



LKT

Støtte til amning

– for børn indlagt på neonatalafdeling





Forord

"Jeg er mor til Johannes, som er mit fjerde barn.

Jeg har tidligere ammet tre børn, alle født til termin og uden komplikationer. Alligevel blev amme-etableringen med Johannes en helt anderledes og langt mere sårbar proces. Hans alt for tidlige fødsel og neonatalindlæggelse – i en situation præget af både uvished og sorg – ændrede grundlæggende mine forudsætninger som mor, også på et område hvor jeg ellers havde erfaring og tillid. At amme Johannes udgjorde et skrøbeligt håb og var en måde at knytte mig til mit barn på midt i det, der var svært. Udover håb var amningen for mig også forbundet med ansvar, sårbarhed og ønsket om, at kunne give mit barn det bedst mulige udgangspunkt – i en situation, hvor meget andet lå uden for min kontrol.

Da jeg som mor trådte ind på neonatalafdelingen, mødte jeg et sundhedsvæsen præget af høj faglighed og stærkt engagement. Jeg var både følelsesmæssigt belastet og dybt afhængig af den støtte, jeg mødte. Jeg oplevede, hvor afgørende den støtte, vejledning og kommunikation, jeg modtog var, for at jeg oplevede amningen som meningsfuld – og mulig. Små forskelle i tilgang havde en stor betydning for min tro på, at amningen kunne lykkes og ikke virkede uoverkommelig.

Som forældrerepræsentant i ekspertgruppen for det nationale Lærings- og Kvalitetsteam (LKT) Støtte til amning – for børn indlagt på neonatalafdeling har min rolle været at bidrage med erfaringer fra et forløb, hvor amning skulle finde plads side om side med sorg, udmattelse og bekymring.

Mit håb er, at forældreperspektivet kan være med til at skabe rammer for en ammeindsats, der ikke alene måles på tal, men også på, om forældre føler sig set, støttet og mødt i deres situation. Når kvalitetsarbejdet rummer både faglige standarder og forældres sårbarhed, styrkes forudsætningerne for en indsats, der er holdbar og meningsfuld – for både familier og personale."

Randi Marie Snedkov, Mor til Johannes (født i graviditetsuge 26, 2020)

"Da min mand og jeg mødte hinanden, vidste vi hurtigt, at vi ønskede os et fælles barn. Jeg havde to børn, og min mand havde en. Det var dog ikke så nemt, så vi endte med at få hjælp til at blive gravide.

Lykken var kæmpestor, da det efter første behandling allerede lykkedes.

Jeg havde dog aldrig forestillet mig den rejse, vi endte ud på.



Vera kom pludselig til verden allerede i uge 25+0. Uden det mindste forvarsel blev alt vendt på hovedet, og pludselig skulle vi balancere mellem en lille indesluttet verden på OUH, hvor det handlede om liv og død den første lange tid, og samtidig var der nogle dybt ulykkelige børn på den anden side, som vi ikke kunne være ordentlig ved. Det var frygteligt!

Når ens verden bliver vendt på hovedet på den måde, så er noget af det eneste trygge ved ens hverdag, faktisk personalet på den afdeling, vi lå på.

Det var deres ro og nærvær, der gjorde at vores nervesystem bare en gang imellem kunne slappe lidt af.

Som mor lå det naturligt, at jeg gerne ville have ammet mit barn. Dette var ikke lykkedes med mine to store børn, så jeg vidste, at det ville betyde meget denne gang. Jeg havde dog ikke forestillet mig, at mit ammeeventyr skulle begynde med 3,5 måned, hvor jeg sad fasttømret til afdelingens malke-maskine, og at der ville være alt andet end ro omkring det. Jeg synes, det var en utrolig udfordrende proces, og jeg ser ikke tilbage med særlig gode minder omkring det. Jeg tror lidt, at jeg mistede mig selv undervejs og min selvrespekt. Jeg ville jo ikke være til besvær eller være træls, så jeg sagde bare på automatik, at jeg da sagtens kunne sidde midt i det hele og malke ud, selvom det egentlig var temmelig grænseoverskridende at sidde midt på en åben stue med personale omkring mig, og andre forældre der gik ude på gangen, imens jeg sad med nøgen overkrop og malkede. Men jeg gjorde det jo, fordi det var absolut det eneste, jeg kunne gøre for min datter. I flere perioder måtte vi ikke ligge med hende, så det eneste, jeg kunne gøre for hende, var at sørge for, at hun kunne få den vigtige modernemælk. Jeg malkede ud i døgndrift, så jeg fik ikke den nødvendige søvn og hvile. Der var heller ikke malkemaskiner nok, så når vi i 11. time måtte flytte stue (vi nåede at flytte stue 13 gange), så måtte vi i hast ned til BabySam og leje en.

Personalet var søde, og de gjorde alt, hvad de kunne. Men jeg ville ønske, at nogle havde taget mere over og passet på mig.

Derfor sagde jeg ja til at deltage i dette projekt, og jeg er så rørt over, hvor fantastisk min fortælling er blevet taget imod.

Tusind tak, til hver og en der brænder for dette emne, og som støtter, guider, trøster og hjælper os forældre i den situation ingen af os præmatur-forældre ønskede at havne i."

Maria Sund, Mor til Vera (født i graviditetsuge 25, 2022)



Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	4
1. Indledning.....	5
1.1 Generel baggrund for Lærings- og Kvalitetsteams	6
1.2 Etablering af LKT Støtte til amning – baggrund og opdrag fra styregruppen	7
2. Problemstilling.....	9
2.1 Hvorfor er modermælken og den tidlige hud-mod-hud kontakt så vigtig?.....	9
2.1.1 Sikre tidlig og vedvarende hud-mod-hud kontakt, herunder tidlig kontakt til bryst.....	10
2.1.2 Sikre tidlig og vedvarende udmalkning	10
2.1.3. Sikre introduktion til Mælkevejen.....	12
2.2 Arbejdet for et fælles vidensgrundlag om amning.....	13
2.2.1 Sikre sundhedspersonalets kompetencer til at understøtte forældre i amneprocessen	14
3. Mål og indikatorer	15
3.1 Målgruppe.....	15
3.2 Resultatindikatorer.....	15
3.3 Indsatser, delmål og procesindikatorer	17
3.3.1 Sammenhæng mellem delmålene inden for "Tilstrækkelig mælkemængde og støtte til amning " og de valgte procesindikatorer.....	17
3.3.2 Sammenhæng mellem delmålene inden for "Vidensopbygning om amning " og de valgte procesindikatorer	22
3.4 Undervisning	24
3.4.1 Undervisningsmateriale.....	24
3.4.2 Anbefalinger til lokal implementering af undervisning	25
3.5 Sammenhæng mellem mål, indsatser, delmål og indikatorer	26
4. Indsamling af data.....	27
4.1 Resultatindikatorer – indhentes via data fra Dansk Kvalitetsdatabase for Nyfødte (DKN)	27
4.2 Procesindikatorer – indsamles via spørgeskema til mor/forældre	27
4.3 Procesindikatorer - Undervisning	29
5. Organisering.....	30
5.1 Udvælgelse og sammensætning af lokale forbedringsteams	30
5.2 Ressourcer og ledelse	32
6. Tidsplan	33
Bilag 1 – Idéer til indsatser	34
Bilag 2 – Driverdiagram.....	39
Bilag 3 - Medlemmer af ekspertgruppen	40
Bilag 4 – Litteraturliste	42



1. Indledning

Et Lærings- og Kvalitetsteam (LKT) er en organisatorisk ramme, som gennem fælles målsætning, afholdelse og deltagelse i nationale læringsseminarer og aktiviteter samt lokalt forbedringsarbejde bidrager til at forbedre behandlingen og pleje for patienter inden for specifikke sygdoms-/behandlingsområder.

I dette LKT (fremadrettet "LKT Støtte til amning") er målgruppen alle indlagte børn (og deres forældre) på en neonatalafdeling.

Det overordnede mål for LKT Støtte til amning er at øge andelen af børn indlagt på neonatalafdeling, der ammes fuldt ved udskrivelsen

Projektbeskrivelsen for LKT Støtte til amning er udarbejdet af en bredt sammensat gruppe af eksperter fra alle regioner, herunder repræsentanter fra den faglige styregruppe for Dansk Kvalitetsdatabase for Nyfødte (DKN). Derudover har der været to forældrerepræsentanter med i ekspertgruppen.

Projektet knytter sig til de [8 nationale mål for sundhedsvæsenet](#), hvoraf fire af disse mål er relateret til dette LKT. Det er "Behandling af høj kvalitet", "Øget patientinddragelse", "Flere sunde leveår" og "Mere effektivt sundhedsvæsen". Der tages udgangspunkt i de tre guidende principper fra "Baby-friendly Hospital Initiative for Neonatal wards": 1) Personalets holdning overfor moderen skal fokusere på den enkelte mor og hendes situation. 2) Neonatalafdelingen skal yde familiecentreret pleje og miljøet skal støtte dette. 3) Sundhedssystemet skal sikre kontinuitet i plejen fra graviditet til efter barnets udskrivelse (Nyqvist 2012). Disse guidende principper understøtter også de nationale mål.

LKT Støtte til amning sætter fokus på, at der sikres den rette støtte til forældrene og navnlig til mor, så amning af børn på neonatalafdeling etableres under indlæggelse. LKT Støtte til amning taler også ind i det forebyggende perspektiv i form af mindre sygdom og højere trivsel for de børn, der bliver fuldt ammet.

Indsatserne i projektet retter sig i høj grad mod forældrene, særligt under indlæggelse, hvor fokus er tidlig og vedvarende hud-mod-hud kontakt, støtte til ammeprocessen, herunder tidlig og vedvarende udmalkning, og opnåelse af tilstrækkelig mælkemængde.

LKT Støtte til amning har derfor også ambition om at etablere et fælles vidensgrundlag hos sundhedspersonalet, og en stor del af indsatserne i LKT'et er derfor også centreret om



kompetenceudvikling og undervisning. Internationalt har undervisning af sundhedspersonale vist positiv effekt på fuld amning af både tidlig fødte børn og børn født til termin (Berndt 2025, Osman 2024).

I projektbeskrivelsen sættes der et fælles mål for LKT Støtte til amning med en række indsatsområder, som ekspertgruppen forventer kan forbedre arbejdsgangene lokalt og samtidigt påvirke de overordnede mål for projektet.

De deltagende afdelinger vil under projektperioden anvende tidstro data og vil via nationale læringsseminarer have adgang til løbende og tværgående læring og gensidig erfaringsudveksling.

Projektet rummer en række fælles undervisningselementer, da ekspertgruppen har vurderet, at fælles kompetenceudvikling for den brede personalegruppe (og ikke kun de lokale forbedringsteams) er en forudsætning for at opnå de fastsatte mål for projektet.

Samtidig adskiller dette LKT sig markant fra de tidligere LKT'er. Der igangsættes tiltag, som involverer moderen/forældrenes aktive deltagelse tidligt i forløbet. LKT Støtte til amning har fokus på det relationelle mellem sundhedspersonalet og forældrene, og succesraten i projektet er afhængig af, at de deltagende afdelinger igangsætter forbedringstiltag og indsatser, hvor kommunikationen og samarbejdet mellem sundhedspersonalet og forældrene er i fokus. Der vil være undervisning om dette på læringsseminar eller webinar.

Målgruppen for denne projektbeskrivelse er medlemmer af de lokale forbedringsteams i LKT Støtte til amning samt ledere for de deltagende afdelinger.

1.1 Generel baggrund for Lærings- og Kvalitetsteams

Nationale Lærings- og Kvalitetsteams (fremadrettet LKT) indgår som et element i [Det Nationale Kvalitetsprogram for sundhedsområdet](#). LKT er en række nationale forbedringsprojekter, som har til formål at forbedre kvaliteten inden for et konkret og udvalgt sundhedsfagligt/og eller klinisk område samt fremme en kultur, hvor ledelse og medarbejdere arbejder lokalt med at skabe kvalitetsforbedringer, som en del af det daglige kliniske og sundhedsfaglige arbejde.

Et LKT nedsættes for en 2-årig periode på områder, hvor der er:

- 1) Utilfredsstillende kvalitet og/eller der er uønsket variation i behandlingskvaliteten på tværs af landet
- 2) Enighed om at der foreligger en løsningsmodel, som der er eller kan skabes faglig national konsensus om
- 3) Eksisterende datagrundlag, som det er muligt at tage afsæt i – evt. tilpasset til de mål og indsatser, der sættes i det pågældende LKT.

