värde som hör till dem. När vi valt en översikt om ett fenomen har vi granskat källförteckningen på vilken översikten baserar sig. I examensarbetets text har vi dock inte hänvisat till varje forskning som översikten baserad sig på för lätläslighetens skull men under arbetets gång har vi tagit dessa primärkällor i beaktande. Vi har på ett objektivt sätt samlat information och kunnat ställa forskares åsikter mot varandra utan att arbetet påverkas av våra egna åsikter.

Under arbetets gång upptäckte vi att de tillfällen när amningen förbjuds eller inte rekommenderas är väldigt få. Det kan delvis bero på att utbudet av forskningar som undersöker amning och påverkan av substanser, t.ex. läkemedel, droger osv. på barnet är få. En av orsakerna till denna begränsade mängd forskningar om vissa ämnens påverkan på amningen är etiska problem. Djurförsök har gjorts angående bröstmjölken halt av substanser men det skulle vara etiskt fel att göra samma försök på barn. Sålunda, många källors litteratur om substansernas påverkan på bröstmjölken och barnet har inte gjorts som systematiska forskningar utan resultaten kan ibland basera sig på författarens egna erfarenheter och djurförsök. Ibland har man nog undersökt hur substanser kan mätas i bröstmjölken genom att pumpa ut bröstmjölken men eftersom barnet då inte under själva undersökningen får bröstmjölken i sig är det svårt att veta hur substanserna påverkar barnet och i vilka mängder.

2.4 Tillförlitlighet

Då man undersöker kvantitativ forskning inom omvårdnad är syftet ofta att hitta en omvårdnadsåtgärd, rutin eller behandlingsmetod som patienten får störst nytta av. När man

gör litteraturstudier sammanfattar man mängder av publicerade forskningar och tyvärr är alla inte av hög kvalitet. För att kritiskt granska kvantitativ forskning ser man på studiens syfte, frågeställningar, design, urval, mätinstrument, analys och tolkning. (Forsberg m.fl. 2008, s. 93). Utöver det kan även året för publicering vara betydande eftersom speciellt klinisk forskning bör vara färsk (Forsberg m.fl. 2008, s. 122). För att sortera datainsamlingens artiklar har vi läst igenom den abstrakta delen av studien för att kunna granska forskningens syfte, resultat, metod osv. för att kunna välja relevanta forskningar för vårt arbete. Som tidsavgränsning för publicerade forskningsresultat har vi oftast inte valt källor äldre än från 2004. Dessa källor som varit äldre har vi kritiskt granskat och jämfört med nya forskningsresultat, om det funnits sådana publicerade. Dock har de flesta nya forskningsartiklar har inte varit äldre än från 2008. Ett problem har varit att inom vissa ämnen har det inte alltid funnits nyare litteratur och då har vi motiverat valet av litteraturen på basen av författarens sakkunnighet. Det har speciellt handlat om vissa källor som beskriver förhållandet och vårdarbetet mellan barnet och mamman med missbruksproblem och då har vi valt dessa källor. Motiveringen har varit att även fast de är äldre källor så handlar texterna inte direkt om nya forskningsresultat utan om mera bestående saker. För litteratur inom forskningsmetodiken och för att teoretiskt stöda vår produktutveckling har vi inte haft bestämda tidsavgränsningar på källorna eftersom detta material inte uppdateras i samma takt som nya forskningsresultat.

För att utvärdera hur resultaten av en studie är pålitliga eller inte beror det på studiens interna och externa validitet. Men intern validitet menar man tillförlitligheten i undersökningens resultat eller hur bra slutsatser man kan dra av resultaten ifall den oberoende variabeln har påverkat den beroende. Det kan t.ex. handla om att kontroll- och interventionsgruppen inte är lika jämna från början utan det kan finnas någon viktig aspekt som skiljer dem åt. Istället kan man göra undersökningen om man slumpmässigt delar in deltagarna i olika grupper. Om den interna validiteten är bristfällig innebär det att forskningsresultaten blir svåra att tolka och dra säkra slutsatser av. Extern validitet förklarar hur bra det går att generalisera resultatet från urvalsgruppen till populationen. Resultaten av studien bör alltså vara representativt och urvalsgruppen slumpmässigt utvald. Urvalsmetoden kan även ha brister om t.ex. personer med samma egenskaper, t.ex. ålder, kön och ekonomiskt status, blir samlade eller bortlämnade när man utformar urvalsgruppen. (Forsberg m.fl. 2008, s. 107-108). Med reliabilitet menas hur pålitliga mätningarna är, dvs. mätmetodens förmåga att ge samma resultat vid upprepade mätningar. (Forsberg m.fl. 2008, s. 111).

Tillförlitligheten i detta arbete består av litteraturstudiens resultat som vi kommit fram till. De forskningsresultat vi valt bort har vi valt bort för att de inte svarar på frågeställningarna för vårt examensarbete. Vi har under arbetets gång inte låtit arbetet påverkas av våra egna åsikter utan vi har varit öppna för alternativa lösningar och inte haft förutfattade meningar. Under arbetsprocessen har vi undersökt nationella rekommendationer och kopplat dem till andra forskningar för att kunna jämföra resultaten. På det sättet har vi även kritiskt granskat arbetet under skrivprocessen. Eftersom vi granskat forskningarnas validitet och reliabilitet kommer detta examensarbete och produkt att grunda sig på evidensbaserad och relevant litteratur. När vi gjort vårt urval för källorna till examensarbetet har vi över att granska forskningarnas validitet och reliabilitet även kritiskt granskat forskningen på andra sätt. Vi har kritiskt granskat skribenternas yrke, antal, bakgrund och erfarenhet för att få en bild av deras sakkunnighet. Dessutom har vi granskat varifrån artikeln har gjorts och var den är publicerad. Vi har även undersökt forskningens källförteckning. Eftersom examensarbetet tangerar många medicinska områden kommer det även att sakgranskas. Vi har också valt att inte gå allt för djupt in på molekylnivå för att t.ex. beskriva påverkan av rusmedel eftersom vår egen kunskap och utbildning rör sig i vårdarbetets riktning. I så fall skulle risken för att missuppfatta informationen växa.

3 Amning

Rekommendationerna angående amning i nuläget i Finland baserar sig på WHO:s rekommendationer. Helamning, när det enda näringsintaget för barnet är mammans mjölk, rekommenderas upp till 6 månader och därefter delamning upp till 12 månader, då barnet får bröstmjölk eller modersmjölksersättning och fast mat. Enligt WHO kan delamningen fortsätta ända till 2 års ålder. Förutom näring och fördelar för barnet och mamman så stärker amningen även anknytningen mellan dem. Samhället gynnas också av amning eftersom det ses som ekologiskt och miljövänligt. Dessutom minskar behovet av vård på sjukhus som en följd och fördel av amningen p.g.a. mindre eller lindrigare infektioner bland spädbarn. (Otronen 2007, s. 194).

3.1 Amningens fördelar för barnet

Amning är så mycket mera än bara en näringsväg för barnet. Det stärker barnets immunförsvar, stöder utvecklingen av hjärnan, sociala färdigheter och ger ett skydd också

för andra sjukdomar senare i livet. (Godfrey & Lawrence 2010, s. 1597-1598). Amningen ses ofta bara som ett sätt att mata barnet men även det psykiska välbefinnandet hos barnet ökar vid amning. Barnet känner tröst, lugnar ofta ner sig vid amning och känner bekräftelse och trygghet av omvårdnad. (Otronen 2007, s. 94).

Bröstmjölken har en anti-inflammatorisk effekt och förstärker barnets immunförsvar. Under de första dagarna efter förlossningen är skyddseffekten och den motståndskraft som barnet får via bröstmjölken som bäst. Bröstmjölken innehåller många komponenter bl.a. monocyter, neutrofiler och lymfocyter som deltar i immunförsvaret. I bröstmjölken finns immunoglobuliner, ett slags antikroppar, som har en baktericid, d.v.s. en bakteriedödande verkan, och neutraliserar toxiner av virus och bakterier. Proteiner i mjölken förhindrar också bakteriernas tillväxt. (Jarva & Meri 2011, s. 194).

Järvenpää har i sin artikel samlat många forskares åsikter angående sjukdomshämmande effekter som amningen medför åt barnet. I utvecklingsländer minskar amning på spädbarnsdödligheten och i västerländska samhällen hamnar ammande barn mera sällan till sjukhusvård för magsjukdomar, öroninflammationer eller urinvägsinfektioner. (Järvenpää 2008, s. 1147). Risken att insjukna i luftvägsinfektioner t.ex. lunginflammation minskar också vid amning. När man har jämfört barn i åldern 0-5 månader är incidensen och sjukhus vårdbehovet mindre hos de helammande barnen som bara fick bröstmjolk än de som tillsammans med bröstmjolk fick andra vätskor och mat, dvs. delamning. (Lamberti m.fl. 2013, s. 3, 8). Amningen ökar även vaccineringsarnas effekt. Amningen tycks även minska risken för typ 1 diabetes och övervikt senare i livet men också mot tidig keliaki i barndomen. Barn som har ammats i åtminstone 4 månader är i skolålder mindre överviktiga och har lägre blodtryck än de barn som ammats kortare tid. Amningen minskar och fördröjer även atopiska symptom och dess utveckling. Forskare emellan finns det ännu delade åsikter om hur amning påverkar allergi. (Järvenpää 2008, s. 1147; 2009, s 2089–2093).

3.2 Amningens fördelar för mamman

I Giglias översikt framkommer det att bröstet är ett endokrint organ som svarar på hormoner och stimuli, producerar mjölk och genomgår tillväxtförändringar. De kvinnliga hormonerna som är viktiga för mjölkproduktionen är prolaktin och oxytocin. Det är viktigt att prolaktinet utsöndras normalt för att upprätthålla mjölkproduktionen. Hormonet svarar

på barnets sugande genom att påverka bröstkörtlarna att producera mera mjölk inför nästa amning. Oxytocin startar och påverkar mjölkutsöndringsreflexen och tömningen av bröstet. (Giglia 2010, s. 238). Produktionen av hormonerna kan stimuleras enbart av att mamman ser på barnet, lyssnar på barnets signaler t.ex. gråt och av trycket i bröstvårtan vid amning. Hormonernas produktion och mjölkproduktionen upprätthålls genom att barnet ammar ofta och tillräckligt mycket och därför kan mjölkproduktionen upphöra vid en längre paus i amningen. (Nuutila & Ylikorkala 2004, s. 499).

Amningen hjälper mamman att återhämta sig efter förlossningen. Oxytocinet som utsöndras i samband med amningen får livmodern att dra ihop sig efter förlossningen och minskar på blödningen och senare livmoderinflammationer. Amningen sätter alltså igång återhämtningsprocessen efter födseln och minskar risken för efterblödningar. (Otronen 2007, s. 94). Oxytocin stöder även mammans tillgivenhet för sitt barn och skötseln av barnet. Ammande mammor blir snabbare kvitt den extra vikt som graviditeten har fört med sig och desto längre kvinnan ammar under sitt liv så minskar risken för att hon senare skall insjukna i typ 2 diabetes. På grund av hormonella orsaker minskar amningen risken för att senare i livet drabbas av bröst- och äggstockscancer. Amning minskar även risken för att kvinnan skall drabbas av osteoporos efter klimakteriet. (Koskinen 2008, s. 41). Kort sammanfattat av Godfrey och Lawrence (2010, s. 1597-1598) är de positiva effekterna som amningen ger mamman en mindre risk för bröstcancer och cancer i de sexuella- och reproduktiva organen, hjärt- och kärlsjukdomar, depression efter förlossningen och reuma.

3.3 Stöda anknytningen genom amning

I en litteraturstudie av Johnson (2013, s. 17-19) diskuteras amning och anknytning. Barnet söker instinktivt efter interaktion med den person som ger barnet omvårdnad och med omvärlden. Rollen som interaktör kan vara t.ex. mamma, pappa eller annan vårdnadshavare men i artikeln beskrivs mamman som denna person. En bra anknytning stöds genom att mamman kan synkronisera sitt beteende och dygnsrytm enligt barnets behov. I denna dynamiska relation kan båda parterna läsa varandra och mamman svara på barnets behov. Egenskaper som underlättar anknytningen från mammans sida är att relevant och regelbundet svara på barnets behov.

Anknytningen kan stödjas genom amning förutsatt att mamman har beslutat sig för att amma barnet. En mamma med missbruksproblem kan överge tanken på amning om hon

inte vet vilket som är bäst i barnets fall. Johnson (2013, s. 19-20) sammanfattar de forskningar som finns kring amning och tidig anknytning. Resultaten visar att när man jämfört fyra olika grupper av ammande mammor med varandra påverkas anknytningen starkt av amning. Grupperna delades in i mammor med hudkontakt med sitt barn, mammor med barnet i samma rum, mammor som ammade på beställning och mammor och barn som var separerade de första två timmarna efter förlossningen. De grupper vars barn var i samma rum som mamman och mamma-barn kontakten blev skapad hade betydligt bättre interaktion. Mamman var mera lyhörd och barnet mera belåtet efter ett års uppföljning. Svag interaktion ses däremot resultera i svårigheter att bilda relationer, mental ohälsa och påverka socio-emotionell utveckling negativt. Enligt dessa resultat kan amning ses som en positiv faktor som påverkar närheten mellan mamman och barnet.

4 Allmänt om mammor med missbruksproblem

Enligt statistik från Terveys- ja hyvinvoinnin laitos (THL) databehandlingssystem angående missbrukarvården 2010 har man kunnat undersöka vilka rusmedel som gjorde att klienterna sökte sig till missbrukarvården. På första plats var opiaterna (55 %), sedan följde stimulerande medel (14 %), cannabis (13 %), alkohol (11 %) och läkemedel (6 %). (Tanhua, Virtanen, Knuuti, Leppo & Kotovirta 2011, s. 57).

I rapporten ”Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015” från social och hälsovårdsministeriet förs fram en utvecklingsplan för psykisk hälsa och missbruksarbete. Gemensamma mål för att förebygga rusmedelsmissbruk är bl.a. att höja alkoholskatten sedan 2009, stärka enheter som främjar hälsa och att klienterna skall ha möjlighet till individuella lösningar, hitta och åtgärda de faktorer som gör att mental ohälsa och rusmedelsproblematik förs vidare till nästa generation. (Moring m.fl. 2011, s. 6, 16).

4.1 Tillgången av vård för mammor med missbruksproblem

Lagstiftningen i Finland förpliktigar vissa åtgärder för mammor som använder droger i syfte att förbättra den gravida kvinnans och barnets situation. För att trygga vården med stödåtgärder direkt efter att barnet fötts har mammor med missbruksproblem möjlighet att samarbeta med barnskyddet. Man kan göra en föregripande barnskyddsanmälan dvs. göra en anmälan under tiden mamman är gravid (barnskyddslagen 2007/417 § 25c). Av

den brådskande vårdens del täcker vårdgarantin oftast de opiatberoendes substitutionsvård och servicegarantin berör inte egentligen vård av missbrukare. Det är ibland inte klientens egentliga behov av vård som reglerar tillgången av vård utan kommunens budgeterade resurser för missbrukarvården. I praktiken kan inte alla lagens plikter uppfyllas och barnskyddet måste ingripa när inte tillräckligt med förebyggande åtgärder kan genomföras. (Tanhua m.fl. 2011, s. 158-159).

Kalland, Leppo och Pajulo beskriver (enligt Tanhua m.fl. 2011, s. 159) hur experter har riktat uppmärksamhet på att vård, som är riktad till familjer med missbruksproblem och gravida kvinnor, har genomlidit ekonomiska nedskärningar och verksamhetsförutsättningarna har under de senaste åren försämrats. Detta har lett till att man har tvingats skära ner vårdplatser, vilket gör det ännu svårare att komma till vård. Med stöd av Penningautomatföreningen Ray har missbrukarvårdens specialiserade mödrahem och öppenvårdens enheters verksamhet utvecklats men deras finansieringsansvar skulle börja förflyttas till staten och kommunerna från början av år 2011. Därmed fick kommunerna ett helt självständigt beslut hur mycket pengar man vill satsa på vården av gravida kvinnor och familjer med små barn där missbruksproblem förekommer. När kommunen har dålig ekonomi faller de pengar som var avsedda för vården av mammor med missbruksproblem lätt bort i den strama budgeten. (Tanhua m.fl. 2011, s. 158-159).

I Finland råder det skillnader i amningen som beror på region- och rådgivningsrelaterade orsaker. Skillnaderna beror på hälsovårdens handledning och stödåtgärder, mammans utbildningsnivå och familjens sociala och ekonomiska situation. Orsakerna till minskad amning är även rökning och alkoholanvändning. När det gäller amnings rådgivning och föräldraskapets psykosociala stödjande är det viktigt att rikta in sig på utsatta grupper som har benägenhet för att inte uppleva en lyckad amning. Dessa grupper som visat sig ha en kort amningsperiod är t.ex. ensamstående föräldrar, föräldrar med låg utbildning och unga mammor som röker. (Hasunen m.fl. 2004, s. 104-105).

4.2 Förbundet för mödra- och skyddshem

När det gäller utvecklingen av vården för mammor med missbruksproblem och deras barn är länderna i Norden och speciellt Finland föregångare. I Finland har man inom Förbundet för mödra- och skyddshem utvecklat innehållet i vården så att det skall motsvara behoven

som mammorna och barnen har. Ett statligt vårdprogram, det så kallade ”Pidä kiinni®-projektet”, för gravida kvinnor med missbruksproblem och barnfamiljer, har genom Penningautomatföreningen Ray:s stöd utvecklats under de senaste 10 åren. Målet för detta projekt är att förebygga och minimera rusmedlens skadeeffekter på foster och barn. Metoderna är att intensivt stöda mammans eller föräldrarnas rusmedelsfrihet och att förbättra förhållandet mellan barnet och mamman eller föräldrarna. (Pajulo 2008, s. 2851).

Förbundet för mödra- och skyddshem har utvecklat en vårdmodell inom missbruksvården där mammor och deras barn blir erbjudna att få vara tillsammans på ett mödrahem. I Finland finns det sju vårdenheter på orterna Helsingfors, Esbo, Åbo, Jyväskylä, Kuopio, Gamla Karleby och Rovaniemi. Grundtanken som man strävar efter är att föräldra- och moderskapet skall stärkas tillika som man arbetar med mammans missbruksproblem. För att få stanna på mödra- och skyddshemmet kräver det att mamman håller sig rusmedelsfri. Inom vårdmodellen försöker man fokusera på barnets och mammans interaktion och försöker stärka den genom att uppnå positiva och lyckade stunder av växelverkan. Målet är att mamman skall kunna vara rusmedelsfri och kunna hantera och vårda sitt barn själv. (Pajulo 2010).

5 Alkohol

Från 1990 till 2004 steg användningen av alkohol i Finland per invånare från 8,5 liter till 10,5 liter starksprit. När alkoholskatten sänktes 2004 ökade användningen ytterligare och har hållits på en hög nivå sedan dess. Man ser speciellt att alkoholanvändningen stiger hos kvinnor. Tidigare ansågs kvinnan som nykter, hjälpsam och som den person som skötte om vardagliga sysslor där omvårdnad av barn ingick. Statistiken över kvinnornas ökande alkoholanvändning ses bl.a. genom att allt fler kvinnor söker sig till missbrukstjänster för att få vård. Av de kvinnor som söker vård har bl.a. åldersgruppen 25-34 åringar, alltså småbarnsmammor, ökat. (Holmila, Huhtanen, Martikainen, Mäkelä & Virtanen 2009, s. 110). Med en ökad alkoholanvändning hos mammor kan man fundera vilka följder det kan få för amningen. När alkoholen överförs till bröstmjölken kommer det att på olika sätt påverka barnet enligt publicerade forskningsresultat. Utgående från dessa finns det rekommendationer för alkoholanvändning under amningsperioden. Bröstmjölakens positiva egenskaper för barnet måste motvägas när det framgår vilka skadeverkningar mammans alkoholanvändning kan föra med sig.

5.1 Alkoholens påverkan på amningen och barnet

Man kan tro att alkohol förbättrar mjölkproduktionen när man ammar men undersökningar visar att det är tvärtom. Trots att alkoholen tillfälligt kan lugna mamman under amningen påverkar den även på ett negativt sätt nivån av hormoner som upprätthåller amningen. På grund av detta kan alkoholanvändning under amningen minska på mjölmängden som produceras. (Giglia 2010, s. 238-239; Seppä, Alho & Kiianmaa (toim.) 2010, s. 131). Mera specifikt påverkas amningen av att alkoholen minskar på mammans prolaktin- och oxytocinhalt (THL 2009, s. 32; Giglia 2010, s. 238-239). När alkoholen påverkar dessa hormoner minskar mjölkproduktionen pga. kontrollen av mjölktillgången och utdrivningsreflexen försämras, vilket medför att det räcker en längre tid innan mjölken börjar utsöndras (Giglia 2010, s. 238).

I Giglias översikt presenteras hur alkoholintag kan förändra prolaktinnivåerna och mjölkproduktionen. Forskningar visar att alkoholintag ökade prolaktinnivån i blodet och förändrade prolaktinresponsen av bröstpumpningen. Responsen på prolaktinet, dvs. mjölkproduktionen, förändras när prolaktinnivån varierar. Responsen var beroende av hur mycket blodets alkoholprocent hade stigit eller sjunkit när man pumpade mjölk från bröstet. När man pumpade bröstet under den fas när alkoholprocenten i blodet steg ökade alkoholen betydligt mjölkproduktionen. Då alkoholprocenten i blodet sjönk minskade mjölkproduktionen och kroppen kunde inte svara på den förhöjda prolaktinnivån på samma sätt. (Giglia 2010, s. 239). Detta förklarar alltså att trots att prolaktinnivån i mammans blod ökar så på grund av att hon har druckit alkohol så klarar inte kroppen av att svara på den förhöjda prolaktinnivån och producera tillräckligt med mjölk för amningen. Denna respons på prolaktinnivån är inte jämn under alkoholintaget utan speciellt när alkoholprocenten i blodet sjunker blir responsen på prolaktinet mindre och då försämras även mjölkproduktionen.

Det är bevisat att alkoholen når bröstmjölken via passiv utbredning och kan återspeglas i mammans blodvärden. Det är individuellt hur höga alkoholvärden varje individ får. Man räknar med att inverkan på blodets alkoholprocent beror på mammans kroppsvikt, mängden fett och muskler i kroppen, maginnehållet vid tiden för intaget av alkoholen, tiden för alkoholintaget, mängden och styrkan på alkoholdrycken. (Giglia 2010, s. 238). Casey sammanfattar flera olika forskares resultat när hon beskriver hur alkohol överförs fritt till bröstmjölken och därför sjunker alkoholkoncentrationen i bröstmjölken i samma

takt som i blodet. Den högsta koncentrationen nås efter ca 30-60 minuter efter intaget av en portion alkohol och det mesta har eliminerats efter två till tre timmar. Ju mera alkohol mamman intar, desto högre blir den högsta koncentrationen i blodet och bröstmjölken, vilket gör att det tar även längre tid innan alkoholen har eliminerats. Man kan inte öka eliminationshastigheten med till exempel att dricka vatten eller kaffe, motionera eller att pumpa ut och kassera bröstmjolk. (Casey 2012, s. 24).

Man vet att mjölkens alkoholhalt även efter ett större intag är väldigt liten (Pohjola, Alaja & Seppä 2007, s. 3164; THL 2009, s. 32). På basen av litteraturen till denna artikel finns det ganska litet vetenskaplig information om användning av alkohol, dess påverkan och betydelse för amningen. För att tydliggöra alkoholens mängd i bröstmjölken vill författarna peka ut några exempel från Pohjolas m.fl. sammanfattning av sakkunniga källor inom ämnet. Om en 60 kg tung kvinna dricker en halv flaska vin, dvs. ca 6 portioner alkohol, så når hennes promillehalt i blodet högst 1,5 ‰. Då finns det i en deciliter bröstmjolk 0,12 gram alkohol, vilket motsvarar ungefär en hundradel av en alkoholportion. Vid varje amningstillfälle minskar mjölkens alkoholhalt och efter 12 timmar är mjölken totalt alkoholfri. Som jämförelse kan man undersöka andra produkters alkoholhalt. Till exempel rekommenderar man till ammande barn en daglig dos av D-vitamin, där ett av de mest använda preparaten är t.ex. Jekovit, vars droppar har en grundlösning som innehåller 0,02 gram ren alkohol. Det motsvarar ungefär samma mängd som barnet får i sig när mamman dricker två portioner alkohol. I dessa fall som nämnts blir barnets alkoholhalt i blodet väldigt liten. (Pohjola m.fl. 2007, s. 3164).

Mammans alkoholanvändning kan även minska på den totala mängden mjolk som produceras och som barnet får i sig vid amningstillfället (Giglia 2010, s. 239; Casey 2012, s. 24). En av orsakerna till detta kan vara att i Pohjolas m.fl. litteraturstudie framgår det att alkoholen påverkar bröstmjölken specifika doft och då även barnets lust att amma. Doftförändringen är som störst ca 30-60 minuter efter att mamman har druckit alkohol, vilket även sker då den högsta koncentrationen av alkohol finns i blodet och bröstmjölken. I början av amningen är barnet villigt att amma den alkoholhaltiga bröstmjölken men den totala mängden blir mindre än om mjölken skulle ha varit totalt alkoholfri. Man har upptäckt att barnen ersätter förlusten av den totala mängden bröstmjolk genom att amma kraftigare då när det inte mera finns alkohol i mjölken. (Pohjola m.fl. 2007, s. 3163).

Det är svårt att göra vetenskapliga experiment för att undersöka hur alkoholanvändning hos ammande mammor påverkar barnen under amningen. Man har gjort djurexperiment där honorna fått alkohol under tiden de diat sina ungar och kommit fram till att ungarna led av hormonförändringar i blodvärdena. Endorfinnivån och immunsystemets celler minskade betydligt och serotoninhalten ökade märkbart. Dessa resultat visar att hormonhalten och immunsystemets celler är känsliga om mamman använder alkohol under amningen och de här begynnande förändringarna kan eventuellt bidra till att det uppstår en långtids inverkan på immunsystemet. (Giglia 2010, s. 239).

Även en liten mängd alkohol som barnet får i sig kan minska på längden och på mängden aktiv sömn. När det tillsätts en liten mängd alkohol till bröstmjölken, cirka 0,032 g/dl, förmodar man att det minskar på barnets längd på sömnen, mängden aktiv sömn och förkortar de längsta sömnfaserna. Den aktiva sömnen ökar igen då det inte mera finns alkohol i bröstmjölken. Dagssömnrytmen får även uppleva förändringar, barnet sover längre sömnfaser och de här fasernas mängd ökar. (Pohjola m.fl. 2007, s. 3163). Däremot är forskningen inte enig, Casey påpekar att barnet kan få symptom som dåsighet, djup sömn, bli svårt att väcka och sova längre. Dessutom anser hon att sömnen kan bli orolig, störd och det kan bli svårare att lägga barnet och sova kortare perioder. (Casey 2012, s. 24). Man har undersökt att ca 1,5 portion alkohol som mamman konsumerar resulterar i förändringar hos barnet, som inverkar t.ex. på sömnrytmen (Giglia 2010, s. 239). Forskningarna är ändå överens om att olika förändringar i barnets sömnmönster förekommer då mamman använder alkohol under amningen.

Ett barns lever kan inte eliminera alkohol från blodet lika bra som en vuxens, vilket kan leda till att alkoholen samlas i kroppen (Pohjola m.fl. 2007, s. 3163; Casey 2012, s. 24). För barnets lever tar det längre tid att förbränna alkoholen och levern kan fullständigt bryta ner alkohol vid 5-7 års ålder. Barnet kan sålunda vara känsligt för alkoholens skadeverkningar, t.ex. lågt blodsocker, slöhet och sömnlighet. (Hasunen m.fl. 2004, s. 88). Detta kan leda till symptom hos barnet som t.ex. försämrad motorisk utveckling och minskad viktökning (Casey 2012, s. 24). Under de första levnadsveckorna är ämnesomsättningsfarten ungefär hälften av en vuxens (Pohjola m.fl. 2007, s. 3163).

Ett barn kan få små mängder alkohol i sig genom mjölken men sådana små mängder har inte ännu kunnat påvisa följder i barnets utveckling (Seppä m.fl. 2010, s. 132). Dock är forskningarna inte eniga. Barn som har blivit utsatta för alkohol under amningsperioden

uppvisar motstridande resultat när man undersöker tillväxten (Pohjola m.fl. 2007, s. 3163). Mammans alkoholbruk under amningen kan t.ex. leda till att barnet äter dåligt och växer långsamt (THL 2009, s. 32). I en undersökning framgår det att när mammor använt alkohol under amningen avvek barnen från normalstorleken som femåringar. När det gäller den motoriska utvecklingen finns det även motstridiga resultat, fast man kan inte med säkerhet påstå att en liten alkoholmängd kan leda till störningar. Dock bör det nämnas som ett exempel när en ammande mamma använde 50 restaurangportioner alkohol i veckan så hade dottern, som var 4 månader gammal, utvecklat något som påminner om Cushings syndrom. Då hittade man i laboratoriefynd en förstörd glukos- och kortisonkoncentration i blodet vilket kunde ha misstolkats som symptom på syndromet men det är känt att även alkohol kan förhöja dessa blodvärden. När mamman slutade dricka alkohol under amningsperioden började barnet växa normalare och den fysiska karaktären återvände till det normala. Störningar i den psykiska utvecklingen kunde inte uppvisas i en undersökning som gjordes tre månader efter barnets födsel när mamman drack ca 30 ml etanol dagligen, vilket motsvarar drygt två restaurang alkoholportioner. (Pohjola m.fl. 2007, s. 3163).

5.2 Rekommendationer angående amning och alkoholanvändning

Det största problemet med alkoholanvändning är att mammor inte alltid kan se efter barnets behov när de själva är alkoholpåverkade. Barnmisshandel och försummelse av barnets vård, när föräldrarna är alkoholpåverkade, hör till de vanligaste orsakerna varför speciellt barn som ammas blir fall där barnskyddet måste ingripa. Mammans kraftiga alkoholanvändning skadar barnet indirekt genom att det kan ske olyckor och misshandling i vården av barnet. (Hasunen m.fl. 2004, s. 88; Seppä m.fl. 2010, s. 132). På grund av att barnets fysiska och emotionella omvårdnad kan bli åsidosatt och risken för att barnets behandlas illa är större hos familjer där föräldrarna använder rusmedel rekommenderas inte alkoholintag under amningsperioden. Med denna rekommendation tar man i beaktande barnets välbefinnande och de alkoholpåverkade föräldrarnas uppmärksamhetsförmåga. (THL 2009, s. 32).

Dock påpekar internationella källor att man inte totalt behöver avstå från alkohol under amningsperioden, jämfört med graviditeten, huvudsaken är att man undviker att barnet blir utsatt för alkoholen. I undersökningen som gjordes visar det att majoriteten av de ammande mammorna som konsumerade alkohol minimerade sina barns utsatthet för alkohol genom att tidsplanera sitt alkoholintag, t.ex. "direkt efter amningen" eller "med ett kvällsmål".

Dock kan man inte utesluta från undersökningen att detta kvällsmål inte kombinerades med amning. (Giglia 2010, s. 240). Slutligen kan man konstatera (med rekommendationer från National Health and Medical Research Council 2009) att det säkraste sättet är att inte alls använda alkohol under amningsperioden och det viktigaste är att mammor skulle undvika alkohol under den första månaden efter förlossningen så att amningen kan tryggt komma igång. Efter det rekommenderas att alkohol intaget skulle begränsas till högst 2 portioner per dag, dessutom borde mammor undvika alkoholintag direkt före amningen. De mammor som verkligen vill dricka alkohol kunde överväga att pumpa ut bröstmjolk i förväg. (Giglia 2010, s. 241).

I Finland råder det meningsskiljaktigheter hos de professionella när det gäller alkoholanvändning under amningen. En del stöder att mamman skall avstå från alkohol helt och hållet under amningsperioden medan en del tillåter mamman att använda alkohol bara hon klarar av att ta hand om sitt barn. (Pohjola m.fl. 2007, s. 3161). För en kvinna som ammar förhindrar inte ett glas vin eller en bastu öl amningen, det handlar då om en tillfällig och inte berusande mängd alkohol. Om man vill undvika att barnet får i sig alkohol i de här situationerna kan man vänta så länge det finns kvar alkohol i mammans blod innan man ammar. (Hasunen m.fl. 2004, s. 88; THL 2009, s. 32). Alkoholen försvinner från bröstmjölken i samma takt som från mammans blod, dvs. med 7 g per timme. Efter att mamman har varit riktigt berusad skall hon undvika att amma innan hon är totalt nykter igen. (Hasunen m.fl. 2004, s. 88).

Den vetenskapliga forskningen är knapp, men på basen av det som finns kan man räkna ut att mammans måttliga alkoholanvändning ökar knappt barnets alkoholhalt i blodet. Nutidens unga mammor har dock tillägnat sig mycket alkoholanvändning för berusande syfte. För dem finns det grunder för att ge begränsande instruktioner även efter förlossningen. Alla de som dricker rikligt eller för att bli berusade, borde man ge råd om att minska på alkoholanvändningen eller sluta med den totalt, inte främst på grund av att alkoholen skulle överföras via amningen till barnet och orsaka skada utan även för att mammans alkoholmissbruk kan skada barnets psykiska utveckling och vara skadligt för mamman själv. (Pohjola m.fl. 2007, s. 3164). Forskarna och skribenterna inom området har olika stränga åsikter om alkoholanvändning under amningen. Huvudsaken är i alla fall att mamman klarar av att ta hand om barnet och då är någon alkoholportion nu och då inte ett hinder för amningen.

6 Tobak

Helakorpi m.fl. påpekar (enligt Kaikkonen m.fl. 2012, s. 152- 153) att det är vanligt att föräldrar röker, en undersökning visar att av mammor röker 15 % och av pappor 27 % dagligen tobak. Det finns stora skillnader bland åldersgrupperna då det gäller rökning under graviditeten, hos föderskor under 20 år röker 46 % och över 35 år endast 9 % (THL 2009, s. 31). Undersökningen visar även att under graviditetstiden sker förändringar hos mammorna, efter den första tredjedelen av graviditeten röker 9 % dagligen tobak och under amningstiden 4 %. Det visade sig även att lägre utbildade mammor hade fyra gånger större rökningprocent under graviditets- och amningsperioden jämfört med de högre utbildade. Av de lägre yrkesutbildade mammorna rökte 6,8 % under amningsperioden, jämfört med 1,5 % av de högre utbildade. (Kaikkonen m.fl. 2012, s. 155-156). Man kan fråga sig vad det är som får dessa lägre utbildade mammor att i högre grad fortsätta röka under amningen. Dessutom innebär rökningen negativa följder för barnet och många mammor väljer att sluta amma för att de röker. Med forskningsresultat som bakgrund och nationella och internationella rekommendationer vill vi klargöra de bästa sätten för barnet att kunna ta del av bröstmjölken fördelar även om mamman röker.

6.1 Tobakens påverkan på amningen och barnet

Zanardo m.fl. för fram i sin artikel argument från flera olika undersökningar om hur tobaksrökningen påverkar amningen. Tobaksrök består av över 5000 kemikalier, varav cirka 70 är cancerframkallande ämnen. Amning betydligt ökar absorberingen av nikotin hos barnet jämfört med tobaksrök enbart i närmiljön. (Zanardo m.fl. 2005, s. 1410). Canivet m.fl. och Järvenpää beskriver (enligt Kaikkonen m.fl. 2012, s. 155) att mammas rökning under amningsperioden påverkar bröstmjölken kvalitet och mängd. Om mamman röker innehåller hennes bröstmjolk även andra skadliga ämnen än nikotinet, t.ex. tungmetaller och miljöföroreningar som överförs till barnet (Hasunen m.fl. 2004, s. 88 -89; Koskinen 2008, s. 44).