Et LKT er en ramme, der består af en ekspertgruppe med repræsentation af relevante fagligheder fra hele landet og evt. på tværs af sektorer (kommuner, almen praksis mm.) samt de lokale forbedringsteams.



De lokale forbedringsteams arbejder med de fastsatte mål og indsatser, der er beskrevet i projektbeskrivelsen. De lokale forbedringsteams indsamler løbende data og implementerer ved at teste forandringer i lille skala. Det er hensigten, at regionerne lærer af hinanden og løfter kvaliteten dér, hvor udfordringerne er størst.

De lokale forbedringsteams deltager også i de nationale læringsseminarer, typisk 3-4 seminarer i løbet af den 2-årige projektperiode. Herudover kan der være deltagelse i webinarer, som afholdes mellem de nationale læringsseminarer.

Den nationale styregruppe for LKT (fremadrettet styregruppen) træffer de overordnede beslutninger om at sætte et nyt LKT i gang, ligesom den også følger udviklingen i allerede igangværende LKT'er.

Styregruppen er sammensat af repræsentanter fra Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, de enkelte regioner, Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, Danske Patienter (repræsenteret ved Kræftens Bekæmpelse), repræsentant for kommuner samt Sundhedsstyrelsen.

Yderligere beskrivelse af de nationale LKT'er, herunder tidligere og aktuelle LKT'er, er beskrevet her: [Lærings- og Kvalitetsteams](#).

1.2 Etablering af LKT Støtte til amning – baggrund og opdrag fra styregruppen

Amning er positivt associeret med et bedre helbred for både mor og barn. Det ammede barn har bedre trivsel, mindre obstruktion og færre infektioner i barnealderen, som voksen en øget intelligens, og formentlig en reduceret forekomst af overvægt og diabetes ([SundK, Dokumentalistrapport for Dansk Kvalitetsdatabase for nyfødte \(DKN\), 2016](#)). Udover de direkte sundhedsfordele for mor og barn (bedre trivsel, færre infektioner, reduceret risiko for kroniske sygdomme og bedre udvikling (Goldstein 2025)) kan øget amning bidrage til mindre forældrefravær fra arbejdsmarkedet og reducere belastningen på et presset sundhedsvæsen.

Færre tidligt fødte børn end børn født til tiden etablerer fuld amning (Maastrup 2014a). Færre børn født til tiden ammer fuldt ved 1-månedsalderen, når de har været indlagt på neonatalafdeling (Nejsum 2023). Denne ulighed er uafhængig af sociodemografiske faktorer og er bekymrende, da fuld amning har stor betydning for både kort- og langsigtede sundhedseffekter for barnet og moderen.

I DKN måles der på, om der er etableret fuld amning ved udskrivelse fra neonatalafdeling eller ved afslutning af tidligt hjemmeophold (indikator 4). Udviklingsmålet er, at $\geq 65\%$ af de indlagte børn skal være fuldt ammede ved udskrivelse. På trods af en stigning fra 2017 til 2020 har målopfyldeisen ligget stabilt under udviklingsmålet nationalt og regionalt siden 2021 ([Dansk Kvalitetsdatabase for Nyfødte \(DKN\). Årsrapport 2024](#)).

Op mod 95-98 % af danske mødre ønsker at amme deres barn - det gælder også, når barnet er født for tidligt. Men en stor del har desværre ikke succes hermed (Maastrup 2021).



Det er enhver families ret selv at bestemme, om barnet skal ammes og hvor længe. Det er uhen-sigtsmæssigt, hvis familien fravælger eller opgiver amning pga. mangelfuld støtte til at afhjælpe forventede problemer. Dette LKT ønsker at støtte familierne til at opnå egne mål om amning. I re-spekt for forældrenes frie valg, og i lyset af, at nogle syge børn er for udfordret til vellykket amning, er udviklingsmålet sat til 65 %.

For børn indlagt på neonatalafdeling lykkes det at etablere fuld amning for 56 % af børnene. Ifølge årsrapporten fra 2024 blev 6.375 børn indlagt på neonatalafdeling inden for første levedøgn, hvil- ket svarer til 11, 2 % af en fødselsårgang. Lidt over 6 procent af fødselsårgangen er født før uge 37 ([Dansk Kvalitetsdatabase for Nyfødte \(DKN\). Årsrapport 2024](#)).

Baggrund for etablering af LKT Støtte til amning

Et lokalt dansk projekt fra 2016-2018, der omfattede ti neonatalafdelinger og 914 børn viste, at en målrettet indsats med 6 timers undervisning i seks kliniske praksisser af sygeplejersker i evidens-baseret ammevejledning og indførelse af "ammestuegang" (ammereflektion) signifikant øgede an- delen af tidligt fødte børn, der havde etableret fuld amning ved udskrivelse fra 58,1 til 66,6 % ($p=0,008$). Tre ud af seks kliniske praksisser blev forbedret (tidlig udmalkning, daglig hud-mod- hud kontakt, mindre brug af suttebrikker). På afdelingerne var der ligeledes en signifikant sam- menhæng mellem andelen af sygeplejersker, som deltog i undervisningen og ændring af andel af tidligt fødte børn, der blev fuldt ammede ved udskrivelse (Maastrup 2021).

Opdrag fra Styregruppen for LKT

Med afsæt i det omtalte projekt indsendte Styregruppen for DKN i 2024 et forslag om et nationalt LKT med det overordnede mål at øge andelen af syge nyfødte og tidligt fødte børn, der etablerer fuld amning ved udskrivelse fra neonatalafdeling, til 65 % eller mere inden for de to år, som et LKT varer.

Forslaget havde bred faglig opbakning fra Dansk Pædiatrisk Selskab (DPS), Speciel Interesse- Gruppe i neonatalsygepleje (SIG) og styregruppen for DKN.

På baggrund af ansøgningen besluttede Styregruppen for LKT på deres møde i november 2024 at igangsætte et LKT om Øgning i fuld amning af børn indlagt på neonatalafdeling. Styregruppen god- kendte, at LKT'et også skulle have et fokus på opdatering af undervisningsmateriale, som kan un- derstøtte et fælles kompetencegrundlag.

Styregruppen besluttede, at LKT Støtte til amning skulle etableres som et monosektorielt LKT, da formålet er at øge amning ved udskrivelse. Derfor er de tværsektorielle perspektiver ikke en del af projektbeskrivelsen, selvom samarbejde på tværs af sygehus og sundhedspleje ikke underkendes.

Region Nordjylland varetager den nationale projektledelse, og projektbeskrivelsen blev godkendt af LKT Styregruppen 4. maj 2026.



2. Problemstilling

2.1 Hvorfor er modermælken og den tidlige hud-mod-hud kontakt så vigtig?

Mors egen mælk er associeret med betydelige sundhedsfordele på kort og lang sigt for syge nyfødte og tidligt fødte.

Modermælk har en unik sammensætning af makronæringsstoffer. Derudover indeholder modermælk unikke mikronæringsstoffer, immunglobuliner, hormoner, immunceller, oligosakkarider, mikrobiomer, mikroRNA og andre bioaktive stoffer, som ikke kan efterlignes i modermælkerstatning (Kim Sy, Yi Dy 2020).

For tidligt fødte børn er disse egenskaber særligt vigtige, da de beskytter mod den øgede risiko for infektioner, alvorlig tarmsygdom, nethindeløsning og forsinket neurologisk udvikling. Det er derfor meget vigtigt at have fokus på, at flest mulige syge nyfødte og tidligt fødte får modermælk og ammes fuldt ved udskrivelse fra neonatalafdeling eller ved afslutning af tidligt hjemmeophold. Tidligt fødte og syge nyfødte har ofte begrænset energi og svag sutteevne samt lav muskeltonus, hvilket udfordrer ammeetablering. Støtte til forældrene til tidlig og vedvarende udmalkning er afgørende for at igangsætte og opretholde mælkeproduktion og dermed sikre barnets ernæring og mulighed for etablering af fuld amning.

At amme Johannes udgjorde et skrøbeligt håb og var en måde at knytte mig til mit barn på midt i det, der var svært.

fra Forord - Randi, mor til Johannes

Flere studier viser, at uforstyrret hud-mod-hud kontakt de første timer efter fødslen, indtil barnet har diet første gang eller er faldet i søvn, har en gavnlig effekt på, om mor efterfølgende ammer fuldt og også hvor længe ([National klinisk retningslinje om etablering af amning efter fødsel, 2019; Moore m.fl. 2025](#)).

Forældrene skal også støttes kommunikativt og relationelt i en proces, som for de fleste opleves som værende sårbar og præget af magtesløshed. Sundhedspersonalet opfordres til at arbejde med støtteværktøjer, der udover at betone vigtigheden af ammeetablering, hud-mod-hud kontakt også sikrer inddragelse og indflydelse på egen situation. Ekspertgruppen opfordrer til, at de lokale forbedringsteams henter inspiration til støtteværktøjer i Bilag 1 "Idéer til indsatser".



Ekspertgruppen anbefaler derfor, at ét af de overordnede indsatsområder i LKT Støtte til amning er "Tilstrækkelig mælkemængde og støtte til amning". Inden for dette indsatsområde peger ekspertgruppen på en række delmål, som udfoldes i det næste afsnit.

2.1.1 Sikre tidlig og vedvarende hud-mod-hud kontakt, herunder tidlig kontakt til bryst

For gruppen af tidligt fødte børn er der stærke anbefalinger om tidlig og vedvarende hud-mod-hud kontakt.

I den danske kliniske retningslinje om hud-mod-hud kontakt mellem tidligt fødte (gestationsalder 28-36) og deres forældre ([Klinisk retningslinje om hud-mod-hud-kontakt mellem præmature børn og deres forældre, 2024](#)) anbefales det at påbegynde hud-mod-hud inden for barnets første levedøgn/inden for 6 timer, samt at fortsætte længerevarende daglig hud-mod-hud kontakt for at øge andelen af børn, der får deres mors mælk i første levedøgn og øge andelen, der er fuldt ammede ved udskrivelse fra neonatalafdeling. Hud-mod-hud-kontakt har andre fordele end amning, f.eks. modnes barnet hurtigere, når det er hud-mod-hud. Fordelene for barnet er uafhængigt af, om barnet ligger hud-mod-hud med mor, far eller en anden familiær omsorgsperson. Fordelene for moderens mælkeproduktion er afhængige af, at mor også har barnet hud-mod-hud. Hvis begge forældre er til rådighed, vælges mor til den første hud-mod-hud kontakt. Hvis mor ikke er til rådighed, er det vigtigere for barnet, at få hud-mod-hud kontakt med far, end at barnet skal vente på mor. Begge forældre bør herefter prioriteres til hud-mod-hud kontakt.

WHO publicerede i 2022 anbefalinger for lavvægtige og tidligt fødte børns pleje og behandling, der anbefaler tidlig og kontinuerlig hud-mod-hud kontakt 8-24 timer/døgn for at øge overlevelsen. I en dansk kontekst er det ikke bevist, at hud-mod-hud øger overlevelsen ([WHO recommendations for care of the preterm or low-birth-weight infant, 2022](#)). Forældre beskriver hud-mod-hud kontakt som at have det godt og gøre det godt for sit barn og en følelse af at blive forenet som familie. De beskriver dog også, at hud-mod-hud kontakt kan være energidrænende (Anderzen-Carlson 2014). For at balancere forældrenes oplevelser og forskellige behov, bør varigheden af hud-mod-hud-kontakt afhænge af forældrenes ønsker og muligheder, naturligvis med respekt for barnets fysiske stabilitet. Forældrene bør kende deres muligheder for at udnytte dem, de bør tilbydes hud-mod-hud kontakt med deres barn og viden om positive og negative følelser, men de bør ikke presses til hud-mod-hud kontakt.

2.1.2 Sikre tidlig og vedvarende udmalkning

Den tidlige og vedvarende udmalkning er centrale indsatser for, at mødre til syge nyfødte og tidligt fødte kan opnå en tilstrækkelig mælkemængde, så fuld amning af det indlagte barn kan etableres (Maastrup 2014a og 2014b, Murphy 2014, Parker 2020). Det er vigtigt at udnytte kroppens "åbne vindue" til tidligt at etablere en god mælkeproduktion, da det kan være vanskeligt at øge produktionen senere. Senest har et engelsk kohorte-studie fra 2024, omfattende mødre til børn født før 32 gestationsuger (GA), vist, at udmalkning inden for 6 timer efter fødslen medførte højere



mælkemængde lige efter fødslen og også højere mælkemængde per udmalkning i de første tre uger (Levene 2024).