På grund av mammans rökning utsätts barnet för cancerframkallande ämnen både direkt via bröstmjölken och även indirekt (Malm 2008, s. 637). Barnet blir utsatt för rökningens skadliga ämnen både via bröstmjolk, tobaksrök, mammans andningsluft, kläder och hår. I undersökningar framgår det att mammor som röker tobak ammar mera sällan och kortare stunder än mammor som inte röker. (Koskinen 2008, s. 44 -45; THL 2009, s. 31-32). Det

här tror man kan bero på psykologiska och sociala faktorer snarare än på rökningens inverkan på mjölkutsöndringen (Koskinen 2008, s. 45). Andra orsaker till minskad amning kan vara en mindre lust att amma bland mammor som röker, vilket kan bero på nikotinet som påverkar de hormoner som styr mjölkutsöndringen. Nikotinet har dessutom en hopdragande effekt på blodkärlen vid bröstkörteln, vilket i sin tur fördröjer utsöndringsreflexen. (Hasunen m.fl. 2004, s. 88-89; THL 2009, s. 31-32). Dessutom påverkar rökningen mammans allmänna hälsa, minskar matlusten och kan försämra mammans näringstillstånd (Hasunen m.fl. 2004, s. 88-89).

Dorea för fram argument från flera undersökningar om hur rökning har samband med respiratoriska problem och lungcancer. Det påpekas att barn kan vara utsatta för annan sorts rök än tobaksrök i sin hemmiljö. Det är ett vanligt fenomen i utvecklingsländerna där vedrök, som även innehåller många giftiga ämnen, kan finnas inomhus pga. vedeldning och matlagning. De ämnen som skiljer sig från denna sorts rök är nikotin och cyanid, vilka är speciellt förknippade med mammor som röker tobak. Däremot vill man även antyda att man kan hitta substanser av nikotin och cyanid i vanlig mat, t.ex. små mängder av nikotin finns i vissa grönsaker, tomater, potatis och i te. Tobaksrökningen orsakar dock beroende pga. den höga koncentrationen av nikotin och intagsvägen via lungorna. Den vägen tar det ca 12 sekunder för nikotinet att via blodomloppet nå hjärnan medan det dagliga intaget av nikotin i en vanlig diet rör sig om nästan obetydligt små mängder. (Dorea 2007, s. 288). Dosen nikotin som ett barn får i sig är proportionell med den mängd cigaretter som mamman röker. Nikotin ökar risken för kolik och luftvägsinfektioner och kan dessutom påverka barnets andning och blodets syrehalt. Det finns inga långtidseffekter av nikotin dokumenterade. Casey poängterar även att nikotin är känt för att minska på mjölkproduktionen och andelen fett i mjölken. (Casey 2012, s. 23). Nikotin kan även orsaka att barnet blir rastlöst, kan få diarré eller förgiftning (Hasunen m.fl. 2004, s. 88). Barnet kan också uppleva abstinenssymptom mellan bröstmjölksmåltiderna om mamman är en storrökare (Casey 2012, s. 23).

Martin m.fl. har i sin artikel sammanfattat sakkunniga källor angående tobakens inverkan på barnets hälsa. Det framgår att för barn som under och efter graviditeten utsätts för tobaksrök kan det resultera i en lägre födelsevikt och fysiska missbildningar. Barn kan drabbas av sömnstörningar och även risken för astma ökar. Det finns även bevis för att rökning under graviditeten försämrar barnets språkutveckling. Detta gäller även för inlärningsförmågan, minnet och barnets senare kognitiva färdigheter. (Martin m.fl. 2008, s.

272). De barn till mammor som röker lider oftare av luftvägs- och öroninfektioner, andningsbesvär, kolik eller plötslig spädbarnsdöd jämfört med barn till mammor som inte röker (Martin m.fl. 2008, s. 272; THL 2009, s. 31). Mammans rökning kan även minska mängden och försämra kvaliteten på barnets sömn. Risken för att barnet insjuknar minskar något om mamman eller föräldrarna röker utomhus. (THL 2009, s. 31-32).

6.2 Rekommendationer angående amning och rökning

Dorea har i sin artikel sammanfattat och refererar andra forskares åsikter om rökning och amning. Det beskrivs att idag är tobakens hälsovådliga effekter mycket kända. Därför använder sig tobaksindustrin av t.ex. filmindustrin för att skapa en lockande miljö för att uppmuntra till rökning. Sålunda kan unga, sårbara mammor med sämre socioekonomisk bakgrund, anse att det är svårt att sluta röka när de ammar. Det är mer realistiskt att se hur lägre utbildade, fattiga och frustrerade mammor faller för frestelsen att använda en ”renare” mjölk i form av modersmjölkersättning istället för sin egen ”kontaminerade bröstmjolk”. Den här bilden av kontaminerad mjölk lätt kan föras vidare av industrin som tillverkar barnmat och kanske ofrivilligt även av hälsovårdspersonal. Därför är ammande mammor som röker sårbara för denna typ av marknadsföring som påstår att vissa modersmjölkersättningar är nästan lika bra som deras egen bröstmjolk. Sålunda anser man att det är summan av fysiska och sociala faktorer som utformar mammornas attityder om rökning. Detta kan få unga utbildade mammor till att tro att de inte samtidigt bör röka och amma och därmed överger amningen istället för rökningen. Visserligen borde avvänjning av tobak ske före befruktningen, det skulle vara det optimala för både barnet och mamman. (Dorea 2007, s. 287- 288).

Trots att det finns faror med rökning under amningen vill Dorea lyfta fram att amningen kan vara livsviktig för barnet. Som ett starkt argument för att uppmuntra till amning har det visat sig att barn ammade av mammor som röker har ändå ett bättre skydd mot sjukdomar jämfört med de barn som får modersmjölkersättningar. Forskning har visat att kvinnor som röker under amningsperioden utgör en riskgrupp som brukar överge amningen. Det har visat sig att deras barn som föds upp med modersmjölkersättning löper större risk att bli sjuka och dö, speciellt i fattiga utvecklingsländer. Dorea hänvisar även till WHO där det framkommer att modersmjölkersättningar i dessa fall orsakar oersättliga skador hos barnen. För mammor som röker och ammar diskuteras fördelarna med vanlig bröstmjolk jämfört med modersmjölkersättning, dock kan det innebära risker för barnet både om

mamman röker och om barnet får modersmjölkersättningar. Man diskuterar speciellt rökningens påverkan på blodcirkulationen, effekten av cyanid som påverkar jod metabolismen hos spädbarn och nikotinet som härstammar från mammans rökning. (Dorea 2007, s. 287-288).

Bröstmjölakens positiva effekter för hälsan är ändå av större vikt än tobaksrökningens skadeeffekter och därför anser man även i Finland att mammans rökning inte är ett hinder för att amma (THL 2009, s. 31-32). Därför är det viktigt för den officiella hälsovården att inte missa chansen att stöda och uppmuntra mammor som röker till att fortsätta amma sina barn, trots att de inte har lyckats sluta röka under graviditeten eller amningen. I första hand bör material för rökavvänjning delas ut till dessa föräldrar, trots att alla mammor kanske inte lyckas sluta röka. Mamman använda sig av ersättningsprodukter, t.ex. nikotintuggummi som hon kan ta efter att hon har ammat barnet. Huvudsaken är i alla fall att mamman fortsätter amma barnet. Det bör även påpekas att barn till mammor som röker eller snusar blir exponerade för nikotinet via bröstmjölken. Dessa barn har dock en bättre barriär mot nikotinet för att kroppen tar emot det via matsmältningssystemet och inte via lungorna, förutsatt att mamman inte röker i barnets närhet. (Dorea 2007, s. 289-290).

Dorea jämför olika forskares substitutionsmetoders resultat i sin artikel. Forskningsresultat vid mätningar när mamman använder nikotinplåster visar på spår av nikotin i bröstmjölken. Om man jämför med de giftiga ämnen som tobaksröken medför, t.ex. koldioxid, nikotin, cyanid och tjära, så är användningen av nikotinplåster för ammande mammor säkrare än om mamman skulle röka tobak. Forskning visar även att dosen nikotin minskar med ca 70 % när mamman använder 7 mg nikotinplåster jämfört med när mamman röker. Slutligen att det är långt ifrån rekommenderat att mammor röker tobak när de ammar men det är värre att röka och inte amma för barnets del. Det gäller att balansera riskerna mot varandra och arbeta mot att industrin för modersmjölkersättningar lätt försöker påverka ammande mammor som röker att använda deras produkter. (Dorea 2007, s. 290).

Det har visat sig att mammor som röker slutar amma tidigare än mammor som inte röker. Många kan få hjälp via avvänjningsgrupper både under graviditeten och amningsperioden. Om mamman inte kan sluta röka borde hon undvika rökning 2-3 timmar före amningen och under amningen. Dessutom bör man på alla sätt undvika att barnet utsätts för tobaksrök via andningsluften. (Hasunen m.fl. 2004, s. 88-89; THL 2009, s. 32).

Bröstmjölakens nikotinhalt är som högst en kvart efter rökningen. Även när man använder nikotinersättande preparat bör man hålla en paus på 2-3 timmar innan amningen. (Hasunen m.fl. 2004, s. 88-89). Nikotin samlas i mjölken, men den mängd nikotin som barnet får i sig via mjölken blir ändå liten om mamman använder ersättningsprodukter. Ersättningsprodukter är sålunda möjliga under amningen om man inte nått rökfria resultat på något annat sätt. Även i den nyare nikotinberoende vårdens läkemedel använder man bupropion och även där överförs en ganska liten del till mjölken. Vareniklin användning under amningen har man inte tidigare erfarenheter av. (Malm 2008, s. 637-638).

7 Läkemedel och sjukdomar

Läkemedel som används enligt rekommendationer med en god baktanke är allmänt trygga vid amning men läkemedel kan också missbrukas så som alkohol och andra rusmedel. Upprepad användning av mediciner för att uppnå en ruseffekt definieras som läkemedelsmissbruk. Ofta används lugnande eller antidepressiva läkemedel för att få en sådan verkan. Andra läkemedel som förekommer vid missbruk är smärtmediciner som inverkar på centrala nervsystemet, bantningsmediciner, hostmediciner och läkemedel som påverkar tarmfunktionen. Missbruk av mediciner förekommer ofta tillsammans med alkoholmissbruk eller hos tidigare drogmissbrukare, särskilt vid opiatmissbruk, som vid avvänjning istället börja använda läkemedel som innehåller opiater. (Holopainen 2009).

Överlag finns det få läkemedel som kräver att man måste sluta amma och det finns som tur ett utbud av andra trygga och beprövade mediciner som mamman kan byta till när hon ammar om medicinering krävs. En obehandlad infektion eller sjukdom sätter både mamma och barn i fara och därför förespråkas medicinering också vid amning. Vissa infektioner hos mamman medför även att barnet inte kan ammas alls eller under den tiden som infektionen är aktiv. Man kan dock inte bortse från att ett spädbarns förmåga att processera läkemedel är outvecklad och vissa läkemedel kan förorsaka skador hos spädbarnet. För att tryggt kunna inta läkemedel vid amning finns rekommendationer och råd från säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet Fimea i Finland och teratologiska institutet.

7.1 Läkemedlens påverkan på amningen och barnet

McDonald, Amir och Davey (2011, s. 1-6) visar i sin litteraturstudie att beslutet för att använda läkemedel vid amning är en svår process. När en mamma skall överväga medicinering när hon ammar blir beslutet svårare eftersom hon ansvarar för två kroppar. Beslut kan göras från tre olika perspektiv: det biomedicinska där medicinens farmakologiska effekter är avgörande, från sjuk- och hälsovårdspersonal som kan ge råd, rekommendationer och skriva ut medicin åt mamman och från mamman själv utgående från egna eller andras erfarenheter och åsikter. Mammans beslut om medicinering påverkas också av kulturella normer. Helman (McDonald m.fl. 2011, s. 1-2) menar att i varje kultur ses mamman och barnet som sårbara, särskilt direkt efter förlossningen och under amningsperioden. Mammor förväntas därför att sköta om sin kropp för att trygga barnets välmående genom att erbjuda en mjölk fri från läkemedel eller andra toxiner. Förväntningarna på att mamman skall vara en bra mamma d.v.s. en "ren mamma" gör att hon sätter barnets behov framöver sina egna även om hennes medicinering är väsentlig för sin egen hälsa och indirekt även barnets. Om en ren mamma ses som en god mamma, ses en ansvarfull mamma som en person som följer sjuk- och hälsovårdspersonalens råd. När mamman utsätts för dessa förväntningar visar studier både mammans egen och sjukvårdspersonalens rädsla för medicin och amning. När en ammande mamma blir ordinerad medicin slutar hon också att amma tidigare. Mammor kan också förnekas vård p.g.a. de möjliga risker som barnet utsätts för.

Barnets exponering för läkemedel via bröstmjölken beror på två faktorer: läkemedlets koncentration i bröstmjölken och mängden mjölk som barnet får i sig. Läkemedlets koncentration i mjölken är i sin tur beroende av molekylstorlek och om läkemedlet transporteras fritt eller är bundet till transportproteiner. De läkemedel som binds till transportproteiner transporteras inte till mjölken. Fettlösliga läkemedel transporteras också lättare till mjölken p.g.a. deras egenskap att tränga igenom cellmembran. En icke-joniserad molekyl har också större genomtränglighet i cellmembranen. (Malm 2008, s. 634-635). Den mängd av läkemedel som kommer till barnet genom mjölken är ofta liten. Man räknar med att i medeltal överförs under 1 % av mammans läkemedelskoncentration till barnet via mjölken. (Tiitinen 2013). Korta läkemedelskurser eller mediciner vid behov är inget hinder för amningen men vid långtidsmedicinering och regelbundet bruk finns det risk att effekter syns också hos barnet. (Malm 2008, s. 632). När man ammar är farorna med läkemedel störst under barnets första levnadsår eftersom läkemedelsmetabolismen dvs. den

process som börjar med att läkemedlet tas upp, bryts ner och sedan avlägsnas ur kroppen ännu är outvecklad och utsöndringen från njurarna fungerar bristfälligt. En stor del av läkemedlen överförs till bröstmjölken men en kort tids utsättning för läkemedel via bröstmjölken leder ändå sällan till problem. (Malm 2012).

Förutom hur läkemedlet transporteras via mjölken bör man också se på hur barnet metaboliserar läkemedlet. Casey har sammanfattat resultat av flera tidigare forskningar och i sin artikel beskriver hon hur mammans lever och njurar sköter om läkemedelseliminationen medan efter förlossningen förskjuts arbetet till barnets outvecklade lever och njurar. Därför kan halveringstiden, den tid det tar för läkemedelskoncentrationen i blodet att sjunka till hälften, av ett läkemedel vara mycket längre hos ett spädbarn. Många läkemedel genomgår en första-passage metabolism som gör att upptagen dos blir mindre än intagen dos p.g.a. passage genom levern innan läkemedlet når ut i systemkretsloppet. Den utvecklade levern kan inte eliminera läkemedel i samma dos som en vuxens och utan första-passage metabolism blir koncentrationerna högre hos barnet. (Casey 2012, s. 22).

Den kunskap man har om läkemedel och amning är begränsad till enstaka fall och kliniska undersökningar vore oetiskt (Malm 2008, s. 634). Läkemedelsfirmor förlitar sig därför på farmakokinetiska faktorer dvs. läkemedlets omsättning i kroppen och på barnets hantering av läkemedlet och barnets utveckling. Läkemedelsfirmors rekommendationer är därför oftast försiktiga när det gäller läkemedel och amning. (Casey 2012, s. 20). Fast alla läkemedel inte passar att använda under amningen finns det oftast ett annat alternativ till läkemedlet. En ammande mamma skall alltid konsultera läkare innan hon börjar använda läkemedel under amningen. (Koskinen 2008, s. 44).

7.2 Rekommendationer angående amning och läkemedel

Personalen på Förbundet för mödra- och skyddshem som handleder dessa mammor har inte medicinsk utbildning, d.v.s. de får inte skriva ut recept eller ta beslut om läkemedel för mamman. För att få uppdaterad information om läkemedel, vitaminer, andra preparat och vanliga njutningsmedels säkerhet under graviditet och amning kan man använda följande ställen. Det finns en avgiftsbelagd databas på terveysportti.fi som heter "Gravbase" och "Lactbase-Lääkkeiden käyttö raskauden ja imetyksen aikana". Det är dock på läkarens ansvar om han eller hon skriver ut läkemedel åt mamman. Slutligen kan man få

sakkunskap via telefon från Teratologinen tietopalvelu 09-47176500. (THL 2009, s. 31). Utöver detta kan man även få information från Malm, Vähäkangas, Enkovaara och Pelkonens publikation från 2008 "Lääkkeet raskauden ja imetyksen aikana" som läkemedelsverket har publicerat.

Eftersom det finns lite forskning och fakta om hur läkemedel utsöndras i mjölken kan man planera medicineringen i förväg för att säkra spädbarnets välmående. När en mamma använder regelbunden medicinering räcker det med att följa upp mamman och barnet på rådgivningen, t.ex. viktökningen och den normala utvecklingen följs upp. Större skador som har uppstått genom att mamman ammar och använder medicinering är väldigt sällsynta, men att utsätta barnen för läkemedlens långtidspåverkan känner man ännu dåligt till. Till exempel läkemedel som verkar via centrala nervsystemet och påverkar immunreaktioner kan föra med sig effekter som syns först när barnet utvecklas. Man rekommenderar inte användningen av nya mediciner och att man undviker medicinering som har svåra biverkningar. Läkemedlet skall ha en kort halveringstid och vara beprövat under amning. Utöver det skall doseringen minskas till minsta effektiva dos. Mamman kan också ta sin medicin direkt efter amning så att läkemedelshalten i kroppen hinner sjunka tills nästa gång hon ammar. Om man använder en sådan medicinering att läkemedlet tas en gång per dygn bör man planera amningen så att läkemedlet tas direkt efter ett amningstillfälle. (Malm m.fl. 2008, s. 1-10; Tiitinen 2013).

Ifall mamman använder mediciner som inte är rekommenderade under amningen eller som det inte finns tillräckligt med evidens angående hur de påverkar barnet finns det ett par saker hon kan fästa uppmärksamhet på. Man bör se om samma effekter syns hos barnet som bieffekter av medicinen kan ses hos vuxna. Eftersom barnets metabolism inte är lika utvecklad som en vuxens kan också symptomen eller bieffekterna skilja sig från de förväntade. För det första kan man se om barnets sömnrytm eller behov förändras, t.ex. om barnet blir mera trött, rastlöst eller har svårt att somna. Annat man kan observera är förändring i matvanor. Barnet kan vägra ta bröstet ifall smaken av läkemedlet känns i mjölken och om mjölkproduktionen minskar kan barnet visa tecken på hunger och oförmåga att gå upp i vikt. Också det motoriska kan påverkas så att barnet blir kraftlöst eller styvt och skakningar kan uppkomma. Man kan också se förändringar i barnets beteende så som ängslighet, irritabilitet och apati. (Casey 2012, s. 24).

Som tidigare framkommer i stycket är det få mediciner som kräver amningsstopp. Men man kan dock inte glömma de risker som kan förekomma vid långtidsanvändning och effekter av missbruket som ses hos mamman. De finns olika symptom som förekommer vid kort- och långtidsmissbruk. Psykiska läkemedel kan medföra minnesluckor, okontrollerbart beteende, akuta förgiftningar och ökar risken för olyckor och självmord. Läkemedel som innehåller opiater kan förorsaka paralys och andningsstopp. På långsikt kan symptom som ångest och känslan av panik, muskelstelhet eller muskelsvaghet, koncentrationssvårigheter, minnessvårigheter och depression m.m. förekomma. Dessa symptom påverkar alltså mammans förmåga att ta hand om sitt barn. (Läккеet 2011).

Det läkemedel som vi ännu väljer att ta upp noggrannare är smärtmedicinering och antidepressiv medicinering som är vanliga läkemedel att missbruka men också antibiotika eftersom det diskuteras mycket på internetforum om vad som är säkert eller inte att använda under amningen. Resten av verksamma ämnen som inte rekommenderas eller t.o.m. förbjuds vill vi redogöra i form av en tabell (se bilaga 2). Ur tabellen kan läsas det verksamma ämnet, det huvudsakliga användningsområdet och rekommendationer för amning i dagsläget. Forskningen angående läkemedel och amning går framåt och nya läkemedel tillverkas kontinuerligt och därför vill vi påpeka att bilagan grundar sig mest på Malm med fleras publikation från 2008. I tabellen ingår endast de läkemedel som man bör vara försiktig med vid amning, d.v.s. alla läkemedel som inte förekommer i tabellen betraktas som trygga. Tabellen valde vi för att kort, klart och tydligt redogöra för fakta angående läkemedel och amning men också för att läsaren lättare skall hitta den information han eller hon söker eftersom de verksamma ämnena är i alfabetisk ordning. När det gäller rekommendationerna vill vi tydliggöra vad några av dem innebär. Orsakerna till försiktighet kan vara t.ex. för lite klinisk information angående amning och läkemedlet, skadliga biverkningar för barnet eller läkemedlets negativa påverkan på mjölkutsöndringen. Benämningen ”kan medföra risker” som vi använder innebär att man är osäker på hur det verksamma ämnet inverkar på amningen, det finns kanske för litet forskning om ämnet så man kan ännu inte med säkerhet förbjuda eller godkänna det. ”Kan medföra risker” betyder även att det kan finnas vissa kriterier som måste uppfyllas för att amningen skall vara totalt säker, t.ex. läkaruppföljning eller blodprover av barnet. Det kan även betyda att om mamman missbrukar för stora mängder av läkemedlet blir det skadligt för barnet. Andra benämningar är t.ex. ”rekommenderas inte” vilket innebär att det finns mera bevis för att man ska kunna påstå att det kan vara skadligt för amningen. Vid vissa läkemedel finns benämningen ”rekommenderas inte” och det har utökats ifall det funnits

vidare rekommendationer, t.ex. ”rekommenderas inte i långtidsbruk”. Övriga benämningar är ”förbjudet”, ”bör inte användas” och ”bör undvikas” när det finns starkare bevis för att dessa ämnen påverkar negativt amningen och barnet. Efter rekommendationerna kommer även en ruta om det huvudsakliga användningsområdet för läkemedlet men dock bör man komma ihåg att läkemedel kan ha många olika användningsområden. Det är främst tänkt att kunna stödja läsaren så att man får en inblick av vilken sorts läkemedel det handlar om. Se bilaga 2 för närmare information om läkemedlen.

Smärtor som mamman har efter graviditeten och under amningen kan vara kroniska eller akuta och då kan de kräva medicinering eftersom mammans smärtmedicinering är viktigt både för mammans och för barnets välmående. Tyvärr finns det teorier och rädslor hos mammor att för henne ordinerade smärtmediciner kan vara skadliga för barnet så att hon undviker att ta dem eller slutar amma på grund av detta. De flesta vanliga smärtmediciner som används en kort tid är säkra under amningen. Den smärtmedicinen man har mest erfarenheter av under amning är paracetamol, det överförs även till bröstmjölken men om man använder sådana mängder av paracetamol så att det är på terapeutisk nivå, dvs. inom rekommenderade ramar, har man inte upptäckt några skadliga effekter hos barnet. Även en kombination av paracetamol och kodein anses som trygg. Dock finns det en mamma på hundra som har en störning i metabolismen av kodein så att det får för stor effekt och kan orsaka dödsfall hos barnet. NSAID mediciner är i princip säkra att använda under en kort tid när man ammar. Det är klokt att använda kända läkemedel och sådana som har en kort halveringstid, t.ex. ibuprofen, ketoprofen och diklofenak. Lokalt verkande NSAID läkemedel som t.ex. ögondroppar, hudgel är ännu säkrare alternativ under amningen eftersom till blodcirkulationen kommer endast en liten mängd av dessa preparat. Nyare mediciner som t.ex. läkemedelsgruppen coxiber och acetylsalicylsyra rekommenderas inte under amningen. Kodein skall också undvikas under amning eftersom det i kroppen metaboliseras till morfin som kan påverka barnet. (Malm m.fl. 2008, s. 37-38). Opiater rekommenderas inte under amningen eftersom åtminstone en del av dem utsöndras även via bröstmjölken. Om man måste använda opiater under amningen bör man se till att användningstiden är kort och doserna är små. Om opiatmedicinering inte går att undvika bör mamman vara uppmärksam på förändringar hos barnet, t.ex. symptom som trötthet, dålig matlust, små pupiller, andningssvårigheter, osv. så fort som möjligt för att undvika att barnet får bestående komplikationer. Dock finns det ganska litet forskningsmaterial om amning med opiat medicinering så man bör vara försiktig. Som exempel rekommenderar

man 72 timmars amningspaus efter att ett fentanylplåster har tagits bort. (Martikainen & Kokki 2010, s.121).

Mammor som behandlas med antidepressiva läkemedel ska inte uteslutas att få amma enligt rekommendationer från National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Medicinering som t.ex. litium, fluoxetin och haloperidol har samband med rapporterade effekter hos nyfödda. Om en mamma inte klarar av att minska eller avsluta den antidepressiva behandlingen under graviditeten kan hon bli meddelad att hennes barn kommer att bli kontrollerat under amningen för att undersöka tecken av skadliga läkemedels reaktioner. Amning skall inte uppmuntras enligt Department of Healths rekommendationer om mamman använder stora mängder av uppiggande läkemedel som orsakar kärksammandragningar eller när stora mängder alkohol eller icke-ordinerade bensodiazepiner används för att få en lugnande effekt. (Jambert-Gray, Lucas & Hall 2009, s. 656).

En oskött infektion är en större risk för barnet och mamman än de risker som finns med medicineringen. Det rekommenderas att använda gamla beprövade mediciner eftersom det inte finns tillräckligt med fakta om amning och nya antimikrobiella läkemedel. Man kan dock säga att de flesta antimikrobiella läkemedel är säkra under amning och kräver inte amningsstopp. (Malm 2008, s. 636- 637). I en översikt av Heiskanen, Malm, Sankilampi, Koivula och Heinonen (2006, s. 5323-5327) diskuteras säkra antimikrobiella läkemedel. Författarna konstaterar att om läkemedlet kan användas vid vård av spädbarn är det tryggt också vid amning. Sällan ses biverkningar hos barnet om mamman använder antibiotika men de biverkningar som kan observeras är diarré, hudreaktioner och irritabilitet. Teoretiskt sätt kan barnet också utveckla allergi och läkemedlet kan förändra bakteriefloran i mag- och tarmkanalen men det på detta finns inga bevis dokumenterade. Av antibiotika bör man vara försiktig med tetracyklin och doxycylin och kloramfenikol p.g.a. dess toxicitet. WHO rekommenderar inte heller fluorokinoloner. Av antivirala läkemedel skall influensavirusmedicinerna amantadin, tsunamivir och oseltamivir undvikas. Vid tuberkulos väger medicinering tyngre än negativa läkemedelseffekter för att skydda barnet, mamman och samhället.

Om man gör en undersökning med radioaktiva ämnen så bör man inte amma förrän dessa ämnen har försvunnit från kroppen. Samma gäller om mamman vårdas med cytostatika (Koskinen 2008, s. 45-46). Estrogen i hormonella preventionsmedel kan minska

mjölkutsöndringen. Dock när mjölkproduktionen kommit igång är det inte så troligt att det har någon större inverkan på mjölmängden. (Malm m.fl. 2008, s. 43).

7.3 Sjukdomar som kan inverka på amningsmöjligheterna

De sjukdomar som kan vara hinder för amning och som vi diskuterar kring är HIV-positiva mammor, mammor med aktiv tuberkulos, vattkoppor eller en aktiv herpesinfektion i bröstet (Koskinen 2008, s. 45). Dessutom för vi fram synpunkter för hur hepatit B och C kan påverka amningen. Mammans sjukdomar kan sålunda vara ett hinder för amning p.g.a. smittorisken till barnet.

Kivitie-Kallio och Tupola anser med rekommendationer från Department of Health att en mamma som är hepatit B positiv får amma om barnet har blivit vaccinerat. Barnet till en mamma med hepatit B kan genast efter förlossningen vaccineras så att barnet får skydd mot viruset. Därför skall kvinnor som är hepatit B positiva skall uppmuntras och stödas att amma. (Jambert- Gray, m.fl. 2009, s. 656; Kivitie-Kallio m.fl. 2009).

Om mamman är smittad av HIV, som är förkortning av humant immunbristvirus, eller har hepatit C aktivt i blodet är det även ett hinder för amningen. (Hasunen m.fl. 2004, s. 89). Jambert- Gray m.fl. (2009, s. 656) refererar till flera forskningar som stöder tidigare påståenden att mammor som är HIV positiva inte skall amma eftersom det finns en risk för överföring av viruset till barnet. Eftersom det inte finns bevis för att sammankoppla amning till spridning av hepatit C bör kvinnorna få rådet att inte amma, speciellt om mamman har såriga bröstvårtor så att barnet kan komma i kontakt med mammans infekterade blod. Rekommendationerna från Therapia Fennica säger dock att amning är möjligt för hepatit C positiva mammor om det finns lite virus i blodet (Fellman & Järvenpää u.å)

Det finns forskningar som stöder ovanstående rekommendation om att hepatit C och amning inte är motstridigt. Kivitie-Kallio skriver i sin artikel att en hepatit C positiv mamma som ammar inte ökar risken för att barnet skall smittas av hepatit C om inte mamman även är HIV-positiv. Hon hänvisar även till Yeung, King och Roberts forskning när hon behandlar många aspekter men de som är värda att tas upp gäller smittoöverföringen via bröstmjölken. Av 77 forskningsresultat var det i 10 fall bröstmjölken som var orsaken för att barnet fick hepatit C smittan. Ändå var risken för

smittoöverföring via bröstmjölken ganska obetydlig: 3,7 % smittades i den ammande och i den icke ammande gruppen 3,9 %. Fast man i vissa undersökningar kan påvisa att hepatit C:s RNA kan överföras till bröstmjölken kan man inte visa att hepatit C virus smittar via bröstmjolk från mamman till barnet. (Kivitie-Kallio 2012).

Genom att hänvisa till Resti, Azzari och Gallis undersökning vill Kivitie-Kallio påpeka att man undersökte 1372 hepatit C positiva kvinnor och deras barn, där 360 barn fick bröstmjolk och 921 barn fick modersmjölkersättning. Det visade sig att av de barn som fick bröstmjolk smittades 6,1 % och de som fick modersmjölkersättning 7,9 % av hepatit C. Däremot vill Kivitie-Kallio påpeka via European pediatric hepatitis C virus networks forskning från 2001 att både HIV och hepatit C positiva kvinnor har nästan en dubbelt större risk att smitta barnet med även hepatit C än kvinnor som är bara hepatit C positiva. Som sammandrag av denna artikel kan man konstatera att hepatit C positiva får amma om de inte utöver det är HIV-smittade. (Kivitie-Kallio 2012).

Internationellt finns det alternativa lösningar för mammor som är HIV-positiva att amma. I Storbritannien har det utvecklats ett hempastöriseringsset som kan användas om mamman vill pastörisera sin egen bröstmjolk i hemförhållanden. Man pastöriserar genom att koka vatten i en specialdesignad flaska i 30 minuter och det skall inaktivera HIV när temperaturen överskrider 56 grader Celsius. (Wright 2004, s. 89). I Sydafrika finns det rekommendationer från WHO 2009 för hur mammor skall amma sina barn utan att sprida vidare HIV-smittan. Man erbjuder dem bromsmediciner mot viruset under amningstiden för att minska smittorisken för barnet. Dock bör det påpekas att i Afrika är barnens överlevnad i fokus och därmed har barnen större överlevnadsmöjligheter om de får bröstmjolk än den modersmjölkersättning som finns på marknaden. (Doherty m.fl. 2011, s. 62). Detta kan ses som ett alternativ för mammor som vill amma trots att de är HIV-smittade. De allmänna strategierna i västländerna och Finland är dock att mammor skall undvika amning vid HIV-smitta och använda modersmjölkersättningar. I framtiden kan detta kanske mera utvecklas som ett alternativt sätt att amma för HIV-positiva mammor. Fast det är sällsynt att HIV smittar till barnet under amningen vill och behöver man inte i västerländska förhållanden ta den minsta risk, alltså mamman kan om hon vill pumpa ut bröstmjolk och den kan efter pastörisering ges åt barnet för då har HIV smittan förstörts (Koskinen 2008, s. 46).

Om mamman har en aktiv tuberkulos måste hon isoleras tills behandlingen har påbörjats och hon inte sprider smittan vidare. Dock kan hon även under isoleringstiden pumpa ut bröstmjölks som kan ges åt barnet. Om mamman visar symptom på vattkoppor som börjar 5 dygn före eller 2 dygn efter förlossningen bör hon isoleras från sitt barn. Man kan dock pumpa ut bröstmjölks som kan ges åt barnet. Om barnet även har smittats av vattkoppor bör mamman och barnet behandlas tillsammans. Om mamman har en aktiv herpes infektion i bröstet eller bröstvårtan kan hon inte amma från det bröstet i fråga och man kan inte heller ge utpumpad mjölk från det bröstet till barnet. Från det friska bröstet kan mamman amma normalt. När herpessåret har läkts kan mamman amma igen från båda brösten. Det enda tillfälle när amning inte rekommenderas pga. orsaker hos barnet är galaktosemi. Det är en speciell ämnesomsättningssjukdom där barnet inte kan använda laktosens nedbrytningsprodukt galaktos. Det börjar istället samlas i kroppen och orsakar åt barnet allvarliga leversjukdomsliknande symptom. Som vård används en laktosfri diet som barnet måste fortsätta med resten av livet. (Koskinen 2008, s. 45- 46).

8 Droger

I Finland är de mesta använda drogerna cannabisprodukter (t.ex. marijuana och hasch), heroin och andra opiater, kokain, amfetamin, hallucinogener (t.ex. LSD) och andra syntetiska rusmedel (Huttunen 2013). Nästan var fjärde av fem droganvändare i Finland använder amfetamin, dock är männens andel 80 %. År 2005 fanns det i Finland 14500 - 19100 missbrukare av amfetamin och opiater, dvs. 0,6-0,7 % av hela befolkningen mellan 15-55 år. (Tanhua m.fl. 2011, s. 57). Droganvändningen har ökat under de senaste åren och speciellt bland unga kvinnor (Pajulo 2003, s. 1335). För ammande mammor får drogernas skadeverkningar även följer hos barnet. Följderna är så allvarliga att det inte finns några rekommendationer för en droganvändande mamma att amma. Missbrukarvården för ammande mammor bör följa upp mammans och barnets mående och uppmuntra till amning om mamman håller sig drogfri, t.ex. med hjälp av substitutionsvård under amningen. Även mammans droganvändning under graviditeten kan medföra negativa effekter som kan synas hos barnet och amningen.

8.1 Drogernas inverkan på amningen och barnet

När man arbetar med en mamma som har använt droger under graviditeten är det viktigt att komma ihåg att det kan leda till missbildningar och abstinenssymptom hos barnet vilket i sig kan påverka barnets förmåga att amma (Huumeongelmaisen hoito: Käypä hoito rekommendation 2012, s. 19-20). D`apolito har sammanfattat en översikt om droganvändning och amning. Där framkommer det att barn som får i sig marijuana via bröstmjölken kan utsöndra i urinen ännu 2-3 veckor efter det ämnen som bildas när marijuana bryts ner i kroppen. Utöver det kan barnet även växa dåligt, få minskad muskelmassa, bli dåsigt och suga dåligt mjölk. (D`apolito 2013, s. 207-208). Forskning visar även på att barn till mammor som använder kokain blir utsatta för en betydande mängd kokain via bröstmjölken och det kan orsaka t.o.m. kokain förgiftning. Ett exempel på kokainförgiftning är där ett 2 veckor gammalt barn som hade ammat av sin mamma efter att hon hade inhalerat kokain 3 timmar före olyckan hände. Efter att barnet hade ammat fick det akut vårdas för snabb hjärtverksamhet, onormalt snabb andning, högt blodtryck, darrighet och irritation. Det bör även påpekas ett annat exempel där en mamma använt kokain och barnet fick efter amningen hjälp med assisterad andning 24 timmar och fick krampanfall under 3 timmar. Heroin är en annan drog som bryts sakta ner i kroppen till morfin. Även hos ammande mammor kan kontrollerade smärtmedicindoser av morfin anses som säkra för amningen. Dock eftersom missbrukare av heroin eller morfin använder oftast större doser än de rekommenderade terapeutiska doserna så anses det då vara farligt att amma barnet. (D`apolito 2013, s. 208-209).

Cannabis sprider sig snabbt i kroppen och påverkar t.ex. nervsystemet. Det har en lång halveringstid, ca 20-36 timmar, och ibland längre för kroniska användare. Det sprider sig även till bröstmjölken. De negativa effekterna barnet kan få är t.ex. ett sövande tillstånd, barnet kan bli ovanligt apatiskt, verka gå i dvala, bli allmänt svagt och äta dåligt. Långtidseffekterna har inte blivit så väl undersökta men det kan även inkludera en försenad motorisk utveckling. Metamfetamin bryts ner till amfetamin som är en drog med låg molekylär vikt vilket gör att den samlas i bröstmjölk. Kroppen eliminerar en normal dos inom ca 48 timmar. Amfetamin liknande droger är kända för att minska mjölkproduktionen. De negativa effekterna av drogen kan ses hos barnet som t.ex. irritabilitet, gråt, dålig sömn och upprördhet. Långtids neurologiska förändringar har även setts i djurförsök. (Casey 2012, s. 23).