De første gange kan udmalkning med hånden fungere, når råmælken skal opsamles, men herefter produceres der signifikant mere mælk, når der anvendes elektrisk pumpe sammenlignet med manuel pumpe eller håndudmalkning (Levene 2024). Håndudmalkning som supplement til elektrisk pumpe de første tre dage øger mælkemængden (Morton 2009).

For at opnå og bevare en tilstrækkelig mælkemængde er det ligeledes vigtigt, at der udmalkes regelmæssigt efter første udmalkning 6-8 gange i døgnet. Indtil mælken løber til vil udmalkning hver 3. time være optimalt (dvs. 8 gange i døgnet). Herefter vil 6-8 udmalkninger være optimalt og én nat-udmalkning kan udelades, dog må der maksimalt være 6 timers pause for at opretholde optimal mælkemængde (Levene 2024).

Ekspertgruppen anbefaler, at man i arbejdet med delmålet kan benytte følgende "Malkevej", som støtteværktøj, der kan bruges både af forældre og sundhedspersonale. Netop kommunikationen fra sundhedspersonalet til de nybagte forældre om, hvor vigtig modermælk er for det nyfødte barn, er yderst centralt. Og her har mødrene en mulighed for at kunne handle og gøre noget positivt for deres barn.

Malkevejen

- Påbegynd udmalkning inden 6 timer (hånd eller pumpe)
- Malk ud 6-8 gange i døgnet
- Pause max 6 timer
- Mål: mindst 600 ml/døgn pr. barn i løbet af 1-2 uger
- Fortsæt jævnlig udmalkning, hold øje med mængden
- Når barnet ammes fuldt og du har nok mælk: nedtrap udmalkning til 2-4 gange/døgn
- Ophør udmalkning når barnet er i sikker trivsel på fuld amning uden ekstra amnestøtte



Det er vigtig, at du hurtigt får den mængde mælk, som dit barn har brug for, når han/hun kan selv. Det kan være svært at øge mængden senere.





I flere perioder måtte vi ikke ligge med hende, så det eneste, jeg kunne gøre for hende, var at sørge for, at hun kunne få den vigtige modermælk. Jeg malkede ud i døgn drift, så jeg fik ikke den nødvendige søvn og hvile. Der var heller ikke malkemaskiner nok, så når vi i 11. time måtte flytte stue (vi nåede at flytte stue 13 gange), så måtte vi i hast ned til BabySam og leje en.

fra Forord - Maria, mor til Vera

2.1.3. Sikre introduktion til Mælkevejen

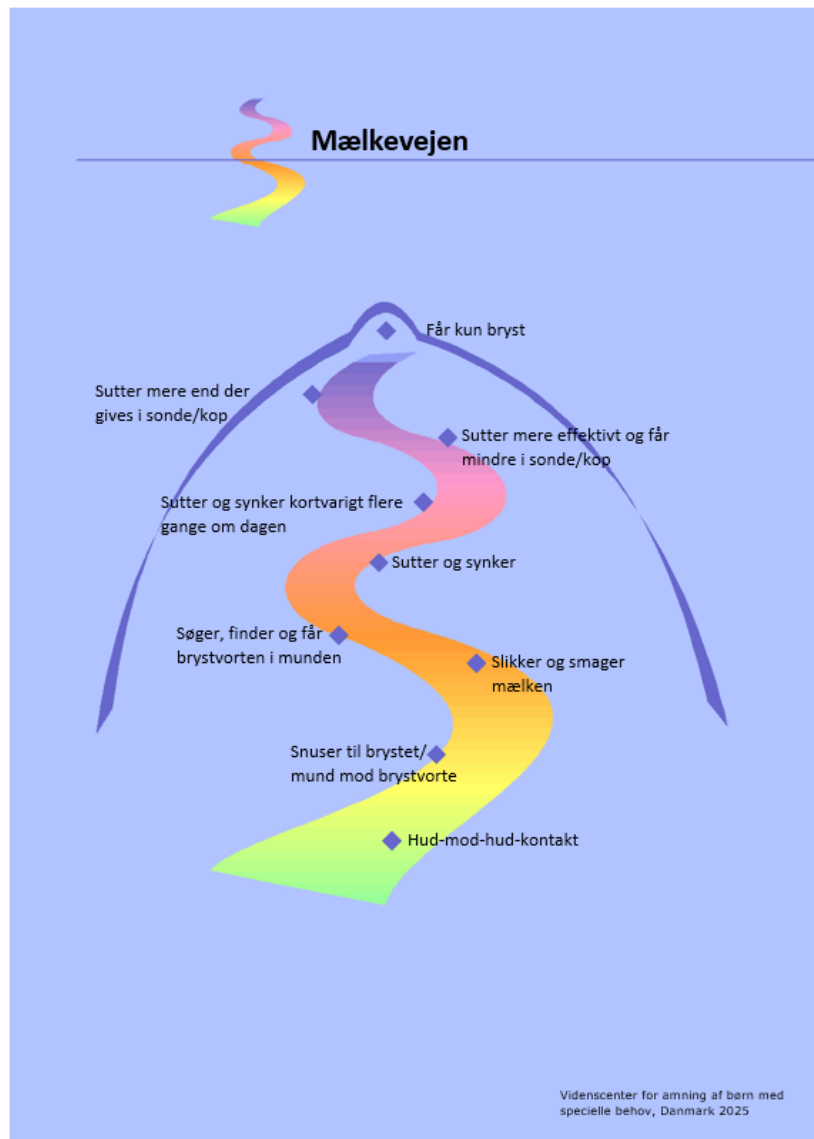
Mælkevejen er en illustration, der beskriver barnets vej fra hud-mod-hud kontakt til fuld amning (viser forløbet). For syge nyfødte og tidligt fødte kan processen mod fuld amning tage uger eller måneder, og den kræver målrettet støtte fra sundhedspersonale og forældre ([Videnscenter for Amning af Børn med Specielle behov](#) og Maastrup 2025).

”De 9 ammetrin” supplerer og uddyber første halvdel af Mælkevejen, indtil barnet tager fat og sutter, og anvendes til at give forældrene mere detaljeret viden om barnets normale adfærd ved brystet. Derved kan de 9 ammetrin understøtte forældrenes tålmodighed med barnets fremgang samt optimalt forebygge brug af suttebrikker (Brimdyr K, Cadwell K. 2021).

Anden halvdel af Mælkevejen viser barnets stigende evne til at sutte større mængder ved brystet.

Forældre efterlyser tidlig information om barnets forventede ammeforløb. Ved en tidlig og mere stringent anvendelse af Mælkevejen kan støtten til forældrene øges, da Mælkevejen er et godt udgangspunkt for at tale med forældrene om barnets vej mod fuld amning, da den viser de forskellige stadier, barnet kommer igennem.

Når forældrene kan se, hvor deres barn aktuelt er på Mælkevejen, illustreres det, at det kan være en lang proces.



2.2 Arbejdet for et fælles vidensgrundlag om amning

Det er afgørende, at alle relevante faggrupper har den rette viden og de rette kompetencer til at understøtte barnet og forældrene i de forskellige faser af amning, så familiens self-efficacy øges. Alle neonatalafdelinger har varierende undervisning/oplæring i amning. Basisviden om amning og den psykiske støtte til mødre bør fortsat formidles.

Tidligere studier har vist, at undervisning i evidensbaseret ammevejledning gør en positiv forskel i forhold til det overordnede udviklingsmål om at øge andelen af børn indlagt på neonatalafdeling, der ammes fuldt ved udskrivelsen (Maastrup 2021).

Derfor anbefaler ekspertgruppen, at der også arbejdes med etablering af en fælles "Vidensopbygning om amning", der retter sig til sundhedspersonalet. Som afsæt herfor har formandskabet



udarbejdet og opdateret undervisningsmaterialer med særligt fokus på tidlig og vedvarende ud-malkning, tidlig og vedvarende hud-mod-hud kontakt, barnets vej til amning herunder mindre brug af suttebrikker. Dette skal samlet set skal være med til at bidrage til, at de lokale forbedringsteams i LKT Støtte til amning opnår en fælles forståelse for de prioriterede indsatser. Der bliver samarbejdet med og henvist til "Den Første Tid" ([Nationalt Kompetencecenter for Amning](#)) om relevante videoer, f.eks. "Håndudmalkning efter fødslen", "Kompression af brystet" og "Starte forfra".

Med et fælles undervisningsfundament ønsker ekspertgruppen også at skærpe den fælles forståelse for målet med at øge andelen af børn indlagt på neonatalafdeling, der ammes fuldt ved udskrivelsen og vigtigheden for børnene på både kort og lang sigt. På baggrund af dette fokus peger ekspertgruppen på, at der arbejdes med følgende delmål, som udfoldes nærmere i afsnittet nedenfor.

2.2.1 Sikre sundhedspersonalets kompetencer til at understøtte forældre i ammeprocessen

Tilgangen til amning, og den information der gives til forældrene, kan være meget forskelligartet, hvilket ekspertgruppen med undervisningen forventer at kunne ensarte, så forældrene i højere grad oplever en ensartet tilgang og information.

Det er en tværfaglig indsats at behandle og pleje børn indlagt på neonatalafdeling, og derfor er det vigtigt, at alle sundhedsprofessionelle har den rette viden og kompetencer indenfor amning. Det er afgørende, at de sundhedsprofessionelle kender deres organisation på sygehuset, herunder afdelinger og afsnit, som man arbejder sammen med. Særligt lægerne skal være bevidste om deres "impact-faktor" i forhold til at støtte op om de første skridt til, at barnet får mors mælk, vigtigheden af modermælken for barnets sundhed, og at mødrene på sigt kan etablere amning, hvis det ønskes.

Undervisningsvarigheden er differentieret i forhold til faggrupper på baggrund af ønsker og anbefalinger fra de tværfaglige kompetencer i LKT Ekspertgruppen.

Jeg havde dog ikke forestillet mig, at mit ammeeventyr skulle begynde med 3,5 måned, hvor jeg sad fasttømret til afdelingens malkemaskine, og at der ville være alt andet end ro omkring det. Jeg synes, det var en utrolig udfordrende proces, og jeg ser ikke tilbage med særlig gode minder omkring det. Jeg tror lidt, at jeg mistede mig selv undervejs og min selvspekt. Jeg ville jo ikke være til besvær eller være træls, så jeg sagde bare på automatik, at jeg da sagtens kunne sidde midt i det hele og malke ud, selvom det egentlig var temmelig grænseoverskridende at sidde midt på en åben stue med personale omkring mig, og andre forældre der gik ude på gangen, imens jeg sad med nøgen overkrop og malkede

fra Forord - Maria, mor til Vera



3. Mål og indikatorer

3.1 Målgruppe

Målgruppen for indsatserne i LKT Støtte til amning er alle børn (og deres familier) indlagt på neonatalafdeling, hvis mor ønsker at amme eller give modermælk. Dette inkluderer også syge nyfødte og tidligt fødte børn på perinatal afdeling (mor-barn-afdeling).

Ekspertgruppen er bevidste om, at der i regionerne er fødesteder uden neonatalafdeling, hvor der med fordel kunne etableres forbedringsteams på tværs. Dog kan der være en udfordring i forhold til at følge data på de valgte resultat- og procesindikatorer. Vurderingen fra ekspertgruppen er, at ønskes denne konstellation, besluttet dette regionalt i forbindelse med sammensætning af teams.

Undervisning af obstetrisk personale vil have potentiale til at gavne raske senpræmature børn på føde- og barselafdeling, selvom der ikke indsamles data på børn på barselafdeling.

Ekspertgruppen er klar over, at der er tale om en mindre og forskelligartet målgruppe, der dækker fra ekstremt tidligt fødte børn, over børn der kun er født få uger for tidligt til børn født til tiden, og fra børn med mindre neonatale problemer til alvorligt syge børn. Dertil kan der være forskel på, hvordan mor har haft det før, under og efter fødslen. Desuden skal der være en opmærksomhed på sårbare mødre og familier. Det skal der naturligvis tages hensyn til i den lokale tolkning af egne data. Ikke desto mindre er det en gruppe, der er værd at have en indsats overfor.