Koffein räknas i normala doser inte som en drog men koffein kan även missbrukas, t.ex. som tabletter och därför kan det även påverka amningen. Koffein överförs även till bröstmjölken men för äldre barn är den dosen de får minimal om inte mamman har ett extremt intag. Hos yngre barn som har en mindre metabolism av koffein finns det risk för att drogen kan börja lagras i kroppen. Effekterna av koffein hos barnet kan variera men barnet kan t.ex. vara irriterat, ha ett dåligt sömnmönster, få kräkningar, illamående och abstinenssymptom. (Casey 2012, s. 23).

Drogerna påverkar spädbarnets koncentration, vakenhet, sinnestämning, funktionsförmåga och ett spädbarn som exponerats för droger blir därför svårt att tolka. Spädbarnet behöver en person som reagerar på dess känslor och ser till grundläggande behov men i och med effekterna av olika droger blir interaktionen svår mellan mamman och barnet. Interaktionen skadas av irritabilitet, impulsivt beteende, negativ respons på den andras interaktion och att man drar sig tillbaka. Barnet gråter lätt och är svårt att trösta. Förutom de effekter som ses hos barnet finns det risk för svårigheter och problem med den tidiga anknytningen och att ta hand om barnet p.g.a. mammans tillstånd som påverkad. (Pajulo 2003, 1337-1338). Mäntymaa anser (enligt Pajulo 2003, s. 1335) att för den psykiska utvecklingen är anknytningen en viktig faktor tillsammans med genetiska anlag och den psykosociala miljön.

När mamman är opiatberoende och man förespråkar amning måste man även ta hänsyn till följande faktorer. Jambert-Gray, m.fl. sammanfattar andra forskningar och påpekar att mammor som använder droger lider ofta av låg självaktning och kan inte lita på att deras kroppar kan producera tillräcklig näring. Det är vanligt med återupprepade försök att övervinna och kontrollera sitt beroende och mammor kan förväntas ge upp med amningen efter en eller två dagar. Det är även mer troligt att detta sker om dessa mammor upplever smärta och obehag från t.ex. ömma bröstvårtor och kramper från livmodern. (Jambert-Gray m.fl. 2009, s. 656).

8.2 Rekommendationer angående amning och droganvändning

Nyfödda barn som har utsatts för mammans missbruk av droger under graviditeten riskerar att få abstinenssymptom och en längre vistelse på sjukhus efter födseln. Amning rekommenderas då för att minska på längden av sjukhusvistelsen. (Pritham, Paul & Hayes 2012, s. 180-181). Amning anses i det här fallet minska risken för allvarligare

abstinenssymptom och kan skydda det nyfödda barnet från abstinenssymptom t.ex. från opiater. Dock skall mamman ge ett urinprov som är negativt för droger innan man kan uppmuntra till amning. (Pritham, m.fl. 2012, s. 186). När det kommer till amning för en droganvändande mamma är alla källor väldigt entydiga. Det rekommenderas inte att fortsätta amma om mamman igen börjar använda droger eller inte har kunnat avsluta sitt missbruk. Det är det ända missbruket där det är strängt förbjudet med amning oberoende av vilka droger mamman använder. (Hasunen m.fl. 2004, s. 89; Koskinen 2008, s. 45; Malm 2008, s. 638-639; THL 2009, s. 30; D`apolito 2013, s. 208 -209). Som vårdpersonal är det dock inte vår uppgift att på ett negativt sätt döma en mamma som använder droger utan istället att hjälpa henne. Det gäller att hitta andra lösningar, t.ex. fundera på hur mamman kan med hjälp av modersmjölkersättning få samma kontakt som en mamma som ammar sitt barn med bröstmjölk. Mera om vårdarbetet med mammor som har missbruksproblem beskrivs senare i examensarbetet.

9 Substitutionsvård

Jambert-Gray m.fl. sammanfattar många forskares åsikter när hon framför substitutionsvårdens betydelse för amningen. Vi kommer främst att fokusera på opiatberoende och missbruk som utvecklas efter regelbunden och långtids användning av droger som innehåller t.ex. morfin, kodein extrakter av opiumvallmo eller andra syntetiska droger. Till substitutionsvårdens droger hör även heroin och överdriven användning av ordinerade kodeinvärkmediciner. När det gäller substitutionsvård för drogmissbruk fokuserar man mest på metadon och buprenorfin behandling. Sedan 1960-talet har metadon ordinerats som opiat ersättande behandling för missbruket. Ordineringen av metadon användning under graviditet och amning i Jambert-Gray.s m.fl. artikel bygger på forskning under de senaste 30 åren. Mindre forskning finns det om buprenorfin som är en relativt ny medicinering i behandlingen av opiat beroende. (Jambert-Gray, m.fl. 2009, s. 654). Buprenorfin är främst känt med preparat namnen "Subutex" och "Suboxone" (Jones m.fl. 2012, s. 6).

9.1 Substitutionsvårdens effekter på amningen och barnet

D`apolito (2013, s. 207) refererar Finnegan som menar att metadon är en normal substitutionsbehandling för kvinnor som har opiat beroende. Ämnet ger en liten euforisk

effekt men minskar på symptomen av drog- eller opiatberoendet. Metadon har visat sig spridas till bröstmjölken i väldigt små koncentrationer. (D'apolito 2013, s. 207). Metadon kan ges åt barn för att hjälpa med att upphäva effekten av narkotiska preparat och studier har visat på inga allvarliga hälso- eller utvecklingseffekter. Metadon är ett exempel på ett preparat som har en väldigt kort halveringstid hos barn, till skillnad från vuxna. (Casey 2012, s. 23). Jambert-Gray m.fl. sammanfattar flera forskningar genom att poängtera att forskningsfokus har varit på metadon som den huvudsakliga behandlingen för opiatberoende och där har man koncentrerat sig på att beskriva mängden av metadon som man hittat i bröstmjölken. Det har visat sig vara mindre än 3 % av den dagliga doseringen för mamman. Eftersom det är en mycket liten överföring av metadon till bröstmjolk har studier av metadon behandlade kvinnor gett rådet att man kan amma. (Jambert-Gray m.fl. 2009, s. 656).

Jones m.fl (2012, s. 19) refererar till tidigare forskningar som undersökt effekten av buprenorfin på amningen. Buprenorfin utsöndras via bröstmjölken ungefär efter 2 timmar efter att mamman har intagit ämnet och koncentrationen av buprenorfin varierar beroende på variationen av både mjölkprotein och fett innehåll i bröstmjölken. Koncentrationerna är dock generellt låga och ungefär i nivå med mammans koncentration i blodet och därmed menar författaren att bröstmjolk som innehåller buprenorfin inte verkar utsätta hennes barn för skadliga effekter. Samma resultat av låga koncentrationer av buprenorfin får stöd av Kivitie-Kallio. Det finns inte i litteraturen som använts för artikeln någon känd och rapporterad skadlig effekt för barnet till följd av att barnet har blivit utsatt för buprenorfin via bröstmjölken. Det är troligt att mängden buprenorfin som man utsätter barnet för via bröstmjölken är väldigt liten när man använder buprenorfin i terapeutiska doser. Linderholm m.fl. hävdar (enligt Kivitie-Kallio, 2012) att det inte har rapporterats om barn som blivit utsatta för alltför mycket buprenorfin när de ammas av buprenorfin användande mammor. Dock finns det inte till förfogande helt vattentäta undersökningar om buprenorfinets skadeverkningar. De flesta rekommendationer angående substitutionsbehandling grundar sig främst på experters kliniska erfarenheter och inte på långsiktiga forskningar om t.ex. koncentrationer av ämnet i bröstmjölken över en längre tid. (Kivitie-Kallio, 2012).

9.2 Rekommendationer angående amning och substitutionsvård

Trots eventuella svårigheter, invändningar och hinder lutar det mesta av forskningen mycket starkt mot att amning är en fördel för metadon behandlade mammor och därför skall amningen uppmuntras för dem. När man arbetar med kvinnor med substitutionsvård under graviditet och amning är det viktigt att jämföra för- och nackdelar med att främja en total drogfrihet, med de risker detta medför som t.ex. abstinens. Substitutionsvård verkar vara en relativt ny behandlingsmetod och därför finns det inte så väldigt mycket forskning om dess betydelse för amningen, jämfört med t.ex. tobaksrökning som ammande mammor har använt sig av en längre tid. Men den begränsade mängden av publicerad forskning hävdar man att både metadon och buprenorfin passar ihop med amning. (Jones m.fl. 2012, s. 5). Man kan alltså överväga och pröva amma om mamman använder metadon eller buprenorfin substitutionsvård (Kivitie-Kallio m.fl. 2009).

Koncentrationerna av både metadon och buprenorfin som hittas i bröstmjölken är så låga att kvinnor som använder substitutionsvård kan amma om de så önskar och är stabila i sitt drogberoende. Då hindras de inte från att amma eftersom de positiva fördelarna med amning ändå väger tyngre. (Glatsein, Garcia-Bournissen, Finkelstein & Korgen 2008, s. 1689; Pritham m.fl. 2012, s. 181). I Kivitie-Kallios översikt angående amning och substitutionsvård, antingen med buprenorfin- eller metadonanvändning, framkommer det att mammor som använder metadon och vars tillstånd är stabilt får amma enligt de nyaste direktiven. Man har undersökt de metadonanvändande mammornas koncentrationer i mjölken och kommit fram till att de är låga och stabila. Tidigare godkändes metadon under amning endast i små doser men nu finns det ingen terapeutisk maximal dos som skulle vara hinder för amning (Glatstein m.fl. 2008, s. 1689). Om mamman använder 25-180 mg metadon per dag överförs till mjölken en koncentration på ca 27–260 ng/mL, vilket innebär ungefär 0,05 mg daglig dos för det ammande barnet (Kivitie-Kallio, 2012).

Det kan dock medföra en risk att försöka minska på dosen metadon eftersom det kan utsätta mammor för att längta efter droger igen och söka efter otillåtna drog tillgångar. Då är det säkrare för både mamman och barnet att öka dosen metadon. (Jambert- Gray m.fl. 2009, s. 656). Det är viktigt att i samband med substitutionsvården hålla i minnet att mamman lätt kan övergå till droganvändning på nytt, vilket måste observeras och följas med. Därför ger de flesta anvisningar lov att amma men man bör även följa med barnets mående noggrant. (Kivitie-Kallio, 2012). Slutligen så rekommenderas alltså amning för

mammor som använder antingen metadon eller buprenorfin om det inte finns klara kontraindikationer som t.ex. HIV, om mamman har missbruksproblem med läkemedel eller fortfarande använder droger. Mamman skall ha en tät uppföljning inom missbruksvården och barnet har en noggrann pediatrik uppföljning. (Malm 2008, s. 639; Jones, m.fl. 2012, s. 19; Kivitie-Kallio, 2012). Sålunda, säker substitutionsvård för att trygga en säker amning innebär noggrann uppföljning av barnets och mammans mående och att inte droganvändningen återupptas.

10 Arbetet med mammor som har missbruksproblem

Det är känt, både vetenskapligt och bland allmänheten, att mammor som röker, använder alkohol eller droger inte skapar de bästa förutsättningarna för sitt barn och barnets hälsa, jämfört med mammor som inte har dylika missbruksproblem med rusmedel under amningen. Dock måste man påpeka att det bästa sättet för en mamma att förbättra barnets hälsa är att amma. (Dorea 2007, s. 289). I början av arbetet framfördes amningens fysiologiska fördelar för både mamman och barnet. I detta stycke påpekas amningens fördelar och vikten av att uppmuntra till amning när mamman har missbruksproblem. För att uppmuntra mammor med missbruksproblem till fortsatt amning vill vi med vår produkt skapa ett redskap för personalen vid Förbundet för mödra- och skyddshem. Med hjälp av vår produkt kommer de att kunna ha ett verktyg för när amning är tillåtet eller inte för mammor med missbruksproblem. Vi hoppas att vår produkt ska kunna användas i arbetet för att motivera dessa mammor att fortsätta med amningen eftersom de får vetenskapligt bevisat när det är tillåtet och rekommenderat att amma.

10.1 Uppmuntran till amning trots missbruksproblem

För att uppmuntra mamman till amning kan man ta fasta på amningens positiva hälsoeffekter för mamman. Det har visat sig att riskgruppen för att överge amningen är unga, utbildade kvinnor som saknar stöd och inte är tillräckligt medvetna om värdet av bröstmjölken. Därmed löper deras barn som får modersmjölkersättning en större risk för att bli sjuka eller i värsta fall dö. Det gäller då för hälsovårdspersonal att argumentera för bröstmjölken betydelse och påpeka att bröstmjölken är ett bättre och säkrare alternativ än modersmjölkersättning. (Dorea 2007, s. 290). För hälsovårdspersonal som arbetar med mammor som har rusmedelsmissbruksproblematik gäller det att få dessa mammor att

upprätthålla amningen. Visserligen kan man erbjuda andra alternativ för att minska risken för att barnet utsätts för rusmedlet men amningen är den mest betydande faktorn för barnets framtid. Man bör påpeka för mamman att hennes egen mjölk är precis det rätta för hennes barn och att det inte finns något bättre alternativ.

För att få amningen att lyckas är mammans egen motivation en avgörande faktor men även hennes partner och närmaste omgivning är ett viktigt stöd och uppmuntran. Enligt författaren är de största hindren för att öka amningen i Finland den personliga handledningen och de allmänna attityderna. Hälsovårdspersonal borde arbeta mera med dessa frågor för att öka den positiva inställningen till amningen. Hasunen och Ryyänen påpekar (enligt Järvenpää 2008, s. 1148) att man bör tänka på ungefär 6 % av mammorna i Finland inte kan amma pga. orsaker som t.ex. sjukdomar och medicinering. Dock anses modersmjölkersättning lätt som ett kompletterande alternativ i situationer där det inte nödvändigtvis behövs. (Järvenpää 2008, s. 1148).

10.2 Amningens fördelar även vid missbruk

För att stödja kvinnorna till amning är det viktigt att berätta om fördelarna med att amma. I utvecklingsländer minskar amning på spädbarnsdödligheten och i västerländska samhällen hamnar ammande barn mera sällan till sjukhusvård på grund av t.ex. olika infektioner som tidigare har nämnts i detta examensarbete. Man kan även påpeka åt mammor att amningen är det mest ekonomiska näringssättet för barnet och det bästa sättet att få dessa positiva hälsoeffekter som tidigare nämnts. (Järvenpää 2008, s. 1147). Bröstmjölken stöder på många sätt barnets kroppsliga utveckling, övrigt mognande och erbjuder dessutom näring i en lättsmält form. I bröstmjölken finns allt som barnet behöver, men nästan inte något mer än nödvändigt, så amningens och bröstmjölkenes hälsoeffekter är tydligt bevisade. Dessutom undviker ett barn som blir helmat att utsättas för tidigt för främmande ämnen, som t.ex. komjölk. En del av amningens hälsoeffekter är egentligen det man vill undvika med modersmjölkersättningens skadliga effekter. Amning påverkar även mammans hormonfunktion, är en del av mammans naturliga livscykel och stöder mammans hälsa. När man talar om hälsoeffekter är det viktigt att komma ihåg att när en sjukdom bryter ut är det ofta summan av flera olika faktorer och därför kan det vara svårt att påpeka att någon hälsofördel är direkt förknippad med amningen. (Koskinen 2008, s. 38-39).

Amning ökar även anknytningen och bandet mellan mamman och barnet, minskar på separationen mellan dem och ger en bra grund för ett effektivt föräldraskap. Om mamman känner att hon inte kan amma, bör hon erbjudas en bröstmjölkspump så att barnet kan få bröstmjölk så länge som möjligt. Det har visat sig att barn som föds av mammor som har missbrukat opiater under graviditeten kan lida av ett så kallat NAS-syndrom, vilket står för "neonatal abstinence syndrome". Opiater som mamman använder samlas då i fostrets lever efter 34 graviditetsveckan och då kan man se abstinenssymptom hos barnet en tid efter födseln. Om mamman har använt droger under graviditeten så är amningen en faktor som kan förbättra och ge positivare resultat för barnets situation efter graviditeten. (Leggate 2008, s. 163-164). Amning har då visat sig ha samband med kortare behandling av barn med NAS och abstinenssymptom (Pritham m.fl. 2012, s. 186). Så när det gäller mammor med missbruksproblem kan man motivera dem att amma sitt barn genom att berätta att barnen som ammas lider inte lika mycket av abstinenssymptom efter förlossningen pga. mammans användning av t.ex. opiater. Dock skall denna amningsuppmuntran säkras av att mamman under amningen inte använder opiater mera, men användning av buprenorfin och metadon är godkänt. Sålunda, kan det vara en motiverande faktor för dessa mammor med missbruksproblem att veta att deras barn inte på samma sätt utsätts för abstinenssymptom om de blir ammade. Resultat visar att förmågan att vilja amma och bota barnens abstinenssymptom är en väldigt motiverande faktor och hjälp till självhjälp när mammorna utvecklas i deras egen tillfriskningsprocess. (Leggate 2008, s. 163-164).

I vissa fall där mamman inte kan amma skall man inte påpeka att det är en synd att ge modersmjölkersättning. Man skall tänka på att ha ett resursförstärkande bemötande och handleda mamman. Man kan påpeka att under det nyfödda barnets första levnadsmånad finns det även mycket annat viktigt än endast amningen och om denna amningstanke blir övermäktig hos mamman blir inte heller amningen till fördel för barnet. Varje mamma vill oftast på något sätt vara en bra mamma åt sitt barn även om amning av olika orsaker inte lyckas eller går att genomföra. Det är bra att uppmuntra till amning men man bör även ta i beaktande metoderna för detta. Nyblivna mammor kan känna sig förnedrade att hamna "tigga" av andra mammor modersmjölkersättningar för att kunna ge näring åt sina egna barn. De kan även, när inte amningen fungerar på det sättet de hade önskat, känna sig skyldiga och tycka att de är dåliga mammor och uppleva prestationsångest. Då gäller det, speciellt för mammor med första barnet, att förklara att världen inte går under fast man måste använda modersmjölkersättningar. Denna lösning kan vara en tillfällig eller så kan

mamman vid sidan av sin egen bröstmjölk, som kanske inte räcker till, fylla ut med modersmjölk ersättning. (Mölsä & Tammela 2002, s. 1098).

Sammanfattningsvis gäller det att uppmuntra mammor som har möjlighet att få amma genom att påpeka amningens positiva egenskaper. Tillika får man inte antyda att man måste om bara möjligt amma och är en dålig mamma om man använder modersmjölk ersättningar, detta bör istället ses som en möjlighet om det uppstår förhinder och påpeka att det finns många andra sätt att vara en bra mamma på. Skuld känslor kan uppstå om man har eller får förhinder att amma. Det gäller att stöda mamman, barnet, familjen och den närmaste omgivningen oberoende av amnings sättet.

10.3 Vårdarbetet och handledningen av mammor med missbruk

För att förstå varför kvinnor med missbruksproblem har svårt att sluta med missbruket bör man förstå processen bakom det. I hjärnan finns ett så kallat välbehagscentrum som härstammar från människans tidiga evolution. Systemets uppgift är att berätta för kroppen vilka ämnen som är bra. När man använder rusmedel och droger vilseleder det detta system så att det som välbehagscentrumet tror att är bra för kroppen är egentligen skadligt. Berridge och Robinson menar (enligt Pajulo och Kalland 2006, s. 2606) att rusmedlet lämnar i välbehagscentrumet ett minne som är starkt och starkare ju tidigare i tonåren missbruket har börjat. Begreppet moderskapstillstånd i den psykodynamiska terminologin avviker från andra psykiska tillstånd i livscykeln men är normalt för mammor eller föräldrar efter barnets födelse. Winnicott och Stern hävdar (enligt Pajulo m.fl. 2006, s. 2606) att då sätts barnet och föräldraskapet i första hand framför allt annat och utomstående har svårt att påverka detta. Biologin har alltså möjliggjort att barnet och föräldraskapet är den mest centrala källan för välbehag i detta skede av livet. För mammor som har missbruksproblem är det sålunda väldigt svårt att uppnå detta välbehag genom barnet. Rusmedlen har alltså övertagit välbehagscentrumet som annars skulle tillhöra barnet men som barnet inte nu kan nå. Förutom rusmedlen påverkar även andra faktorer, som t.ex. oplanerad graviditet, svaga eller hotfulla människorelationer, fattigdom, skuld känslor, oro eller stress. (Pajulo m.fl. 2006, s. 2605-2606). Genom att förstå problematiken med att vara rusmedelsfri och kunna växelverka med sitt barn är det bra att förstå de bakomliggande orsakerna. Därför behöver barnet få rum i mammans sinne och därför bör det poängteras att vården skall både stöda mammans rusmedelsfrihet och stärka förhållandet mellan barnet och mamman.

När en mamma använder droger är hon ofta på grund av sitt eget tillstånd oförmögen att se till och uppfylla barnets behov och detta kan få följder för barnets utveckling. Som vårdare måste man hjälpa och stödja barnets och mammans växelverkan och interaktion. Situationer med en mamma som har missbruksproblem och hennes barn kan frambringa starka känsloreaktioner. Detta kan i värsta fall resultera i att mamman inte vågar erkänna sitt missbruk och drar sig undan med sitt barn. (Pajulo 2003, s. 1335). En mamma som är beroende av droger och ett barn som blivit utsatt för dem via mamman kan vara ett besvärligt par att arbeta med. Freier menar (enligt Pajulo 2003, s. 1337) att båda kan ha en låg retningströskel och impuls känslighet, en försvagad förmåga att svara på den andras signaler på ett positivt sätt och en benägenhet att undvika kontakt. Genom kliniska erfarenheter har man märkt att barnet kan lätt bli gråtligt, orolig och svårt att trösta i början pga. eventuell abstinens men även på långsikt. Det har visat sig att barnet söker mindre kontakt hos mamman och dess signaler kan vara oklara. Freier, Hans och Pajulo anser (enligt Pajulo 2003, s. 1338) att mammans risker när det gäller interaktionen är berusningstillståndet, livsstilen som kretsar kring missbruket, otillräcklig eller bristfällig kontakt och närvarande, psykiska symptom eller störningar, svagt socialt nätverk eller fattigdom. Även om graviditeten var oplanerad kan det försämra eller fördröja mammans tillgivenhet för barnet och hon kan uppleva känslor som rädsla, oro och osäkerhet. (Pajulo 2003, s. 1337-1338).

När växelverkan mellan mamman och barnet inte fungerar upplever barnet ofta övermäktiga situationer och undviker kontakt. Mamman kan uppleva frustration vid gemensamma situationer och blir besviken på barnet och sig själv och börjar därmed kanske på nytt ta tillflykt till drogerna. Om mamman även börjar dra sig undan från växelverkan kan den negativa miljön som värst leda till att mamman försummar barnet, överger eller misshandlar det. En sådan ond cirkel i växelverkan kan orsaka mycket subjektivt lidande och orsakar en risk för störd utveckling hos barnet så det är väldigt viktigt att känna igen och bryta denna onda cirkel. Att en förälder använder rusmedel är den vanligaste orsaken barnskyddsåtgärder i Finland men då har oftast detta problem med växelverkan pågått länge. (Pajulo 2003, s. 1337-1338). Sålunda kan man inse problemets art, betydelse och omfattning och hur viktigt det är att i förebyggande syfte ta upp dessa problem och arbeta resursförstärkande med mammorna.

Man har av erfarenheter inom vården märkt att mammorna behöver stöd på många nivåer: som hjälp för att hitta och hålla vardagsrytmen med barnet, konkret handledning om

vården av barnet, t.ex. grepp och lyft och information om barnets utveckling och behov i olika åldrar. Ett tidigt mål inom utvecklingen av växelverkan mellan barnet och mamman är att hålla barnet i hennes tankar, hjälpa henne att observera och tyda barnets signaler och att besvara dem tillräckligt snabbt och bra. När man får mera erfarenheter av positiva interaktionssituationer är det möjligt att påverka mammans föreställningar och bygga upp ett hållbart förhållande mellan dem. Fonagy m.fl. anser (enligt Pajulo 2003, s. 1341) att det finns en speciell prognostisk betydelse av mammans reflektiva förmåga att förstå och förutse barnets beteende och de psykiska orsakerna som ligger bakom det. (Pajulo 2003, s. 1341).

Före och efter förlossningen genomgår mamman fysiologiska, psykologiska och sociala förändringar och det medför en exponering för psykiska syndrom eller störningar. Samtidigt är detta nya steg i livet en grund för att utveckla en positiv ändring. Mamman skapar föreställningar om hur det är att vara spädbarn, den som sköter barnet och föräldern. Stern anser (enligt Pajulo m.fl. 2006, s. 2604) att dessa föreställningars viktigaste uppgift ur barnets synvinkel är att de aktiverar och stärker mammans agerande i den dagliga vården av barnet. Från vårdens sida är dessa föreställningar viktiga eftersom genom dem kan man väcka medvetenhet hos mamman och stanna upp för att analysera och undersöka dem. När det gäller en mamma med missbruksproblem är dessa föreställningar mer betydelsefulla i vården än för mammor som inte har missbruksproblem. Mammans egna tidigare vårderfarenheter är ofta negativa och hon överför dem omedvetet på förhållandet till sitt barn. Att aktivera föreställningar och starka känslor kan vara för dessa mammor väldigt ångestladdat eftersom förmågan att reglera och styra sina egna känslor är oftast försvagad. Dessutom är oftast graviditeten oplanerad så mamman kan ha skuld-känslor för att genom sitt missbruk orsakat skador hos barnet. (Pajulo m.fl. 2006, s. 2604-2605).

Det är ett riskabelt skede för en mamma med missbruksproblem att vara gravid och ta hand om ett barn. Oftast är mammans motivation stark att avstå från droger för barnets bästa och denna potential angående vården av barnet skall man utnyttja så bra som möjligt redan från graviditeten. Det första villkoret för att nå bra resultat när man vårdar den tidiga växelverkan är att personalen kan undvika förutfattade attityder och behålla ett äkta intresse för både mammans och barnets individuella behov. (Pajulo 2003, s.1341). För att förbättra förhållandet mellan barnet och mamman kan man försöka öka mammans tillgivenhet för barnet, förbättra mammans förmåga att känna igen sina egna känslor och erfarenheter och förbättra förmågan att skilja dem från upplevelser med barnet. Dessutom

bör man minska feltolkningar angående barnets beteende, förbättra den tidiga växelverkans kvalitet och öka de positiva upplevelserna av samvaro. (Pajulo 2011).

10.4 Barnets syn på missbruket

För att uppmuntra en mamma till att sluta använda droger kan en motiverande faktor vara att skydda sitt barn från att som vuxen lättare falla in i ett drogmissbruk. Ett barns förmåga att uppfatta drogmissbruk hos mamman kan alltså leda till att barnet själv blir mera mottaglig för missbruk senare i livet. Det finns många teorier om hur bilden av drog- och rusmedelsmissbruk ser ut hos barnet. Lyden och Schuman (2013, s. 115-117) utgår från tidigare forskning och går djupare in på hur barnet uppfattar situationen och missbruket. En förklaring till varför barn till mammor med missbruksproblem lättare faller i samma spår är att barnet ser det som en accepterad regel att använda droger eller andra rusmedel. Drogen kan också associeras direkt med mamman så som trygghet, tröst eller matning och på så sätt bli något ”gott”. En tredje mekanism är att spädbarnet förstår att mamman kommer och går, försvinner och dyker upp, och barnet kan ifrågasätta ”var mamma tillbringar sin tid när hon inte är hos mig”. Barnet upplever känslor av otillräcklighet och att drogen har något som det själv inte har eftersom det avleder mammas uppmärksamhet från barnet. När drogen representerar mammans längtan vill barnet också uppnå samma objekt eftersom det måste vara något mycket bra då mamman sätter tid på det. Drogen ses därför som ett uppnåeligt objekt i hopp om att lindra ängslan om att förlora sin mamma. Drivkraften till att vilja inneha droger kan således bottna i mammans missbruk.

11 Produktutveckling

En produktidé kan födas genom problem. För att lösa ett problem behövs alltså verktyg som i sin tur kan resultera i en ny produkt. Produktidén utgör grunden för hela fortsatta produktutvecklingen. När man samarbetar med beställaren fungerar dessa tidiga idéer som kravspecifikationer för produkten. (Löfgren 2002, s. 90). Funktionsanalys behövs för att utforma en produkt. Österlin (2003, s. 36) säger att man bör ”fundera ut varför produkten finns, själva huvudsyftet, kärntanken och på vilket sätt detta kan åstadkommas”. Allt bygger alltså på de funktioner som produkten har. En funktion visar alltså vad man vill åstadkomma med sin produkt d.v.s. produktens uppgift som går hand i hand med målen med produkten. (Löfgren 2002, s. 94-95).

Beställaren Folkhälsans förbund r.f. och Förbundet för mödra- och skyddshem har redan färdigt tankar och en idé om att produkten skall användas som stöd vid handledning av mammor med missbruksproblematik. Denna produkt kommer att fungera som ett verktyg inom arbetet med mammor med missbruksproblem. Vår produkts syfte är att väcka medvetenhet hos mammor med missbruksproblem om hur de kan amma sina barn på bästa sätt enligt den situation de befinner sig i. Det finns lösningar och rekommendationer för amning vid missbruk av tobak, alkohol, läkemedel, droger och vid substitutionsvård. Dessutom finns det alternativa lösningar till amning om mamman har någon sjukdom som påverkar amningsmöjligheterna. Vi vill därför lyfta upp amningen som något positivt så att amningen kan fortsätta även fast mamman har missbruksproblem. Alternativ till produkten diskuterades men efter handledning av beställaren kom förslaget på diskussionskort som har använts i liknande tillfällen med lyckat resultat.

Funktionen med produkten är därmed att hitta alternativa lösningar till missbruket och ifall det finns eventuella hinder så att amningen kan fortsätta. Våra krav på produkten är att göra dessa mammor medvetna om lösningar som gör amningen säkrare och bättre från barnets synvinkel. Tillika vill vi göra dem uppmärksamma på faror med missbruket men inte för att predika om att de borde förbjudas och undvikas på alla sätt utan istället som en motiverande faktor ifall mamman själv funderar på att minska på missbruket och poängtera lösningar som gör att dessa faror kan undvikas eller minimeras. Målgruppen för produkten är personalen på mödrahemmen som får riktlinjer för när amningen är tillåten och hur man kan göra den så säker som möjligt för barnet. Dessutom är målgruppen de klienter som vårdas där, det är främst tänkt för mammorna men om de har med sig en partner så är det även bra att få honom/henne medveten om amningsrekommendationerna.

Det gäller att kunna anpassa mammans livssituation och beroende så att det skulle vara så bra som möjligt för barnet. Mamman skall få finna individuella lösningar som passar för henne själv enligt hur långt mamman är beredd att avstå från missbruket. Riskerna som tas upp i produkten kan även ses som motivationsfaktorer för mammorna att både amma och sluta med sitt missbruk. Från vår text vill vi sammanfatta centrala punkter som vi tar upp i produkten, för att klargöra motiveringarna bakom dessa punkter vill vi hänvisa till den samlade fakta i detta examensarbete. Vi har valt att inte göra produkten till ett auktoritärt förbudsplakat, utan istället tänka på formuleringar så att det inte blir predikningar. Till produkten har vi valt att ta upp rekommendationerna, riskerna och centrala punkter om hur barnet påverkas av respektive rusmedel. Eftersom vi i vårt examensarbete utgår från

vetenskapliga forskningarna kommer produkten att vara evidensbaserad och följa nationella och internationella riktlinjer.

Produkten kommer att utgöras av diskussionskort med olika påståenden om amning, rusmedel, läkemedel, missbruk och deras påverkan på barnet. En del av korten handlar även om amningens fördelar så att det skulle locka mammorna till att fortsätta med amningen och på det sättet få barnet och nyttan med amningen mera in i mammans tankar. Vissa kort innehåller även påståenden om hur sjukdomar kan påverka amningsmöjligheterna. Påståendena kan både vara falska och sanna och de är menade för att väcka diskussion kring påståendet i en gruppsituation. Påståenden kom till genom att vi samlade centrala punkter och rekommendationer från varje tema. Meningen är att korten delas ut till gruppens medlemmar som i tur och ordning får läsa upp sitt påstående högt och sedan får gruppen diskutera kring det. Som gruppleddare får en från personalen på mödrahemmet fungera och därför har vi gjort ett facit till påståendekorten så att denna person kan sammanfatta gruppdiskussionen med det rätta svaret. Med hjälp av facit behöver gruppleddaren inte läsa igenom hela examensarbetet utan de mest centrala punkterna är samlade som svar och ibland korta motiveringar till svaren för påståendena. Till slut blev antalet påståenden 52 stycken. Vi valde att grafiskt färga korten i olika färger för att gruppera olika temaområden enligt substanser som följer samma indelning som i arbetet. Se bilaga 3 för att läsa manual, påståenden och facit.

12 Diskussion

Litteraturstudien som metod valdes för att vi kritiskt skall kunna granska den evidens som idag finns tillgänglig och även utgå från den nyaste litteraturen. Forskning som tidigare presenterats är samhällets syn på mamman och den anser i viss grad att hon skall vara ren och som en mamma med missbruksproblem kan hon bli stämplad som en sämre mamma. Som skribent till litteraturstudien var det viktigt att ha ett öppet sinne och utan fördomar eller egna hypoteser för att kunna ta till oss det som litteraturen säger om amning och missbruk och hålla ett resursförstärkande arbetssätt genom hela arbetet. De resultat vi erhållit genom forskningarna överensstämmer med de rekommendationer som kan läsas från Käypä hoitos rekommendationer så det fanns inga motstridigheter däremellan.

Genom litteraturstudien har vi fått svaret på examensarbetets syfte och frågeställningar. Frågeställningarna om hur alkohol, tobak, droger, läkemedel, sjukdomar och

substitutionsvård via amningen påverkar barnet och mammans möjligheter att amma har blivit undersökta. Rekommendationer och direktiv för när en mamma med missbruksproblem eller tillstånd med läkemedelsbehandling kan amma har fått svar. Utöver det har vi även gått in på amningens fördelar, speciellt hos mammor med missbruksproblem, för att genom ett resursförstärkande arbetssätt kunna uppmuntra och stöda dem till att amma sina barn.

De viktigaste resultaten som stiger fram är att för mammor med missbruksproblematik kan livet vara periodvist mycket orutinerat och okontrollerbart. Då vi tänka att amningen kan vara ett sätt att stärka deras identitet som mamma. Om amningen fungerar utan hinder kan detta kännas som en sak de klarar av och skapar således positiva känslor också mot barnet. Om man dessutom stöder och uppmuntrar mamman att fortsätta amma om hon så vill och det inte finns kontraindikationer för det är det större chans att hon ammar enligt den av WHO rekommenderade tidsperiod.

Problem som kan uppstå när resultaten och rekommendationerna tillämpas i praktiken är att när amning skall uppmuntras, utom där det är strikt förbjudet så som drogmissbruk och vid vissa sjukdomstillstånd, måste man ändå beakta att andra rusmedel i stora mängder är farligt för barnet. Det kan nämligen vara svårt att dra en gräns när man kan eller inte kan amma. Dessa gränser dras ju egentligen enligt i vilken grad barnet påverkas och med lite forskning inom ämnet p.g.a. etiska aspekter finns det få kliniska forskningar. Samhällets syn på en rusmedelsfri mamma kan vara som ett hinder för att mamman kan tänka sig amma trots missbruksproblematik. Det bästa för både mamman och barnet vore att mamman helt slutade med sitt missbruk men också att få dessa mammor att förstå att väga fördelarna mot varandra kan öppna deras ögon i en amningsvänligare riktning t.ex. att röka och amma är ändå bättre än att ge modersmjölksersättning och fortsätta röka.