3.2 Resultatindikatorer

Det overordnede mål for LKT Støtte til amning er at øge andelen af børn indlagt på neonatalafdeling, der ammes fuldt ved udskrivelsen.

Ekspertgruppen har valgt to obligatoriske resultatindikatorer til at vurdere fremdriften af kvalitetsudviklingsarbejdet. De to resultatindikatorer er hentet direkte fra Dansk Kvalitetsdatabase for Nyfødte ([Dansk Kvalitetsdatabase for Nyfødte \(DKN\). Årsrapport 2024](#)).

Resultatindikator 1 omhandler *“Fuld amning ved udskrivelse til hjemmet eller ved afslutning af tidligt hjemmeophold”* (svarende til indikator 4 i DKN)

Resultatindikator 2 omhandler *“Hud-mod-hud kontakt inden for de første 6 timer efter fødsel”* (svarende til indikator 5 i DKN)

Den første resultatindikator relaterer sig direkte til det overordnede mål i LKT Støtte til amning. Resultatindikator 2 er valgt, da tidlig og langvarig hud-mod-hud kontakt er meget vigtig. Øget tid med hud-mod-hud kontakt reducerer tiden til etablering af fuld amning og øger chancen for at



barnet ammes fuldt ved udskrivelse fra neonatalafdeling eller ved afslutning af tidligt hjemmeophold (se afsnit 2).

Resultatindikator 1: Fuld amning ved udskrivelse til hjemmet eller ved afslutning af tidligt hjemmeophold

Udviklingsmål: Andelen af indlagte børn, hvor der er etableret fuld amning ved udskrivelse til hjemmet eller ved afslutning af tidligt hjemmeophold (THO) stiger til $\geq 65\%$

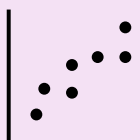
Tæller: Antal børn, hvor der er etableret fuld amning ved udskrivelsestidspunktet fra et neonatalafsnit eller ved afslutning af tidligt hjemmeophold

Nævner: Antal nyfødte indlagte ≥ 5 døgn på et neonatalafsnit < 2 døgn efter fødsel, og som er udskrevet til hjemmet eller ved afslutning af tidligt hjemmeophold

Datakilde: Dansk Kvalitetsdatabase for Nyfødte

Ekspertgruppens kommentarer: Ekspertgruppen ønsker at se en stigning på landsplan samlet set for de deltagende afdelinger. Hvis en afdeling har en målopfyldelse, der ligger på eller højere end det angivne mål før LKT'et starter, ønskes det, at niveauet fastholdes eller forbedres.

Datavisning: Data præsenteres i en graf, der viser enhedens løbende målopfyldelse



Resultatindikator 2: Hud-mod-hud kontakt inden for 6 timer efter fødsel

Udviklingsmål: Andelen af indlagte børn ($GA \geq 28-43$), der inden for de første 6 timer efter fødslen har mindst 60 minutters hud-mod-hud kontakt, er $\geq 70\%$

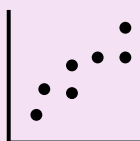
Tæller: Antal børn, der ≤ 6 timer efter fødslen har ≥ 60 min hud-mod-hud kontakt

Nævner: Antal børn ($GA \geq 28-43$) uger indlagt på en neonatalafdeling fra en obstetrisk afdeling ≤ 6 timer efter fødsel

Datakilde: Dansk Kvalitetsdatabase for Nyfødte

Ekspertgruppens kommentarer: Der skelnes ikke mellem, om barnet ligger hud-mod-hud med mor eller far. Hvis en afdeling har en målopfyldelse, der ligger på eller højere end det angivne mål før LKT'et starter, ønskes det, at niveauet fastholdes eller forbedres.

Datavisning: Data præsenteres i en graf, der viser enhedens løbende målopfyldelse





3.3 Indsatser, delmål og procesindikatorer

3.3.1 Sammenhæng mellem delmålene inden for "Tilstrækkelig mælke-mængde og støtte til amning" og de valgte procesindikatorer

Som nævnt i afsnit 2 anbefaler ekspertgruppen, at der inden for indsatsen "Tilstrækkelig mælke-mængde og støtte til amning" arbejdes med følgende delmål: at etablere tidlig og vedvarende hud-mod-hud kontakt, herunder sikring af tidlig kontakt til bryst, tidlig og vedvarende udmalkning og at sikre introduktion til Mælkevejen.

Derfor har ekspertgruppen valgt følgende procesindikatorer med tilhørende mål, der forventes at kunne påvirke projektets overordnede resultatmål positivt. Data indsamles via spørgeskema til mor/forældre, som bliver introduceret for spørgsmål på udvalgte dage (se beskrivelsen under hver procesindikator).

Der tages naturligvis hensyn til eventuelle forhold, hvor barnet eller moderen af personlige eller patientsikkerhedsmæssige grunde f.eks. ikke kan ligge hud-mod-hud i det omfang, der ønskes i projektet eller die i det omfang, der er ønskværdigt. Målopfyldelsen forsøges således ikke opnået på bekostning af mor og barns patientsikkerhed eller forældrenes autonomi.

Der vil være procesindikatorer, der måler på dag 5 og 14 efter fødslen. I det førnævnte spørgeskema til dataindsamling vil forældrene blive spurgt, om barnet fortsat er indlagt, så der kan tages højde for dette i den efterfølgende beregning. Hvis barnet er udskrevet inden de nævnte dage, vil de ikke indgå i beregningen af den enkelte indikator. Det samme gælder, når barnet bliver fuldt ammet, så vil svar vedr. manglende udmalkning naturligvis heller ikke indgå i resultaterne.

Obligatoriske og frivillige procesindikatorer

Ekspertgruppen har besluttet at udvælge enkelte procesindikatorer til at være obligatoriske, mens resten er frivillige. Det betyder, at de lokale forbedringsteams kan vælge, hvilke af de frivillige procesindikatorer der egner sig bedst til de forbedringer, de ønsker at opnå i deres lokale arbejde. De obligatoriske procesindikatorer er valgt, da de måler på den tidlige indsats. I oversigten neden for (og i afsnit 3.3.2 *Sammenhæng mellem delmålene inden for "Vidensopbygning om amning" og de valgte procesindikatorer*) er de obligatoriske indikatorer markeret med **lilla**, mens de frivillige er markeret med sort skift

Procesindikatorer- oversigt:

- **1a. Varighed af daglig hud-mod-hud kontakt på dag 5 stiger**
- 1b. Varighed af daglig hud-mod-hud kontakt på dag 14 stiger
- **2. Andelen af børn født ved GA $\geq$ 28 uger, der lægges til brystet i første levedøgn, stiger**
- **3. Andelen af mødre, der påbegynder udmalkning med hånd eller pumpe inden for 6 timer efter fødslen, stiger til $\geq$ 80 %**
- **4a. Andelen af mødre, der udmalker 6-8 gange i døgnet på dag 5 efter fødslen, stiger til $\geq$ 80 %**



- 4b. Andelen af mødre, der udmalker 6-8 gange i døgnet på dag 14 efter fødslen, stiger til $\geq 80\%$
- **5a. Andelen af mødre med en mælkemængde på mindst 400 ml stiger (måles på dag 5 efter fødslen)**
- 5b. Andelen af mødre med en mælkemængde på mindst 600 ml i døgnet stiger til $\geq 80\%$ (måles på dag 14 efter fødslen)
- **6. Andelen af mødre, der er introduceret til Mælkevejen inden for 5 dage efter fødslen, stiger til $\geq 80\%$**

Følgeindikatorer (se forklaring ved de konkrete indikatorer)

- 7a. Andelen af børn, der ammes fuldt 1 måned efter terminsdato, stiger
- 7b. Andelen af børn, der ammes fuldt 4 måneder efter terminsdato, stiger

Procesindikator 1a. Varighed af daglig hud-mod-hud kontakt på dag 5

Procesindikator 1b. Varighed af daglig hud-mod-hud kontakt på dag 14

Udviklingsmål: Varigheden af daglig hud-mod-hud kontakt stiger i løbet af projektperioden. Der opgøres for dag 5 (indikator 1a) og dag 14 (indikator 1b) efter fødslen. Der ses på median.

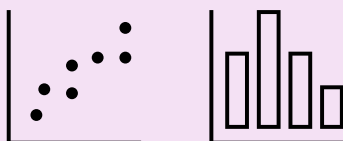
Tæller: Antal mødre, der har angivet deres barns daglige hud-mod-hud kontakt for hhv. dag 5 og 14 efter fødslen (hver sin opgørelse). Den samlede varighed kan bestå af flere perioder for den enkelte dag

Nævner: Antal mødre, der har modtaget OG svaret på spørgsmålet for hhv. dag 5 og 14 (hver sin opgørelse)

Datakilde: Spørgeskema – spørgsmålet modtages på dag 6 og 15

Ekspertgruppens kommentarer: Der er ikke sat et fast udviklingsmål for denne indikator. Der skelnes ikke mellem, om barnet ligger hud-mod-hud med mor, far eller anden familiær omsorgsperson. Ved flerfoldsfødsler måles der på barn A

Datavisning: Data præsenteres i en graf, der viser enhedens resultater. Desuden vises også svarene i forskellige intervaller til hjælp i det konkrete forbedringsarbejde. For at hjælpe mor med at give det bedste estimat af længden af hud-mod-hud kontakt for hhv. dag 5 og 14 er der angivet intervaller i svarmulighederne



Procesindikator 2. Lægges til bryst i første levedøgn

Udviklingsmål: Andelen af børn født ved GA ≥ 28 uger, der lægges til brystet i første levedøgn, stiger

Tæller: Antal mødre, hvor barnet er lagt til bryst inden for det første levedøgn

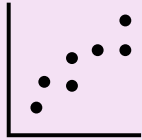
Nævner: Antal mødre, der har modtaget OG svaret på spørgsmålet

Datakilde: Spørgeskema – spørgsmålet modtages på dag 6



Ekspertgruppens kommentarer: Der ikke sat et fast udviklingsmål for denne indikator, men der ønskes at se en stigning i projektperioden. Ved flerfoldsfødsler måles der på barn A

Datavisning: Data præsenteres i en graf, der viser enhedens resultater



Procesindikator 3: Udmalkning inden for 6 timer efter fødslen

Udviklingsmål: Andelen af mødre, der påbegynder udmalkning med hånd eller pumpe inden for 6 timer efter fødslen, stiger til $\geq 80\%$ i løbet af projektperioden.

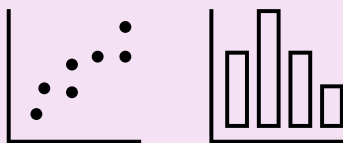
Tæller: Antal mødre, hvor udmalkning er påbegyndt inden for 6 timer efter fødslen

Nævner: Antal mødre, der har modtaget OG svaret på spørgsmålet

Datakilde: Spørgeskema – spørgsmålet modtages på dag 6

Ekspertgruppens kommentarer: Ekspertgruppen ønsker at se en løbende stigning frem mod målet i løbet af projektperioden

Datavisning: Data præsenteres i en graf, der viser enhedens løbende målopfyldelse. Desuden vises også svarkategorierne i forskellige time-intervaller til hjælp i det konkrete forbedringsarbejde



Procesindikator 4a. Udmalkning 6-8 gange dagligt på dag 5

Procesindikator 4b. Udmalkning 6-8 gange dagligt på dag 14

Udviklingsmål: Andelen af mødre, der udmalker 6-8 gange i døgnet stiger til $\geq 80\%$ i løbet af projektperioden. Der opgøres for dag 5 (indikator 4a) og dag 14 (indikator 4b) efter fødslen

Tæller: Antal mødre, der har udmalket 6-8 gange for hhv. dag 5 og dag 14 (hver sin opgørelse)

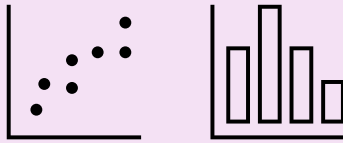
Nævner: Antal mødre, der har modtaget OG svaret på spørgsmålet for hhv. dag 5 og 14 efter fødslen (hver sin opgørelse)

Datakilde: Spørgeskema – spørgsmålet modtages på dag 6 og dag 15

Ekspertgruppens kommentarer: Ekspertgruppen ønsker at se en løbende stigning frem mod målet i løbet af projektperioden. Målgruppen vil ikke være så stor på dag 14, da de fleste børn vil være udskrevet på daværende tidspunkt



Datavisning: Data præsenteres i en graf, der viser enhedens løbende målopfyldelse. Desuden vises også svarkategorierne i forskellige intervaller til hjælp i det konkrete forbedringsarbejde



Procesindikator 5a. Mælkemængde på mindst 400 ml i døgnet på dag 5

Udviklingsmål: Andelen af mødre, der opnår en udmalket mælkemængde på mindst 400 ml i døgnet på dag 5 stiger i løbet af projektperioden

Tæller: Antal mødre, der har udmalket mindst 400 ml eller mere på dag 5 efter fødslen

Procesindikator 5b. Mælkemængde på mindst 600 ml i døgnet på dag 14

Udviklingsmål: Andelen af mødre, der opnår en udmalket mælkemængde på mindst 600 ml i døgnet på dag 14 efter fødslen, stiger til $\geq 80\%$ i løbet af projektperioden

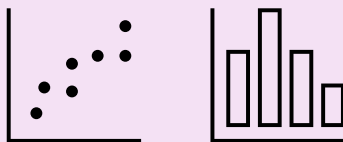
Tæller: Antal mødre, der har udmalket mindst 600 ml eller mere på dag 14 efter fødslen

Nævner: Antal mødre, der har modtaget OG svaret på spørgsmålet

Datakilde: Spørgeskema – spørgsmålet modtages på dag 6 og 15

Ekspertgruppens kommentarer: Ekspertgruppen ønsker at se en løbende stigning frem mod målet i løbet af projektperioden. Målgruppen vil ikke være så stor på dag 14, da de fleste børn vil være udskrevet på daværende tidspunkt

Datavisning: Data præsenteres i en graf, der viser enhedens løbende målopfyldelse. Desuden vises også svarkategorierne i forskellige intervaller til hjælp i det konkrete forbedringsarbejde. For at hjælpe mor med at give det bedste estimat af den udmalkede mælkemængde i ml for hhv. dag 5 og 14 er der angivet intervaller i svarmulighederne



Procesindikator 6: Introduktion til Mælkevejen

Udviklingsmål: Andelen af mødre, der er introduceret til Mælkevejen inden for 5 dage efter fødslen stiger til $\geq 80\%$ i løbet af projektperioden

Tæller: Antal mødre, der har svaret ja til spørgsmålet om at være introduceret til "Mælkevejen"

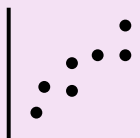


Nævner: Antal mødre, der har modtaget OG svaret på spørgsmålet

Datakilde: Spørgeskema – spørgsmålet modtages på dag 6

Ekspertgruppens kommentarer: Ekspertgruppen ønsker at se en løbende stigning frem mod målet i løbet af projektperioden

Datavisning: Data præsenteres i en graf, der viser enhedens løbende målopfyldelse



Ekspertgruppen ønsker at følge, hvordan det går med fastholdelsen af fuld amning efter udskrivelse. Derfor er der udvalgt følgeindikatorer, som viser, om børnene ammes fuldt henholdsvis 1 og 4 måneder efter deres terminsdato.

Følgeindikator 7a. Fuld amning 1 måned efter terminsdato

Følgeindikator 7b. Fuld amning 4 måneder efter terminsdato

Udviklingsmål: Andelen af børn, der ammes fuldt, stiger i løbet af projektperioden. Der opgøres for hhv. 1 (indikator 7a) og 4 måneder (indikator 7b) efter terminsdato.

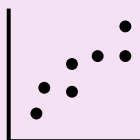
Tæller: Antal mødre, hvor barnet er fuldt ammet hhv. 1 og 4 måneder efter terminsdato (hver sin opgørelse)

Nævner: Antal mødre, der har modtaget OG svaret på spørgsmålet

Datakilde: Spørgeskema – spørgsmålet modtages 1 og 4 måneder efter terminsdato

Ekspertgruppens kommentarer: Der er ikke sat et fast udviklingsmål for denne indikator. De fleste børn er udskrevne fra neonatalafdeling ved 1 og 4 måneder efter terminsdato, og derved er de lokale teams muligheder for at fastholde amning ikke til stede. Det er dog interessant for de lokale teams at følge, om indsatsen for fuld amning fortsætter efterfølgende. Ved flerfoldsfødsler måles der på barn A. Der måles også på delvis amning

Datavisning: Data præsenteres i en graf, der viser enhedens løbende resultater



Ekspertgruppen opfordrer de lokale forbedringsteams til løbende at undersøge forældrenes oplevelse af at være hud-mod-hud med deres barn i længere tid og malke hyppigt ud, og om det er udmattende og hvilken hjælp, forældrene har brug for. Herved kan der bedre sættes ind med hjælp og støtte. Det er vigtigt, at der tages individuelle hensyn og udøves en respekt for familiens situation og præferencer.



3.3.2 Sammenhæng mellem delmålene inden for "Vidensopbygning om amning" og de valgte procesindikatorer

Der er flere afdelinger og faggrupper involveret i et forløb for børn indlagt på neonatalafdeling, og derfor er behovet for viden og kompetence naturligvis forskelligt. Et samarbejde om mor-barn-parret vil styrke amning.

Der bliver udarbejdet tre forskellige undervisningsmaterialer, hvor der differentieres mellem målgruppe, form og indhold: 20 minutters digital undervisning til læger på neonatalafdeling, 1 times digital undervisning til obstetrisk personale og 3 timers fysisk undervisning til neonatalt plejepersonale. Varigheden af undervisningen er foreslået af de enkelte faggrupper i LKT Støtte til amnings ekspertgruppe. Alt materiale udarbejdes af formandskabet for ekspertgruppen (som inkluderer leder af Videnscenter for amning af børn med specielle behov), så det er klart inden afholdelse af det 1. læringsseminar i november 2026. Materialet bør løbende anvendes til undervisning af nye ansatte.

De foreslåede 3 timers fysisk undervisning indeholder tre praksisser fra det til grundlæggende studie. LKT'et forventes at have større effekt, da undervisningen går på tværs af specialer og faggrupper, som er involveret i plejen af mor og barn, og da implementeringsperioden er to år og støttet af nationale læringsseminarer og lokale/regionale forbedringsteams, som sikrer bæredygtighed og fastholdelse. Effekten på amning afhænger også af andelen af sundhedspersonale, der deltager i undervisningen, hvorfor 3 timer forventes at sikre bedst mulig national gennemførelse.

Ekspertgruppen foreslår, at lokale neonatalsygeplejersker med ammekonsulentuddannelse (IBCLC eller DCA) står for den fysiske undervisning i egen afdeling (hvor muligt). Blandt ekspertgruppens medlemmer er mange neonatalsygeplejersker med IBCLC. Formandskabet tilbyder at undervise dem, der skal forestå den fysiske undervisning i egen region, efter princippet "train the trainer" i forbindelse med første læringsseminar. Hvis det passer den enkelte neonatalafdeling bedre, at det er en anden, der varetager undervisningen, kan det også lade sig gøre.

Udgangspunktet er at det er regionens egne neonatalsygeplejersker, der forestår undervisningen. Det er for at sikre, at fagligheden forbliver i egen region. Desuden kan de lokale medlemmer af ekspertgruppen være en ekstra hjælp i implementeringen af den nye viden, hvilket kan understøtte de lokale forbedringsteams.

Det er selvfølgelig muligt for øvrige faggrupper og personale fra andre enheder, som har interesse heri, at følge undervisningen for øvrige målgrupper (f.eks. kan lægerne følge plejepersonalets undervisning). Det aftales lokalt.

Ekspertgruppen har valgt tre procesindikatorer for at følge op på implementeringen af undervisningen. Det er vigtigt, at personalet har den rette viden og de fornødne kompetencer til at kunne støtte og vejlede forældrene, og særligt mor, i hjælp til amning. Først derefter kan de lokale forbedringsteams igangsætte initiativer, der kan understøtte de mål, der knytter sig til de valgte procesindikatorer.

Procesindikatorerne er frivillige, men ekspertgruppen anbefaler at de lokale forbedringsteams afsætter tid og ressourcer til deltagelse i undervisningen og løbende følger med i udviklingen.

Procesindikatorer- oversigt:



- 8. Andelen af læger, der har gennemført digital undervisning, er $\geq 90\%$
- 9. Andelen af obstetrisk personale, der har gennemført digital undervisning, er $\geq 90\%$
- 10. Andelen af neonatal plejepersonale, der har gennemført udvidet, fysisk undervisning, er $\geq 90\%$

Procesindikator 8. Digital undervisning til læger

Udviklingsmål: Andelen af læger, der har gennemført digital undervisning relevant til LKT Støtte til amning, er $\geq 90\%$

Tæller: Læger, der har gennemført digital undervisning ved opgørelse hhv. 1. april 2027 og 1. september 2028

Nævner: Læger, der behandler børn på neonatalafdeling med minimum 3 måneders ansættelse

Datakilde: Lokale teams afklarer, hvem der er i målgruppen og hvorledes der bedst følges op. Data kan følges håndholdt eller via f.eks. Plan2Learn.

Ekspertgruppens kommentarer: Ekspertgruppen anerkender, at det er de enkelte regioner, der planlægger hvorledes den eller de valgte undervisningsmetoder, relateret til LKT-Støtte til amning, kan afholdes. Det skal dog tydeliggøres, at undervisningen i det udarbejdede materiale er et fundament for indeværende LKT

Datavisning: Der følges op på implementeringen af undervisningen hhv. 1. april 2027 og 1. september 2028. Data kan suppleres med uddybende kommentarer



Procesindikator 9. Digital undervisning til obstetrisk personale

Udviklingsmål: Andelen af obstetrisk personale, der har gennemført digital undervisning relevant til LKT Støtte til amning, er $\geq 90\%$

Tæller: Sygeplejersker, SOSU'er og jordemødre, der har gennemført digital undervisning ved opgørelse hhv. 1. april 2027 og 1. september 2028

Nævner: Sygeplejersker, SOSU'er og jordemødre på obstetrisk afdeling med minimum 3 måneders ansættelse

Datakilde Lokale teams afklarer, hvem der er i målgruppen og hvorledes der bedst følges op. Data kan følges håndholdt eller via f.eks. Plan2Learn.

Ekspertgruppens kommentarer: Ekspertgruppen anerkender, at det er de enkelte regioner, der planlægger hvorledes undervisningen, relateret til LKT Støtte til amning, kan afholdes. Det skal dog tydeliggøres, at undervisningen i det udarbejdede materiale er et fundament for indeværende LKT

Datavisning: Der følges op på implementeringen af undervisningen hhv. 1. april 2027 og 1. september 2028. Data kan suppleres med uddybende kommentarer



Procesindikator 10. Udvidet, fysisk undervisning til neonatalt plejepersonale

Udviklingsmål: Andelen af neonatalt plejepersonale, der har gennemført den udvidede, fysiske undervisning relevant til LKT Støtte til amning, er $\geq 90\%$

Tæller: Neonatalt plejepersonale, der har gennemført den udvidede undervisning ved opgørelse hhv. 1. april 2027 og 1. september 2028

Nævner: Neonatalt plejepersonale med minimum 6 måneders ansættelse

Datakilde Lokale teams afklarer, hvem der er i målgruppen og hvorledes der bedst følges op. Data kan følges håndholdt eller via f.eks. Plan2Learn.