Litteraturstudien har även bidragit till att utöka vår egen professionella yrkes- och kunskapsbas. Förutom att vi har gått noggrant igenom amningens betydelse har vi även lärt oss mycket om substanser och missbruk. Detta examensarbete stärker oss i det framtida arbetet som sjukskötare genom att vi har samlat kunskap och kan ge mammor råd om hur de kan amma sina barn. Vi har även lärt oss mycket om alkoholens, tobakens, drogernas, substitutionsvårdens, sjukdomarnas och läkemedlens effekt på människokroppen överlag. Vi har även insett det resursförstärkande arbetets betydelse, speciellt inom missbruksproblematiken.

Generellt kan det vara svårt att tillämpa vårt arbete till alla mödrar med rusmedelsproblematik och som inte vårdas i mödra- och skyddshem eftersom samhällets attityder mot en rusmedelsfri mamma är så starka. Det kan resultera i att utan professionell handledning kan de inte fatta de rätta besluten just för deras situation. Dessutom är vår produkt tillämpad för gruppdiskussion och då behövs en person som håller i trådarna. För att det resursförstärkande arbetssättet som vi tillämpat hela arbetet igenom ska fungera behövs en kunnig handledare som kan förespråka amning trots samhällets attityder. Hållbar utveckling syns i hela arbetet genom ett resursförstärkande arbetssätt. Vi önskar alltså med produkten kunna skapa en hållbar utveckling för mammor med missbruksproblem att amma.

Källförteckning

Aho, T., Salapuro, M. & Savolainen, A. (2006). *Huumeongelmaisen hoito*. Käypä hoito rekommendation. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../khp00056> (hämtat: 2.4.2014).

Axelsson, Å. (2012). Litteraturstudie. Ingår i Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Casey, G. (2012). Breastfeeding and drugs. *Kai Tiaki nursing New Zealand*, 18 (2), 20 - 24.

D'apolito, K. (2013). Breastfeeding and substance abuse. *Clinical obstetrics and gynecology*, 56 (1), 202 -211.

Doherty, T., Sanders, D., Goga, A. & Jackson, D. (2011). Implications of the new WHO guidelines on HIV and infant feeding for child survival in South Africa. *Bull World Health Organ*, 89, 62 -67.

Dorea, J. (2007). Maternal smoking and infant feeding: Breastfeeding is better and safer. *Matern Child Health J*, 11, 287 -291.

Fellman, V. & Järvenpää, A-L. (u.å). *Vastasyntynyt*. TherapiaFennica. http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Vastasyntynyt#.C3.84idin_C-hepatiitti (hämtat: 1.5.2014).

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur.

Forskningsetiska delegationen. (2012). *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland*. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf (hämtat: 2.4.2014).

Giglia, R. (2010). Alcohol and lactation. An updated systematic review. *Nutrition and Dietetics*, 67, 237 -243.

Glatstein, M., Garcia-Bournissen, F., Finkelstein, Y. & Korgen, G. (2008). Methadone exposure during lactation. *Canadian Family Physician*, 54, 1689-1690.

Godfrey, J.R. & Lawrence, R.A. (2010) Toward optimal health: The maternal benefits of breastfeeding. *Journal of women's health*, 19 (9), 1597-1602.

Hasunen, K., Kalavainen, M., Keinonen, H., Lagström, H., Lyytikäinen, A., Nurttila, A., Peltola, T. & Talvia, S. (2004). *Lapsi, perhe ja ruoka*. *Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten*,

odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. Sosiaali ja Terveysministeriös publikation. Helsinki: Edita Prima Oy.

Heiskanen, N., Malm, H., Sankilampi, U., Koivula, I. & Heinonen, S. (2006). Mikrobilääkkeiden käyttö raskauden ja imetyksen aikana -suositukset puoltavat tuttua ja turvallista. *Suomen Lääkärilehti*, 61(51-52), 5323-5328.

Holmila, M., Huhtanen, P., Martikainen, P., Mäkelä, P. & Virtanen, A. (2009). Lasten huoltajien alkoholinkäytön ja haittojen kehitys. Ingår i: Lammi-Taskula, J & Karvonen, S. & Ahlström, S. (red.), *Lapsiperheiden hyvinvointi*. Helsinki: Yliopiston Kirjapaino.

Holopainen, A. (2009). *Lääkkeiden väärinkäyttö*. Päihdelinkki. <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/348-laakkeiden-vaarinkaytto> (hämtat: 21.3.2014).

Huttunen, M. (2013). *Päihde- ja huumeriippuvuus*. Terveysportti. www.terveysportti.fi (hämtat: 13.3.2014).

Jambert- Gray, R., Lucas, K. & Hall, V. (2009). Methadone-treated mothers: pregnancy and breastfeeding. *British Journal of Midwifery*, 17 (10), 654-657.

Jarva, H. & Meri, S. (2011). Immuunipuolustus eri ikäkausina. Ingår i: Hedman, K., Heikkinen, T., Huovinen, P., Järvinen, A., Meri, S. & Vaara, M. (red.), *Immunologia*. Porvoo: Bookwell.

Johnson, K. (2013). Maternal-infant bonding: a review of literature. *International Journal of Childbirth Education*, 28 (3), 17-22.

Jones, H. E., Heli, S., H., Baewert, A., Arria, A., M., Kaltenbach, K. & Martin, P., R., Coyle, M., G., Selby, P., Stine, S., M. & Fischer, G. (2012). Buprenorphine treatment of opioid-dependent pregnant women: a comprehensive review. *Addiction*, 107 (1), 5-27.

Järvenpää, A.-L. (2008). Miksi imetys ei onnistu Suomessa suositusten mukaisesti? *Duodecim*, 124, 1147-1148.

Järvenpää, A.-L. (2009). Imetyksen vaikutukset lapsen terveyteen. *Suomen Lääkärilehti*, 64 (23), 2089-2093.

Kaikkonen, R., Mäki, P., Hakulinen-Viitanen, T., Markkula, J., Wikström, K., Ovaskainen, M.-L., Virtanen, S. & Laatikainen, T. (toim.) (2012). *Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos raportti. Tampere: Juvenes print

Kivitie-Kallio, S. & Tupola, S. (2009). *Päihteitä käyttävän äidin lapsen seuranta*. Terveysportti. www.terveysportti.fi (hämtat: 15.3.2014).

Kivitie-Kallio, S. (2012). *Rintaruokinnan merkitys hepatiitti C:n (HCV) tarttumisriskiin äidistä lapseen*. Terveysportti. www.terveysportti.fi (hämtat: 15.3.2014).

Kivitiie-Kallio, S. (2012). *Buprenorfiini- tai metadonikorvaushoito ja imetys*. Terveysportti. www.terveysportti.fi (hämtat: 15.3.2014).

Koskinen, K. (2008). *Imetysohjaus*. Helsingfors: Edita.

Lamberti, L., Zakarija-Grković, I., Walker, C., Theodoratou, E., Nair, H., Campbell, H. & Black, R. (2013). Breastfeeding for reducing the risk of pneumonia morbidity and mortality in children under two: a systematic literature review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 13(3), 1-8.

Leggate, J. (2008). Improving pregnancy outcomes: mothers and substance misuse. *British Journal of Midwifery*, 16 (3), 160 -165.

Lyden, H. & Schuman, N. (2013). Transmissions of parenting models at the level of representation. Ingår i: Schuman, N. & Pajulo, M., & Mayes, L. (red.). *Parenting and substance abuse*. New York: Oxford University Press.

Lääkkeet. (2011). <http://www.paihdelinkki.fi/pikatieto/?c=Laakkeet> (hämtat: 7.4.2013).

Löfgren, B. (2002). *Design och produktutveckling*. Stockholm: Liber.

Malm, H. (2008). Lääkkeet ja imetys. *Duodecim*, 124(6), 632 -639.

Malm, H. (2012). *Kaikki itsehoitolääkkeet eivät ole turvallisia raskauden ja imetyksen aikana*. Fimea.

http://sic.fimea.fi/1_2012/kaikki_itsehoitolaakkeet_eivat_ole_turvallisia_raskauden_ja_imetyksen_aikana.aspx (hämtat 25.2.2014 (hämtat: 28.2.2014).

Malm, H., Vähäkangas, K., Enkovaara, A-L. & Pelkonen, O. (2008). *Lääkkeet raskauden ja imetyksen aikana*. Fimea.

http://www.fimea.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/fimea/embeds/fimeawwwstructure/17161_raskaus2r.pdf (hämtat: 13.1.2014).

Martikainen, T. & Kokki, H. (2010). Kipulääkkeet raskauden ja imetyksen aikana. *Finnanest*, 43 (2), 119-122.

Martin, L., T., McNamara, M., Milot, A., Bloch, M., Hair, E., C. & Halle, T. (2008). Correlates of smoking before, during, and after pregnancy. *Am J Health Behav*, 32 (3), 272 -282.

McDonald, K., Amir, L. & Davey M.-A. (2011). Maternal bodies and medicines: a commentary on risk and decision-making of pregnant and breastfeeding women and health professionals. *BMC Public Health*, 11 (5), 1 -8.

Moring, J., Martins, A., Partanen, A., Bergman, V., Nordling, E. & Nevalainen, V. (red.) (2011). *Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön vuonna 2010*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tammerfors: Juvenes Print

- Mölsä, E. & Tammela, O. (2002). Rintamaito ei aina riitä! Korvikemaidon antaminen ei ole syntiä. *Duodecim*, 118, 1097 -1098.
- Notter, L., E. & Hott, J., R. (1996). *Forskningsmetodik inom omvårdnad*. Studentlitteratur: Lund.
- Nuutila, M & Ylikorkala, O. (2004). Lapsivuodeaika ja sen komplikaatiot. Ingår i: Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. (red.), *Naistentaudit ja synnytykset*. (4. uppl.) Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen*. Liber: Spanien.
- Otronen, K. (2007). Imetys ja imetysohjaus neuvolassa. Ingår i: A. Armanto & P. Koistinen (red.), *Neuvolatyön käsikirja*. Helsinki: Tammi
- Pajulo, M. & Kalland, M. (2006). Uutta ajattelua päihdeongelmaisten äiti-vauvaparien hoidossa. *Duodecim*, 122, 2603 -2611.
- Pajulo, M. (2003). Huumeriippuvuus ja äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. *Duodecim*, 119 (14), 1335 -1342.
- Pajulo, M. (2008). Päihdeongelmaisen äidin ja vauvan tilanteeseen kehitetty Suomessa uraauurtava hoitomalli. *Duodecim*, 124, 2852 -2853.
- Pajulo, M. (2010). Kannattaako päihdeongelmaisten äiti-vauvaparien hoito? *Suomen Lääkärilehti*, 65 (13-14), 1205 -1211.
- Pajulo, M. (2011). Päihdeongelmaisten odottavien äitien hoidon kehittämisen-erityispiirteet, haasteet ja mahdollisuudet. *Suomen Lääkärilehti*, 66 (14), 1189 -1195.
- Pohjola, A., Alaja, R. & Seppä, K. (2007). Alkoholi ja imetys. *Suomen lääkäri-lehti*, 62 (36), 3161 -3165.
- Pritham, U. A., Paul, J. A. & Hayes, M. J.(2012). Opioid dependency in pregnancy and length of stay for neonatal abstinence syndrome. *JOGNN*, 41 (180 -190), 180 -190.
- Seppä, K., Alho, H. & Kiianmaa, K. (red.) (2010). *Alkoholiriippuvuus*. Duodecim: Hämeenlinna.
- Tanhua, H., Virtanen, A., Knuuti, U., Leppo, A., & Kotovirta, E. (2011). *Huumetilanne Suomessa 2011*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos raportti. Tampere: Juvenes Print-Tamperen yliopistopaino Oy
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. (2009). *Imetyksen edistäminen Suomessa. Toimintaohjelma 2009-2012*. Helsinki: Yliopistopaino.

Tiitinen, A. (2013). *Imetys ja lääkkeet*. Terveysportti. www.terveysportti.fi (hämtat: 3.3.2014).

Wright, H. (2004). Breastfeeding and the transmission of HIV. *British Journal of Midwifery*, 12 (2), 88 -92.

Zarando, V., Nicolussi, S., Cavallin, S., Trevisanuto, D., Barbato, A., Faggian, D., Favaro, F. & Plebani, M. (2005). Effect of maternal smoking on breast milk interleukin-1 α , β -endorphin, and leptin concentrations. *Environmental Health Perspectives*, 113 (10), 1410 - 1413.

Österlin, K. (2003). *Design i fokus för produktutveckling*. Malmö: Liber Ekonomi.

Finlands författningssamling

Barnskyddslag 13.4.2007/417 www.finlex.fi (hämtat: 9.4.2014).

Bilaga 1

Datasökning

DATABAS	SÖKORD	AVGRÄNSNINGAR	ANTAL TRÄFFAR	URVAL
EBSCO, CINAHL	“BREASTFEEDING” AND “NARCOTICS”	FULL TEXT	2	1
EBSCO, CINAHL	“BREASTFEEDING” AND “DRUGS”	FULL TEXT	21	1
EBSCO, CINAHL	“LACTATION” AND “ALCOHOL”	FULL TEXT, 2007-2013	5	1
EBSCO, CINAHL	“MATERNAL SMOKING” AND “BREAST MILK” AND “EFFECT”	FULL TEXT, 2005-2013	2	1
EBSCO, CINAHL	“SMOKING RISK” AND “INFANT” AND “BREAST-FEEDING”	FULL TEXT, 2007-2013	1	1
EBSCO, CINAHL	“BREASTFEEDING” AND “SMOKING” AND “CHILD HEALTH”	FULL TEXT, 2006-2013	5	1
EBSCO, CINAHL	“BREASTFEEDING” AND “ SUBSTANCE ABUSE”	FULL TEXT	13	2

EBSCO, CINAHL	“BREASTFEEDING” AND “MEDICINES”	FULL TEXT	10	1
EBSCO, CINAHL	“BREASTFEEDING” AND “HEROIN”	FULL TEXT, 2008-2012	2	1
EBSCO, CINAHL	“BREAST FEEDING” AND “PASTEURIZATION OF MILK”	FULL TEXT	1	1
EBSCO, CINAHL	”BREASTFEEDING” AND ”HIV” AND ”GUIDELINES”		15	1
EBSCO, CINAHL	”BREASTFEED*” AND ”INFANT” AND ”DRUG*”	FULL TEXT, 2008-2014	23	1
EBSCO, CINAHL	”BREASTFEED*” AND ”BOND*”	FULL TEXT, 2008-2014	21	1
EBSCO, CINAHL + ACADEMIC SEARCH ELITE	“BREASTFEEDING” AND “PNEUMONIA”	2011-2014	67	1
EBSCO, CINAHL + ACADEMIC SEARCH ELITE Vidare via SFX links till Highwire Press Free som erbjuder Fulltext	“METHADONE” AND “LACTATION”	2008-2014	6	1
GOOGLE	“LÄÄKKEET” AND “IMETYS”		182000	1
MEDIC	“IMETYS”	2002-2014	147	2

OVIDMEDLINE, Wolters kluwer, OvidSP	“BREASTFEEDI NG” AND “ETHANOL”		50	1
TERVEYSPO RTI	“IMETYS” AND “ALKOHOLI”		20	1
TERVEYSPO RTI	“LÄÄKKEET” AND “IMETYS”		86	4
TERVEYSPO RTI	“IMETYS” AND “BUPRENORFII NI”		4	1
TERVEYSPO RTI	“IMETYS”		268	2
TERVEYSPO RTI	“HUUME” AND “PÄIHDE”		77	2
TERVEYSPO RTI	“HUUME” AND “ÄITI”		41	1
TERVEYSPO RTI	“IMETYS” AND “PÄIHDE”		16	3
TERVEYSPO RTI	”PÄIHDEONGEL MA” AND ”ÄITI” AND ”VAUVA”		17	3
TERVEYSPO RTI	”PÄIHDE” AND ”ÄITI” AND ”VAUVA”		11	1

Bilaga 2



Läkemedelstabell

Verksamt ämne eller läkemedelsgrupp	Rekommendationer under amning:	Det huvudsakliga användningsområdet för läkemedlet
Adalimumabi	Rekommenderas inte	Inflammatoriska sjukdomar
Amantadiini	Rekommenderas inte	Läkemedel för virus
Amfoterisiini	Bör inte användas under amning om inte livshotande tillstånd hos mamman	Läkemedel för svamp
Amiodaroni	Förbjudet	Hjärt- och kärlsjukdomar
Anakinra	Förbjudet	Inflammatoriska sjukdomar
Asetyylisalisyylihappo	Rekommenderas inte i långtidsbruk	Reumatism, smärtmedicin
Atenololi	Rekommenderas inte	Hjärt- och kärlsjukdomar
Auranofiini	Rekommenderas inte	Reumatism
Aurotiomalaatti	Rekommenderas inte	Reumatism
Bentsodiatsepiinit	Kan medföra risker	Psykiska läkemedel
Doksepiini	Förbjudet	Psykiska läkemedel
Dopamiiniagonistit	Förbjudet	Neurologiska sjukdomar
Efalitsumabi	Rekommenderas inte	Inflammatoriska sjukdomar
Ergotamiini	Förbjudet	Neurologiska sjukdomar
Estrogeeni	Kan medföra risker	Hormonella preventivmedel
Etanersepti	Rekommenderas inte	Inflammatoriska sjukdomar
Fentanylili	Bör undvikas	Smärtmedicin
Fibraatit	Kan medföra risker	Hjärt- och kärlsjukdomar
Flukonatsoli	Bör inte användas under amning om inte livshotande tillstånd hos mamman	Läkemedel för svamp
Fluoksetiini	Kan medföra risker	Psykiska läkemedel