Ekspertgruppens kommentarer: Ekspertgruppen anerkender, at det er de enkelte regioner, der planlægger hvorledes undervisningen, relateret til LKT Støtte til amning, kan afholdes. Det skal dog tydeliggøres, at undervisningen i det udarbejdede materiale er et fundament for indeværende LKT

Datavisning: Der følges op på implementeringen af undervisningen hhv. 1. april 2027 og 1. september 2028. Data kan suppleres med uddybende kommentarer fra de lokale forbedringsteams



3.4 Undervisning

3.4.1 Undervisningsmateriale

Konkret undervisningsmateriale

Digital undervisning til læger

Der er tale om cirka 20 minutters digital undervisning for alle læger, der behandler børn indlagt på neonatalafdeling

Emnerne er:

- Effekter af amning, modermælken indholdsstoffer, WHO-anbefaling
- Lægens rolle
- Tidlig og vedvarende udmalkning, prænatal information



- Tidlig amning, Mælkevejen
- Ammeetablering tager tid (normalområde for etablering af fuld amning, præmature)

Digital undervisning til obstetrisk personale

Der er tale om 1 times digital undervisning til det obstetriske personale (sygeplejersker, SOSU'er og jordemødre)

Emnerne er:

- Effekter af amning, modermælken indholdsstoffer, WHO-anbefaling
- Tidlig og vedvarende udmalkning
- Mælkevejen som model for de syge nyfødte og tidligt fødte børns vej til fuld amning
- Kendetegn for de 9 ammetrin og tålmodighed

Fysisk undervisning til neonatalt plejepersonale Der er tale om 3 timers fysisk undervisning, inklusiv fælles refleksion

Emnerne er:

- Effekter af amning, modermælken indholdsstoffer, WHO-anbefaling
- Barnets modenhed
- Tidlig og vedvarende udmalkning
- Tidlig og vedvarende hud-mod-hud kontakt samt lejrning med kontakt
- Mælkevejen som model for de syge nyfødte og tidligt fødtes vej til fuld amning
- Kendetegn for de 9 ammetrin og tålmodighed

3.4.2 anbefalinger til lokal implementering af undervisning

I forbindelse med LKT – Støtte til amning anbefales følgende tiltag omkring undervisning til de angivne målgrupper. Tiltagene vil også kunne udbredes til øvrigt personale, som ikke nødvendigvis er angivet i målgruppen for undervisningen. Det er ønsket fra ekspertgruppen, at regionerne overvejer, hvordan det udarbejdede undervisningsmateriale kan udbredes

- Lokal tilpasning og sikre fælles drøftelse: Brug materialet lokalt – introducér og tilrettelæg undervisningen, så det passer bedst ind.
- Overvej om der er nogle anledninger til at drøfte amning og ernæring til børn indlagt på neonatalafdeling. Det kan være efter, at det relevante personale har deltaget i undervisningen. Der kan være temaer eller udfordringer, der skal prioriteres tid til ved sygeplejekonferencer, et personalemøde, kompetenceudviklingsseancer eller lignende.
- Brug undervisningsmaterialet løbende: Viden om amning og ernæring er afgørende for at understøtte forældrene bedst muligt. Det kan derfor være en god idé at genbesøge udvalgte emner i årene frem. Nogle steder er det lagt ind i et årshjul, så man sikrer sig at, at emmet og den aktuelle viden bliver bragt op løbende.
- Brug den digitale undervisning i forbindelse med introprogrammer: Når nye medarbejdere kommer til afdelingen, anbefales det, at de får den nødvendige viden om amning og ernæring til syge nyfødte og tidligt fødte. Den digitale undervisning kan med fordel være en fast del af introprogrammerne.
- Arranger fysisk undervisning for nyt neonatalt personale indenfor deres første 6 måneders ansættelse. Ved behov kan man arrangere det sammen med andre afdelinger i regionen.

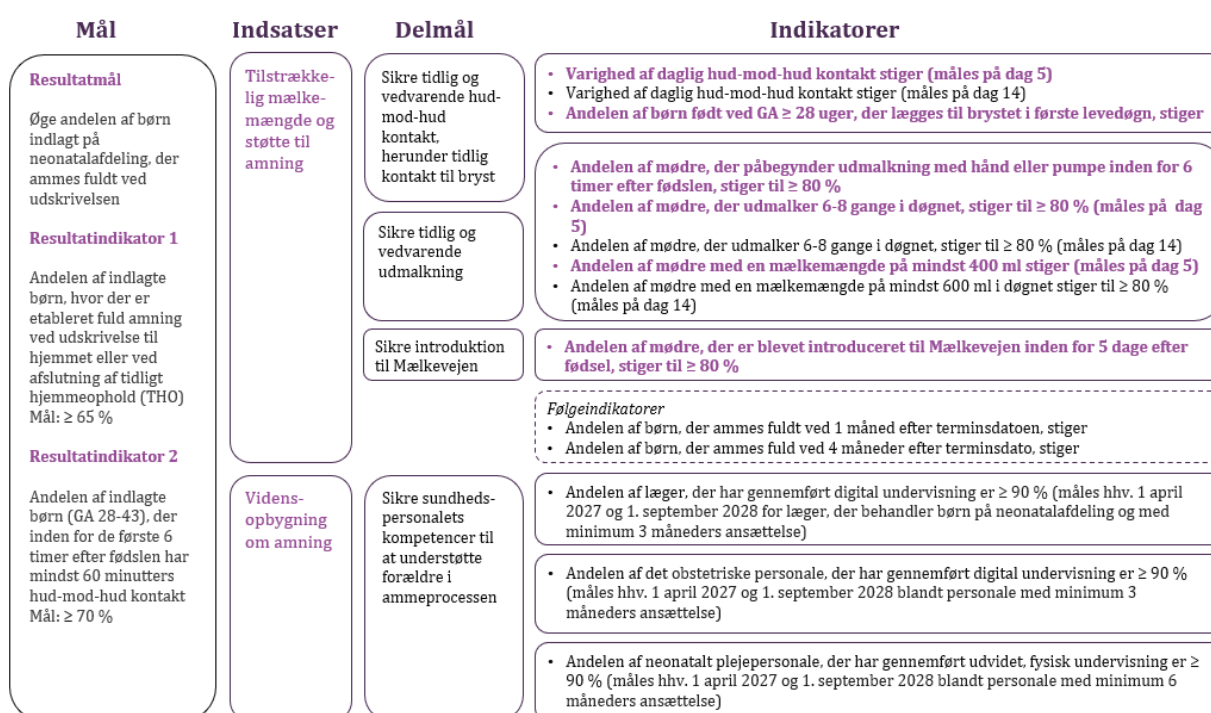


3.5 Sammenhæng mellem mål, indsatser, delmål og indikatorer

Det viste driverdiagram visualiserer sammenhængen mellem det overordnede resultatmål og de valgte indsatsområder, hvor ekspertgruppen peger på en række delmål og tilhørende procesindikatorer, som forbedringsteamsene kan arbejde med.

Fælles for arbejdet med nedenstående procesindikatorer er, at ekspertgruppen opfordrer til, at de lokale forbedringsteams undersøger, hvor der kan implementeres og afprøves nye arbejdsgange i afdelingen.

En større udgave af driverdiagrammet kan ses i bilag 2.



Videnscenter for Amning af Børn med Specielle Behov på Rigshospitalet tilbyder at stille sin hjemmeside til rådighed for information/arbejdsredskaber til forældre og personale, f.eks. Mælkevejen, Malkevejen, skemaer til udmalkning og hud-mod-hud kontakt, tjekliste til opfølgning på udmalkning, videoer, undervisningsmateriale mm.



4. Indsamling af data

Den nationale projektledelse i LKT Støtte til amning udarbejder en halvårlig afrapportering til styregruppen på de nedenstående indikatorer.

Der arbejdes også på, at der bliver stillet et visningsredskab til rådighed for de enkelte forbedringsteams, så de kan følge egne data løbende.

4.1 Resultatindikatorer – indhentes via data fra Dansk Kvalitetsdatabase for Nyfødte (DKN)

Der er følgende obligatoriske resultatindikatorer:

- **R1. Andelen af indlagte børn, hvor der er etableret fuld amning ved udskrivelse til hjemmet eller ved afslutning af tidligt hjemmeophold (THO) (senest ved PMA 43+6) stiger til ≥ 65 %**
- **R2. Andelen af indlagte børn ($GA \geq 28-43$), der inden for de første 6 timer efter fødslen har mindst 60 minutters hud-mod-hud kontakt, stiger til ≥ 70 %**

De deltagende afdelinger kan løbende følge med i egen målopfyldelse for resultatindikatorerne, idet data ligger i Dansk Kvalitetsdatabase for Nyfødte. Data kan tilgås i de regionale ledelsesinformationssystemer.

4.2 Procesindikatorer – indsamles via spørgeskema til mor/forældre

Der er følgende obligatoriske og frivillige procesindikatorer. De obligatoriske er markeret med lilla:

- **1a. Varighed af daglig hud-mod-hud kontakt på dag 5 stiger**
- 1b. Varighed af daglig hud-mod-hud kontakt på dag 14 stiger
- **2. Andelen af børn født ved $GA \geq 28$ uger, der lægges til brystet i første levedøgn, stiger**
- **3. Andelen af mødre, der påbegynder udmalkning med hånd eller pumpe inden for 6 timer efter fødslen, stiger til ≥ 80 %**



- **4a. Andelen af mødre, der udmalker 6-8 gange i døgnet på dag 5 efter fødslen, stiger til $\geq 80\%$**
- 4b. Andelen af mødre, der udmalker 6-8 gange i døgnet på dag 14 efter fødslen, stiger til $\geq 80\%$
- **5a. Andelen af mødre med en mælkemængde på mindst 400 ml i døgnet stiger (måles på dag 5 efter fødslen)**
- 5b. Andelen af mødre med en mælkemængde på mindst 600 ml i døgnet stiger til $\geq 80\%$ (måles på dag 14 efter fødslen)
- **6. Andelen af mødre, der er introduceret til Mælkevejen inden for 5 dage efter fødslen, stiger til $\geq 80\%$**

Følgeindikatorer

- 7a. Andelen af børn, der ammes fuldt 1 måned efter terminsdato, stiger
- 7b. Andelen af børn, der ammes fuldt 4 måneder efter terminsdato, stiger

Den nationale projektledelse og formandskabet arbejder på etablering af en fælles løsning i forhold til dataindsamling af procesindikatorerne, hvor oplysningerne kommer fra mor/forældre. Løsningen indebærer et digitalt spørgeskema målrettet mor/forældre, hvor der gives samtykke til deltagelse herunder besvarelse af en række spørgsmål tilknyttet de valgte procesindikatorer. Forældrene kan til enhver tid afbryde deres deltagelse. De lokale teams kan løbende følge egne resultater.

Ønsker forbedringsteamet at indsamle data manuelt via ark, som mor/forældrene løbende udfylder og personalet efterfølgende indtaster, vil det også være en mulighed. I det tilfælde skal det aftales med den nationale projektledelse hvordan data deles.

Mødre opfordres til at deltage i spørgeskemaundersøgelsen, hvis de ønsker at amme eller give modermælk, og barnet er indlagt på neonatalafdeling. Herefter introduceres mor/forældrene indenfor de første dage til undersøgelsen af personalet på den deltagende afdeling. Det kan med fordel være på samme tid som Mælkevejen introduceres. Personalet hjælper ved behov med at få downloadet app og med at få udfyldt de relevante stamdata som barnets fødselsdato og terminsdato, så spørgsmål til mor/forældre automatisk kan blive sendt ud på de rette dage via push beskeder. Herefter fordrer spørgeskemaet ikke flere opgaver for personalet. Spørgeskemaet udvikles og testes i løbet af foråret 2026 og er klart til ibrugtagning inden 1. læringsseminar den 9.-10. november 2026.

Ekspertgruppen er klar over, at ikke alle mødre (der ønsker at amme) vil kunne deltage – i hvert fald ikke uden hjælp. Der vil være mødre, der ikke kan forstå dansk, og der vil også være nogle, der socialt eller helbredsmæssigt har så store udfordringer, at det vil være for stor en belastning. Da fædre ofte har et større overskud de første dage end mødrene, vil spørgeskemaet være udformet, så både mor og far kan svare for familien, under forudsætning af, at far f.eks. kender mors udmalkningsmønster. Der vil være stor forskel på tværs af landet, men ekspertgruppen vurderer, at størstedelen (85-90 %) vil kunne deltage.

Der er opmærksomhed på, at de fysiske og organisatoriske rammer også har betydning for udmalkning, herunder at få skabt den fornødne ro og koncentration for mor. De lokale forbedringsteams kan med fordel kigge ned i bilag 1 med henblik på at få inspiration til indsatser, der adresserer disse behov.



Det anbefales, at de lokale forbedringsteams undersøger sin egen arbejdsgang i forhold til de opstillede procesindikatorer, f.eks. ved håndholdt (over en nærmere defineret periode, f.eks. to uger) at registrere, hvor ofte man introducerer Mælkevejen.

4.3 Procesindikatorer - Undervisning

- 8. Andelen af læger, der har gennemført digital undervisning, er $\geq 90\%$
- 9. Andelen af obstetrisk personale, der har gennemført digital undervisning, er $\geq 90\%$
- 10. Andelen af neonatalt plejepersonale, der har gennemført udvidet, fysisk undervisning, er $\geq 90\%$

I forhold til undervisningen er ekspertgruppen klar over, at der kan være store forskelle i målgrupper og muligheder for at afholde den anbefalede undervisning. Derfor er det de lokale forbedringsteams, der afklarer, hvem der er i målgruppen, og hvorledes der bedst følges op på data.

Procesindikatorerne er frivillige at måle på, men ekspertgruppen anbefaler at de lokale forbedringsteams følger udviklingen.

Der følges op på implementeringsgraden af undervisningen den 1. april 2027 og 1. september 2028. Data kan suppleres med kvalitativ uddybning fra de lokale forbedringsteams.

Regionerne har forskellige systemer til at håndtere kursusplanlægning (f.eks. Plan2Learn). Det opfordres til, at undervisningsmateriale regionalt opsættes i eget system, hvor det er muligt at trække data for gennemførelse mm.



5. Organisering

Ekspertgruppen opfordrer til, at alle neonatalafdelinger, inklusivt mor-barn afdeling, deltager i LKT Støtte til amning sammen med deres obstetriske afdeling. Der opfordres til, at der på tværs af de nævnte afdelinger etableres et lokalt forbedringsteam på sygehuset, der kan arbejde med de valgte indsatser, mål og indikatorer til gavn for målgruppen.

5.1 Udvælgelse og sammensætning af lokale forbedringsteams

Hvert deltagende sygehus skal have sit eget forbedringsteam. Forbedringsteamet skal som udgangspunkt ikke være større, end at det er effektivt – men samtidigt er det vigtigt, at der er deltagere fra de relevante enheder og faggrupper, der bidrager til at støtte op om amning hos børn indlagt på neonatalafdeling. Forbedringsarbejdet løber i to år, hvilket der skal tages højde for i sammensætningen af forbedringsteamet.

De lokale forbedringsteams sammensættes således, at de relevante faggrupper så vidt muligt indgår. Det kan være faggrupper som neonatallæger, neonatalsygeplejersker, obstetriske sygeplejersker, jordemødre og social- og sundhedsassistenter, men også andre faggrupper som f.eks. ergo- eller fysioterapeuter, hvis det er meningsfuldt det konkrete sted. Det forventes, at minimum en af teamets medlemmer har en IBCLC eller DCA-uddannelse.

Det kan overvejes at medtage den person, der skal forestå den fysiske undervisning i teamet, enten som fast medlem eller ad hoc. Det samme gælder forældrerepræsentant(er). Deres input er vigtige i forhold til afprøvninger af tiltag, og kan derfor med fordel tænkes ind i forhold til idégenerering og test af tiltag.

Daglige ledere/kliniske beslutningstagere, der er involveret i de afdelinger, der indgår i forbedringsteamet, bør også indgå eller have en tæt tilknytning til forbedringsteamet. Det er både ifht. at understøtte og prioritere forbedringsarbejdet samt at sikre forankring i egen organisation. Det er ekstra vigtigt i et LKT, der går på tværs af flere specialer, da nogle af indsatserne foregår andre steder end på neonatalafdeling, såsom føde- og barselsafdeling.

Derudover anbefales det, at der i forbedringsteamet eller i tilknytning hertil er viden om og gerne erfaring med forbedringsmetodik og data til brug i kvalitetsprojekter. Sammensætningen af de lokale forbedringsteams kan justeres undervejs, hvis der er behov for at supplere med andre deltagere eller foretage en udskiftning.

For at sikre fremdrift i projektet er det vigtigt, at der udpeges en lokal projektleder i forbedringsteamet. Den lokale projektleder har ansvaret for at sikre fremdrift i forbedringsarbejdet. Der er



også andre roller, der skal afklares, såsom hvem der booker møder, hvem der har fokus på data mm.

Deltagere i det lokale forbedringsteam

- Neonatallæge
- Neonatalsygeplejerske
- Obstetrisk sygeplejerske
- Jordemoder

Eventuelt kan man overveje at involvere følgende deltagere, evt. ad hoc (nogle af rollerne kan overlappe)

- Forældrerepræsentant(er)
- Underviser (der forestår den fysiske undervisning)
- Den/de lokale ekspertgruppemedlemmer
- Social- og sundhedsassistent eller ergo-/fysioterapeut

Hvis der lokalt er et ønske om og ledelsesmæssig opbakning til tværsektorielt samarbejde med f.eks. sundhedsplejen, kan det indtænkes i teamets opgaver og ledelsesophæng.

Kompetencer i teamet – eller som der kan trækkes på

- Mindst en af teamets medlemmer har en IBCLC eller DCA-uddannelse
- Viden om og erfaring med forbedringsmetodik og data til brug i kvalitetsprojekter

Ledelsesophæng

- Hvem refererer teamet til og hvordan sikres løbende orientering og opbakning?

Størrelsesmæssigt kan et team variere fra sygehus til sygehus. Det væsentligste er at få de fagligheder, som er involveret i arbejdsgangene, med i det lokale forbedringsteam. anbefalinger til sammensætning af forbedringsteamet vil blive sendt ud til regionerne i forbindelse med etablering af de lokale teams, men et team vil ofte være på 4-10 medlemmer.

Forbedringsteamet har det praktiske lokale ansvar for forbedringsarbejdet og for, at de aftalte indsatser implementeres. Udover kontinuerligt at arbejde med forbedringer relateret til LKT'et på eget sygehus, så deltager de lokale forbedringsteams også i tre nationale læringsseminarer. Herudover vil der også være webinarer i løbet af projektperioden.

Ekspertgruppen opfordrer til, at forbedringsteamet inden deltagelse i det 1. læringsseminar mødes og ser på egne arbejdsgange indenfor området, herunder hvilke udfordringer der opleves i arbejdsgangen omkring forløbene. Der opfordres til løbende at arbejde med prøvehandlinger for at blive klogere på de systemmæssige og organisatoriske barrierer. På den måde bliver det synligt, hvor man som team kan arbejde forbedringsorienteret med de fastsatte procesmål og indikatorer og hermed forbedre forløbet og få tilpasset egne arbejdsgange. Og teamet kan måske også bedre se, om der er yderligere faggrupper eller afdelinger, der skal involveres.



Inden deltagelse i 1. læringsseminar udsender den nationale projektledelse en forberedelsespakke med relevant materiale til de udpegede forbedringsteams.

5.2 Ressourcer og ledelse

Det er svært at anslå, hvor stort et tidsforbrug, den lokale projektleder eller medlem af forbedringsteamet skal bruge. Det kan variere efter teamets størrelse, organisering, konkrete indsatser mm. Desuden vil tidsforbruget variere i løbet af projektperioden. Der bør derfor løbende sættes tid af til drøftelse mellem teamets medlemmer og de relevante ledelser, så der sikres tid til opgaven. Der skal også afsættes tid til, at medlemmerne af de lokale forbedringsteams kan deltage i de tre nationale læringsseminarer, de løbende webinarer samt andre aktiviteter forbundet med LKT Støtte til amning.

Yderligere er det vigtigt at der lokalt sker en afklaring af, hvem der skal stå for at foretage den fysiske undervisning (se afsnit 3.4).

Det er samtidig nødvendigt, at regionernes og sygehusenes kvalitetsafdelinger har ressourcer til at understøtte projektet på de deltagende afdelinger.

Den daglige ledelse i de involverede afdelinger spiller en central rolle i forhold til at holde fokus i afdelingen og skal støtte op om forbedringsteamets løbende afprøvninger og efterspørgsler af data. Desuden skal de lokale ledelser bakke op om, at der bliver afsat tid til forbedringsarbejdet, både løbende og i forhold til deltagelse på de seminarer, der afholdes som en del af LKT'et.

De lokale ledelser og direktioner har desuden ansvar for, at erfaringerne og de opnåede resultater fra LKT Støtte til amning fastholdes.

Arbejdet med de anbefalede indsatsområder og tilhørende delmål og procesindikatorer kræver også, at de lokale forbedringsteams afsætter den nødvendige tid til lokale prøvehandlinger ude på egne afdelinger og i relationen mellem sundhedspersonalet og forældrene.

Når ens verden bliver vendt på hovedet på den måde, så er noget af det eneste trykke ved ens hverdag, faktisk personalet på den afdeling, vi lå på (...). Det var deres ro og nærvær, der gjorde at vores nervesystem bare en gang imellem kunne slappe lidt af
fra Forord - Maria, mor til Vera



6. Tidsplan

	2026				2027				2028			
	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4
Projektbeskrivelse godkendes i LKT Styregruppen		X										
Nedsættelse af forbedringsteams i regionerne		X	X									
Læringsseminar				x			x			x		
Afrapportering						x		x		x		
Afslutningsevent (evt. virtuelt)												(x)
Afslutningsrapport – og evaluering												x

Der afrapporteres løbende på resultatmål og procesmål til den nationale styregruppe for LKT. Projektledelsen i Region Nordjylland er ansvarlig herfor, men de enkelte regioner skal bidrage med input til tolkning af egne resultater og bemærkninger til fremdrift.

I løbet af projektperioden er det forventningen, at der afholdes webinarer op til og imellem de enkelte læringsseminarer.

I slutningen af LKT Støtte til amning vil der blive udarbejde en afslutningsrapport på projektet, som tager udgangspunkt i resultaterne.



Bilag 1 – Idéer til indsatser

Udover de konkrete indsatser, der er udvalgt i LKT Støtte til amning, har ekspertgruppen drøftet mange mulige tiltag, der hovedsageligt er blevet fravalgt på grund af afdelingernes muligheder rundt om i landet. Nogle vil derfor let kunne tage en idé og implementere den, mens andre ikke ville have den samme mulighed. Derfor er de i stedet listet nedenfor, så de lokale forbedringsteams kan se, om der er nogle af ideerne, som de vil "plukke" og gå videre med.

Først og fremmest er det konkrete idéer til arbejdsgange, der fremmer opfyldelse af delmål. Der er også forslag til tiltag, som går på støtte til den konkrete mor/familie, samarbejdet mellem mor/familie og sundhedspersonale, samarbejde mellem sundhedspersonale eller de fysiske rammer.

Tidlig hud-mod-hud kontakt

- Prænatal information om tidlig hud-mod-hud, når det er muligt
- Overvej om det er muligt at gå med på fødegang til sonde/CPAP, så barnet kan forblive hud-mod-hud med mor (far)
- Informer forældre på fødestue om, at tidlig hud-mod-hud kontakt er vigtigt, og hvis mor og barn initialt adskilles, da bør barnet komme hud-mod-hud med far, indtil mor er klar
- Hvis mor og barn adskilles, informer da begge forældre om, at far bør blive hos barnet, så er både mor og far mere rolige
 - Far skal ikke være i tvivl om, hvor han skal være
 - Forældrene kan evt. ringe eller facetime sammen

Vedvarende daglig hud-mod-hud kontakt

- Sørg for forventningsafstemning/planlægning ved vagtstart
- Opfordr familien til at bruge netværk/danne familiehold: At andre tætte pårørende kan inddrages i hud-mod-hud, hvis forældrene ønsker dette
- Husk på at barnet kan nøjes med at ligge kortvarigt i vuggen, når der holdes hud-mod-hud pause
- Husk på, at barnet kan ligge hud-mod-hud igen efter udmalkning, men at mor også kan malke ud, mens barnet ligger hud-mod-hud
- Opmærksomhed på børn, der har tøj på:
 - Skab tid til hud-mod-hud kontakt efter barnet er blevet vasket, så kan barnet vente med at få tøjet på igen til efter hud-mod-hud kontakt
 - Husk at børnene kan få tøjet af igen og komme hud-mod-hud



- Hjælp mødre med idéer til at lette hud-mod-hud kontakt, f.eks. tøj til dem selv og barnet, som en elastisk top, som barnet kan være i eller en bodystocking med åbning foran
- Opfordr til at vuggen bruges minimalt i dagstid
- Hjælp forældre med at strukturere dagen
- Husk at det kræver mere planlægning, når der er kulturelle udfordringer eller blufærdighed, der ligger bag mindre hud-mod-hud kontakt. Brug f.eks. skærm eller tilbyd hospitals-skjorte til bedre dækning
- Overvej at tilbyde forældre et skema til at registrere varighed af den daglige hud-mod-hud kontakt

Tidlig kontakt med brystet

- Overvej at opfordre mor til at lejre barnet tæt på brystvorten, når barnet er stabilt under hud-mod-hud kontakt
- Udlever "De 9 ammetrin" til forældre, så de kan se, at barnet kan være aktivt, selv før det får fat om brystet og sutter

Sikre introduktion til Mælkevejen

- Hav plakater med Mælkevejen på stuer eller fællesarealer
- Vælg et fast tidspunkt i indlæggelsesforløbet for introduktion til Mælkevejen og andet relevant materiale