Fluorokinolonit	Kan medföra risker	Antibiotika
Gansikloviiri	Förbjudet	Läkemedel för virus
Glukosamiini	Kan medföra risker	Reumatism
Griseofulviini	Rekommenderas inte	Läkemedel för svamp
Infliximabi	Rekommenderas inte	Inflammatoriska sjukdomar
Isotretinoiini	Förbjudet (lokalbehandling ok)	Hudsjukdomar
Itrakonatsoli	Bör inte användas under amning om inte livshotande tillstånd hos mamman	Läkemedel för svamp
Ketokonatsoli	Bör inte användas under amning om inte livshotande tillstånd hos mamman	Läkemedel för svamp
Kloramfenikoli	Rekommenderas inte (lokalbehandling ok)	Antibiotika
Klotsapiini	Kan medföra risker	Psykiska läkemedel
Kodeiini	Kan medföra risker	Hostmedicin
Kodeiini	Bör undvikas	Smärtmedicin
Kortikosteroidit	Om dosen är > 40 mg/dygn bör man hålla en 4 timmars paus innan amningen	Inflammatoriska sjukdomar
Lamotrigiini	Kan medföra risker	Neurologiska sjukdomar
Lansopratsoli	Kan medföra risker	Sjukdomar i mag- och tarmkanalen
Leflunomidi	Förbjudet	Läkemedel som påverkar immunförsvaret
Linetsolidi	Rekommenderas inte	Antibiotika
Litium	Rekommenderas inte	Psykiska läkemedel
Losartaani	Rekommenderas inte	Hjärt- och kärlsjukdomar
Melatoniini	Regelbunden användning bör undvikas	Läkemedel som påverkar sömnen
Metotreksaatti	Förbjudet	Läkemedel som påverkar immunförsvaret
Metyylifenidaatti	Kan medföra risker	Psykiska läkemedel
Mykofenolihappo	Förbjudet	Läkemedel som påverkar immunförsvaret
Natalitsumabi	Rekommenderas inte	Inflammatoriska sjukdomar
Opioidit	Rekommenderas inte	Smärtmedicin
Oseltamiviiri	Kan medföra risker	Läkemedel för virus
Posakonatsoli	Bör inte användas under amning om inte livshotande tillstånd hos mamman	Läkemedel för svamp
Pregabaliini	Kan medföra risker	Neurologiska sjukdomar

Pseudoefedriini	Rekommenderas inte	Allergiläkemedel
Rabepratsoli	Kan medföra risker	Sjukdomar i mag- och tarmkanalen
Ribaviriini	Förbjudet	Läkemedel för virus
Sotaloli	Rekommenderas inte	Hjärt- och kärlsjukdomar
Statiinit	Rekommenderas inte	Hjärt- och kärlsjukdomar
Takrolimuusi	Kan medföra risker	Läkemedel som påverkar immunförsvaret
Terbinafiini	Bör undvikas	Läkemedel för svamp
Tetrasykliinit	Kan medföra risker	Antibiotika
Tiagabiini	Kan medföra risker	Neurologiska sjukdomar
Topiramaatti	Kan medföra risker	Neurologiska sjukdomar
Triptaanit	Rekommenderas inte (sumatriptaani ok)	Neurologiska sjukdomar
Tsanamiviiri	Kan medföra risker	Läkemedel för virus
Tsonisamidi	Kan medföra risker	Neurologiska sjukdomar
Tyreostaatit	Kan medföra risker	Sköldkörtel läkemedel
Valsartaani	Rekommenderas inte	Hjärt- och kärlsjukdomar
Vorikonatsoli	Bör inte användas under amning om inte livshotande tillstånd hos mamman	Läkemedel för svamp

- *Kan medföra risker*= man är osäker på hur det verksamma ämnet inverkar på amningen, det finns kanske för litet forskning om ämnet så man kan ännu inte med säkerhet förbjuda eller godkänna det.
- *Kan medföra risker* = det finns vissa kriterier som måste uppfyllas för att amningen skall vara totalt säker, t.ex. läkaruppföljning eller blodprover av barnet. Det kan även betyda att om mamman missbrukar för stora mängder av läkemedlet blir det skadligt för barnet.
- *Rekommenderas inte* = det finns mera bevis för att man ska kunna påstå att det kan vara skadligt för amningen. Vid vissa läkemedel med benämningen *rekommenderas inte* har utökats ifall det funnits vidare rekommendationer, t.ex. *rekommenderas inte i långtidsbruk*.
- *Förbjudet*, *bör inte användas* och *bör undvikas* = det finns starkare bevis för att dessa ämnen påverkar negativt amningen och barnet.

Källa till tabellen: Malm, Vähäkangas, Enkovaara & Pelkonen, 2008; Martikainen & Kokki, 2011

Nora Isomäki & Hanna Weckström, examensarbete 2014.

Bilaga 3



Manual för handledningskort

Målgruppen för produkten är både personalen vid Förbundet för mödra- och skyddshem som får riktlinjer för när amningen är tillåten och hur man kan göra den så säker som möjligt för barnet. Förutom personal riktar korten sig till de klienter som vårdas där och för mammornas partner, om de vill inkludera denna i diskussionstillfällena, är det även bra att få honom/henne medveten om amningsrekommendationerna.

Korten består av påståenden som kan vara sanna eller falska eller inte ha ett entydigt svar och det är meningen att mammorna skall diskutera kring ämnet för att väcka tankar och reflektioner kring egen amning. Riskerna som tas upp i produkten kan även ses som motivationsfaktorer för kvinnorna att både amma och sluta med sitt missbruk.

Påståenden har en resursförstärkande attityd och skall föra fram de positiva fördelarna med amning och uppmuntra till amning. Man kan därmed hitta alternativa lösningar till missbruket och ifall det finns eventuella hinder så att amningen kan fortsätta. Med korten följer facit och en kort förklaring till varför påståendet är sant eller falskt. ”Ja” betyder att påståendet stämmer och ”Nej” att påståendet är falskt.

Det finns 52 olika påståenden som behandlar teman:

- Bakgrundsfakta om amning
- Tobak och amning
- Alkohol och amning
- Läkemedel och amning
- Sjukdomar och amning
- Droger och amning
- Substitutionsvård och amning

Korten har olika färg beroende på teman för att man lätt kan välja vad man diskuterar vid vilket tillfälle, dvs. för att lätt kunna välja bort teman som inte berör någon av deltagarna. Detta förutsätter förstås att handledaren känner till deltagarnas situation.

Facit till påståendekorten

Påståenden om amningens fördelar:

- 1 Nej, barnet söker tröst, känner sig hörd och lugnar ner sig vid bröstet och relationen mellan mamman och barnet stärks vid amning.
- 2 Nej, enligt forskningar har WHO kommit fram till internationella rekommendationer för att fördelarna av amningen bäst skall komma fram: Helamning upp till 6 mån. och delamning upptill 12 mån. eller längre.
- 3 Ja/Nej. Antikroppar ger ett skydd mot infektioner men effekterna ses också senare i livet genom mindre risk för sjukdomar så som diabetes, keliaki och också övervikt.
- 4 Ja, i mjölken finns antikroppar som skyddar mot sjukdomsalstrande mikrober.
- 5 Ja, förutom de näringsämnen som främjar tillväxt finns också vitaminer och antikroppar mm.
- 6 Nej, regelbunden amning gör att mjölkproduktionen upprätthålls. Längre pauser kan alltså ha motsatt effekt.
- 7 Ja och Nej (inget rätt svar). För anknytningen är amningsstunderna viktiga men man kan också inkludera andra t.ex. pappan om bröstmjölken pumpas på förhand kan han också vara den som matar barnet.
- 8 Nej, mamman återhämtar sig snabbare efter förlossningen och amningen skyddar mamman mot senare sjukdomar t.ex. depression efter förlossningen, diabetes m.m. Amning är också ekologiskt och lönsamt.
- 9 Nej, de har mera benägenhet för det men blir inte automatiskt beroende som vuxna.
- 10 Ja, barn som tillbringar mera tid nära mamman är mera belåtna, särskilt de med hudkontakt.

Påståenden om alkohol:

- 11 Nej, alkohol kan lugna mamman men påverkar negativt de hormoner som upprätthåller amningen.
- 12 Ja, alkohol överförs även till bröstmjölken.
- 13 Nej, största delen en portion alkohol brukar försvinna inom 2-3 timmar. Ju mera alkohol mamman intar desto längre tid tar det innan alkoholen har försvunnit.
- 14 Ja, doftförändringen är som störst 30-60 minuter efter alkoholintaget.
- 15 Ja, alkoholanvändning under amningen för med sig negativa förändringar på t.ex. barnets sömn, utveckling och tillväxt.
- 16 Nej, det är 2 restaurangportioner alkohol. Man anser att en liten dos alkohol nu och då inte förhindrar amningen.

- 17 Ja, då utsätter man inte barnet för alkoholen, koncentrationen i blodet är som störst ca 30-60 minuter efter alkoholintaget.
- 18 Nej, man rekommenderar en månad för att amningen skall bli ordentligt säkerställd.
- 19 Ja, för barnets bästa är det bra att inte amma före bröstmjölken är totalt alkoholfri.
- 20 Ja, det är en av de största riskerna med alkoholanvändning.

Påståenden om tobak:

- 21 Ja, det kan bero på nikotinet som påverkar de hormoner som styr mjölkutsöndringen och dessutom påverkar rökningen mammans allmänna hälsa, minskar matlusten och kan försämra mammans näringstillstånd.
- 22 Ja, på grund av att mamman röker utsätts barnet för cancerframkallande ämnen både direkt via bröstmjölken och även indirekt.
- 23 Ja, vilket i sin tur fördröjer bröstmjölken utsöndringsreflex.
- 24 Ja, barn som utsätts för tobaksrök har större risk att få olika infektioner.
- 25 Ja, det bästa är om avvänjning av tobak kan ske före graviditeten men det viktigaste är att amningen får fortsätta eftersom det ger ett bättre skydd åt barnet än modersmjölkersättning även fast mamman röker.
- 26 Ja, det är inte rekommenderat att röka när man ammar men det är värre att röka och inte amma för barnets del.
- 27 Nej, det är rekommenderat att hålla paus 2-3 timmar före amningen.
- 28 Ja, även med nikotinersättande preparat är det bäst att hålla en 2-3 timmars paus före amningen.
- 29 Ja, tobaksröken medför förutom nikotin t.ex. koldioxid, nikotin, cyanid och tjära som är farligt för barnet.
- 30 Ja, eftersom de blir exponerade för nikotinet endast via bröstmjölken och då tas det upp via matsmältningssystemet och inte via lungorna som det finns risk för då barnet utsätts för tobaksrök.

Påståenden om droger:

- 31 Ja, spädbarnet kan därför bli svårt att tolka.
- 32 Ja, av mammans droganvändning syns skadeverkningarna även hos barnet.
- 33 Ja, amning anses kunna minska på sjukhusvistelsen pga. barnets abstinenssymptom, dock skall mamman vara drogfri innan hon kan amma.
- 34 Ja, det anses som missbruk av heroin eller morfin då man använder större doser än de rekommenderade terapeutiska doserna och då anses det då vara farligt för barnet att amma.
- 35 Ja, alla droger medför olika skadeverkningar för barnet.
- 36 Nej, 2-3 veckor efter det kan det ännu synas spår i urinen. Vissa droger bryts långsamt ner i kroppen, speciellt hos små barn.
- 37 Ja, koffein överförs även till bröstmjölken men för äldre barn är den dosen de får minimal om inte mamman har ett extremt intag.

- 38 Nej, det finns beskrivet fall där barnet vårdats akut och fick andningsbesvär 24 timmar efter att det blivit utsatt för kokainet genom mammans bröstmjolk.
- 39 Ja, en mamma som använder amfetamin och andra motsvarande droger producerar mindre bröstmjolk.
- 40 Nej, en mamma som använder droger, börjar använda på nytt eller inte har kunnat sluta med missbruket bör inte amma oberoende av vilka droger hon använder. Istället bör man använda alternativa lösningar till amningen, t.ex. modersmjölkersättning.

Påståenden om substitutionsvård:

- 41 Nej, en mamma som använder substitutionsvård skall inte använda droger samtidigt om hon vill amma.
- 42 Ja, det finns ännu inga kliniska fall av att barnet skulle påverkas negativt av subutex/suboxone utan barnet har större nytta av bröstmjölken och närheten till mamman.
- 43 Ja, mamman har också tät uppföljning inom missbrukarvården.

Påståenden om läkemedel:

- 44 Nej, vissa sjukdomar kräver medicinering som gynnar både mamman och barnet. Oftast är medicinering inte ett hinder för amningen, dock bör man alltid konsultera läkare för att vara säker.
- 45 Ja, vid missbruk ökar risker för olyckor, mamman påverkas både fysiskt och psykiskt och kan bli oförmögen att ta hand om sitt barn.
- 46 Ja, metabolismen hos barnet är outvecklat och gör sig inte av med restprodukterna i samma takt. Tecken på att barnet kan vara påverkat av medicinen som man bör reagera på: förändrad matlust, trötthet, rastlöshet, svårigheter att somna, kraftlöshet, ängslighet, irritabilitet eller det kan förekomma skakningar.
- 47 Ja, t.ex. pumpa bröstmjolk i förhand eller amma strax före intag av läkemedel så att barnet inte får i sig så stora halter av läkemedlet.
- 48 Nej, så länge inte rusmedlet är i så stora mängder att det skadar barnet så finns det fortfarande samma livsviktiga ämnen i mjölken.

Påståenden om sjukdomar:

- 49 Ja, om barnet vaccineras först.
- 50 Ja. Vid pastörisering förstörs vissa virus så att mjölken går att ge åt barnet.
- 51 Ja, man kan amma som normalt från det friska bröstet tills det sjuka har läkt.
- 52 Ja, men man kan ge modersmjölkersättning åt barnet istället.

1. Amning är bara en näringsväg för barnet.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

2. Det är ingen skillnad under hur lång tid man ammar och vad man ger barnet på sidan om bröstmjölken, ingen vet vad som är bäst i nuläget.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

3. Amningen skyddar barn under 3 år mot sjukdomar.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

4. Barn som får bröstmjolk är mindre mottagliga för infektioner.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

5. I mjölken finns även vitaminer och andra skyddsämnen som är livsviktiga för barnet.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

6. Mamman producerar mera mjölk om det blir ett långt uppehåll, dvs. mjölken fylls på hela tiden.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

7. Amning är barnets och mammans gemensamma tid.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

8. Det är endast barnet som gynnas av amning.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

9. Barnet får automatiskt missbrukarproblematik som vuxen om mamman har missbruksproblem under amningen.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

10. Närhet, som är avgörande för en god interaktion mellan mamma och barn, kan uppnås under amningsstunder.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

11. Alkohol förbättrar mjölkproduktionen.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

12. Alkoholprocenten är samma i bröstmjölken som i mammans blod.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

13. För att få alkoholen att försvinna snabbare från bröstmjölken kan man t.ex. dricka vatten eller kaffe, motionera eller att pumpa ut och kassera bröstmjolk.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

14. Alkoholen påverkar bröstmjölken specifika doft och då även barnets lust att amma.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

15. Om mamman ammar och dricker alkohol kan barnet växa, äta och sova dåligt.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

16. Alkoholintaget under amningsperioden skall helst inte överstiga 5 liter per dag.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

17. Det är bättre om mammor kan undvika att dricka alkohol direkt före amning.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

18. För att amningen skall bli ordentligt säkerställd är det bättre om mammor undviker alkohol cirka en dag efter barnets födsel.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

19. Mammor som önskar dricka alkohol kan överväga att pumpa ut bröstmjolk i förväg.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

20. Mamman kan bristfälligt se efter barnets behov då hon är alkoholpåverkad.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

21. Mammor som röker tobak ammar mera sällan och kortare stunder än mammor som inte röker.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

22. Barnet blir utsatt för rökningens skadliga ämnen via bröstmjolk, tobaksrök, mammans andningsluft och via kläder och hår.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

23. Nikotinet har en hopdragande effekt på blodkärlen vid bröstkörteln.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

24. De barn till mammor som röker lider oftare av luftvägs- och öroninfektioner, andningsbesvär, kolik eller plötslig spädbarnsdöd jämfört med barn till mammor som inte röker.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

25. Mammor som röker får inte överge amningen fast de inte kan sluta röka.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

26. Amningens positiva effekter för barnets hälsa är viktigare än tobaksrökningens orsakade skador.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

27. Om mamman inte kan låta bli att röka kan man försöka undvika rökning 2-3 minuter före amningen.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

28. Nikotinersättande preparat skall helst tas efter amningen.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

29. Användningen av nikotinplaster för ammande mammor är säkrare för barnet än om mamman skulle röka tobak.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

30. Barn till mammor som snusar, jämfört med barn till mammor som röker, riskerar inte att få lika mycket skadeverkningar av nikotinet.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

31. Drogerna som barnet kan få i sig via amningen påverkar spädbarnets koncentration, vakenhet, sinnestämning och funktionsförmåga.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

32. Om barnet utsätts för droger via bröstmjölken kan det bli apatiskt, gå i dvala, bli allmänt svagt, äta dåligt, bli irriterat, gråta och få en försämrad sömn.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

33. Amning kan minska på abstinenssymptomen hos nyfödda barn som blivit utsatta för droger under graviditeten.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

34. Hos ammande mammor kan kontrollerade smärtmedicindoser av morfin anses som säkra för amningen.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

35. Barnet som utsätts för t.ex. marijuana via bröstmjölken kan växa dåligt, få minskad muskelmassa, bli dåsigt och suga dåligt mjölk.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

36. Barn som får i sig marijuana via bröstmjölken kan utsöndra i urinen ännu 2-3 dagar efter det ämnen som bildas när marijuana bryts ner i kroppen.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

37. Hos yngre barn som har en mindre metabolism av koffein finns det risk för att drogen kan börja lagras i kroppen.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

38. Om en mamma använder kokain och ammar är det ofarligt för barnet.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

39. Amfetamin liknande droger är kända för att minska mjölkproduktionen.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

40. En mamma som ammar och använder droger är ofarligt för barnets del.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

41. När mamman använder substitutionsvård (metadon eller buprenorfin) kan hon samtidigt amma och använda droger utan att barnet påverkas av drogerna.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

42. Modersmjölken med små mängder av subutex/suboxone är bättre än att inte amma.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

43. För att tryggt amma med substitutionsvård följer man noggrannare med barnets utveckling med substitutionsvården i åtanke.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

44. Mamman kan inte ta mediciner alls när hon ammar.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

45. Den vuxnas tillstånd vid missbruk av mediciner kan vara till skada för barnet.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

46. Barnet kan inte göra sig av med läkemedel lika snabbt som mamman.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

47. Det finns anpassade lösningar för hur man kan amma även om man tar nödvändiga läkemedel.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

48. En rusmedelsfri mamma har "bättre" mjölk än någon som använder rusmedel.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

49. En mamma som är hepatit B positiv
kan amma.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

50. Mammans egen bröstmjök kan pumpas ut
och pastöriseras så att man kan ge den åt barnet
om mamman har t.ex. vattkoppor.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

51. Vid en herpesinfektion i bröstet kan man inte amma.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014

52. En mamma som är HIV och hepatit C positiv
kan inte amma.

Nora Isomäki & Hanna Weckström, Åbo, examensarbete 2014