Tidlig udmalkning

- Indfør prænatal information til alle mødre med truende for tidlig fødsel samt til gravide kvinder, hvis barn forventeligt skal indlægges på neonatalafdeling. Det aftales på sygehuset, om det er jordemoderen, personalet på svangreafdeling, børnelægen og/eller neonatalsygeplejersken, som påtager sig opgaven
- Støt udbredelse af råmælkskit (colostrum-kit) på fødestue, opvågning, neonatalafdeling og barselafdeling. Sættet kan "nudge" tidlig udmalkning og er en hygiejnisk indsamling af den første, næringsrige mælk, der er fyldt med antistoffer, som beskytter den nyfødte
- Igangsæt lokalt samarbejde om information og støtte til tidlig udmalkning
- Inddrag far, giv introduktion til udmalkning og råmælks-kit
- Giv far det vigtige ansvar, at mor kommer tidligt i gang med udmalkning og fortsætter hver 3. time, og at far f.eks. henter og klargør udmalkningssættet ved at sige: "Dit barn er født klokken xx, så din partner skal påbegynde udmalkning senest klokken xx"
- Hav malkesættet synligt, når barn modtages – eller opbevar det et let tilgængeligt sted
- Spørg fødegang om de vil "tage mål" til tragtstørrelse inden fødslen, så det rigtige sæt kan være parat
- Hav en "Brystvorte-måler" på stuen
- Lad personalet føre udmalkningsdagbog det første døgn
- Henvis til "udmalkningsdagbog", der findes som app. Der er flere forskellige (nogle med alarm)
- Hav en manual/quickguide (lamineret, 1-side) hængende på alle brystpumper (for at forhindre usikkerhed hos sygeplejerskerne)
- Udnyt tiden (mens der ventes på portør) til at hjælpe mor med udmalkning



Tilstrækkelig mælkemængde

- Dokumenter i hver vagt, hvor langt mor er på Malkevejen, indtil hun ligger stabilt på ca. 600 ml
- Tilbyd alle mødre to opfølgninger på udmalkning (indenfor de første dage og på dag 5) mhp. på individuelt tilpassede anbefalinger. En hel udmalknings-session observeres og guides ift. tragtstørrelse og placering, vakuum, varighed, hyppighed, mål, stilling, brug for afskærmning mm (tjekliste lægges på hjemmeside med arbejdsredskaber)
- Arbejd med udmalknings-dagbog som redskab (tid og mængde)
- Anvend "Malkevejen" som oversigt til familierne

Andre amnestøttende arbejdsgange (Maastrup 2014a):

- Minimer brug af suttebrikker i afdelingen
- Minimer brug af sut, når barnet skal ammes mere
- Tilbyd kontrolvejning, hvis mor trives med det

Amning efter barnets signaler

Det bør sikres, at barnet, der kan die, får mulighed for at die, når det melder sig/er parat. Uanset om mor sover ved siden af barnet eller befinder sig andre steder på sygehuset, bør hun straks informeres om, at hendes barn er vågent og suttelysten.

Støtte til amnestillinger

Lejringen af barnet sikrer, at de tidligt nyfødte også forbliver respiratoriske stabile. Optimal fysisk lejring af barnet ved brystet er en grundlæggende forudsætning for etablering af en effektiv og smertefri amning. Derudover kan korrekt positionering sikre, at barnet opnår et dybt og stabilt tag om brystet, hvilket fremmer effektiv mælketransport og reducerer risikoen for komplikationer som sår, brystbetændelse og utilstrækkelig vægtøgning hos barnet. En god amnestilling understøtter barnets evne til at koordinere sutte-, synke- og respiration, hvilket er afgørende for sikker og effektiv amning. Evidens viser, at uhensigtsmæssig lejring kan have betydning for nedsat mælkeproduktion (Mislu m.fl. 2024).

Det skal derfor sikres, at mor har viden om og opnår kompetencer til at lejre barnet, så der sikres kontakt ved brystet.

Tværfaglig statussamtale med amme-/ernæringsplan og tværsektoriel udskrivningssamtale

Tværfaglige statussamtaler mellem forældrene og sundhedspersonalet skaber sammenhæng, forebygger komplikationer, styrker kommunikationen og giver familien tryghed – alt sammen med det formål at optimere barnets ernæring og udvikling.

- En mulighed er, at forældrene og sundhedspersonalet gennemfører en tværfaglig statussamtale en gang ugentligt om ernæring og amning – eventuelt på tværs af neonatal- og barselsafdeling
- Under samtalen kan der udarbejdes en amme-/ernæringsplan, så både sundhedspersonale og forældre har en klar, fælles forståelse af mål og tiltag for amning og ernæring (Mølholm Hansen m.fl. 2020)



- Tværsektorielle familiefokuserede udskrivningssamtaler med deltagelse af familien, neonatalsygeplejerske (evt. læge) og sundhedsplejerske kan styrke overgangen fra neonatalafdeling til hjemmet

Ammereflektion

Ammereflektion for personalet kan indføres 1-2 gange ugentligt – en sygeplejekonference hvor man gennemgår afdelingens børn mhp. udmalkning, hud-mod-hud og amning (Malkevejen og Mælkevejen).

Fokus på familien – så tidligt i forløbet som muligt – Familiecentreret pleje

Nogle børn er indlagt i kort tid på neonatalafdeling, mens andre er indlagt i måneder. For at få amningen til at lykkes, er det derfor vigtigt at have fokus på både mor og resten af familien omkring det nye barn. Samtidig er de fysiske rammer, samarbejdet med personalet og arbejds gange på tværs af personalet centralt.

Forslag til tiltag ses nedenfor:

- Tilstræb "couplet care" (mor og barn behandles sammen, ingen adskillelse)
- Tilbyd mor at malke ud med respekt for hendes autonomi (tilbyd skærm, "udmalkningsforklæde", at sidde ned ryggen til rummet mm.)
- Hav fokus på forældrenes mulighed for at kysse og dufte til deres barn, så hurtigt det kan lade sig gøre for at fremme tilknytning
- Støt mor i at amme, når barnet viser tegn på at søge

Organisering

- Brug tværfaglige tavlemøder til at drøfte status ifht. at fremme amning
- Overvej at have en "barnets/familiens ammetovholder"
- Skab mulighed for hjemlighed og rutiner, så familier – særligt de langvejsfra – kan bevare en følelse af normalitet
- Skab systematisk støtte til forældre uden netværk f.eks. i form af psykosocial støtte, fleksible besøgsordninger for pårørende, mulighed for partnerovernatning og målrettet information
- Overvej at uddanne flere ammekonsulenter (IBCLC eller DCA) i afdelingen

Rammer

- Overvej at sikre en brystpumpe til hver mor, køleskab til mælk på stuerne mm.
- Overvej at tilpasse de fysiske rammer for mødrene, når de ammer og malker ud (lys, lyd, aktivitet om barnet, privatliv mm.)
- Tilstræb mulighed for privatliv og ro omkring familien
- Tilstræb mulighed for at familien kan leve et værdigt hverdagsliv under indlæggelsen, også som fundament for trivsel, tryghed og mental robusthed hos forældrene
- Overvej større og mere private familierum, hvor der er plads til både ro, hvile og nærvær
- Tilstræb adgang til basale hverdagsfaciliteter (køkken, opholdsrum, vaskeri) som understøtter familiens behov under langvarig indlæggelse

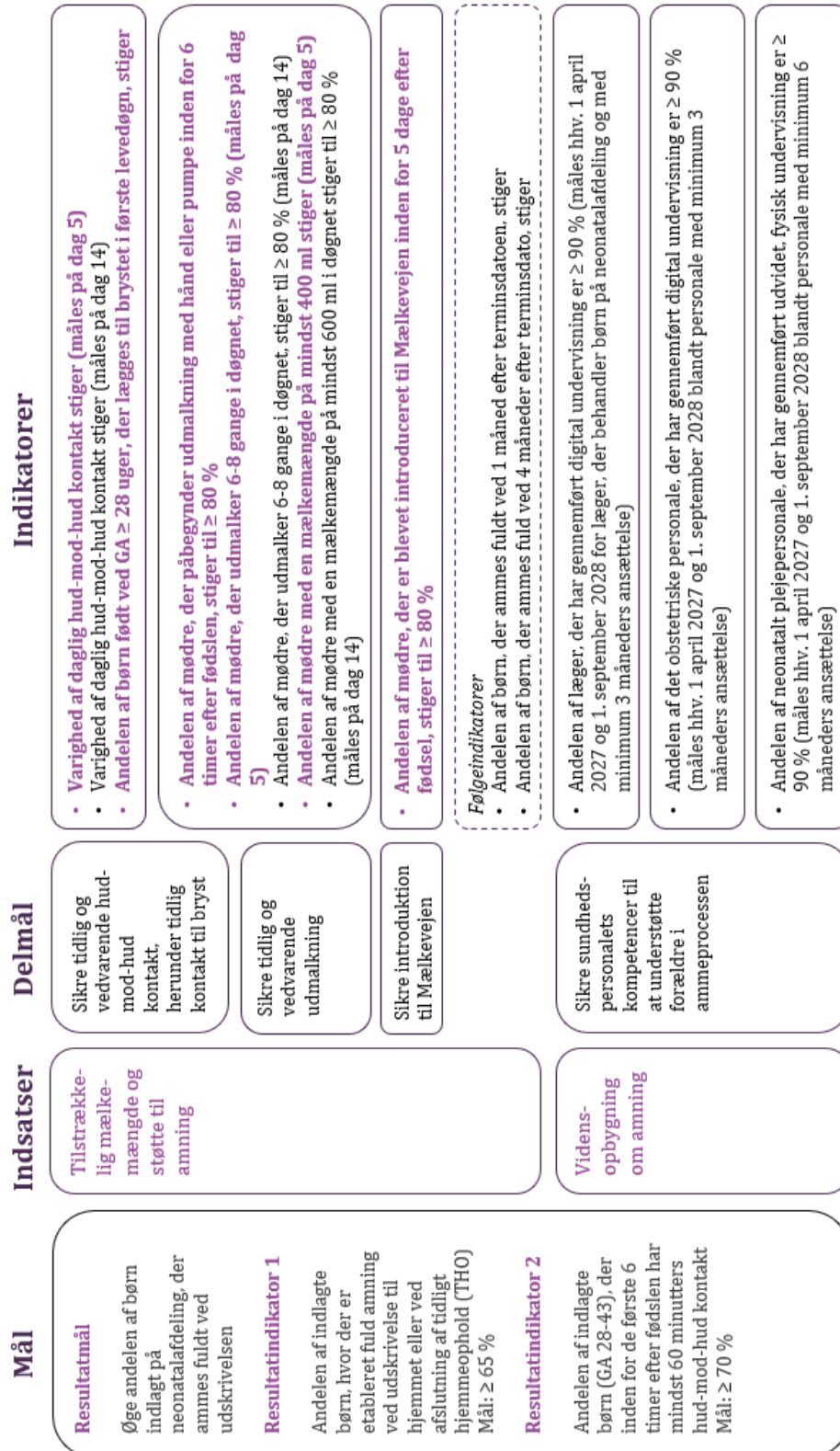


Undervisning

- Inviter gerne sygehusets ergo- og fysioterapeuter med til 3 timers fysisk undervisning
- Udover den tiltænkte minimumsundervisning (20 minutter for læger, 1 time for obstetrisk personale, 3 timer for neonatalsygeplejersker) kan undervisningsmaterialet frit anvendes:
 - På obstetriske afdelinger på sygehuse uden neonatalafdeling
 - Til andre grupper (f.eks. ergoterapeuter, fysioterapeuter, obstetriske læger, personale på børneafdelinger).
 - Til yderligere undervisning (f.eks. kan læger og obstetrisk personale deltage i 3 timers fysisk undervisning efter aftale på tilhørende neonatalafdeling eller ved selv at anvende undervisningsmaterialet til undervisning af kolleger)



Bilag 2 – Driverdiagram





Bilag 3 - Medlemmer af ekspertgruppen

Sammensætning pr. marts 2026

Navn	Stilling	Afdeling og Sygehus/Hospital	Kontaktinformationer	Region
Anne-Cathrine Viuff	Speciallæge, neonatolog Forperson	Aarhus Universitetshospital, Børn og Unge	ac.viuff@rm.dk	Region Midtjylland
Helle Berg Sandfeld	Neonatalsygeplejerske, IBCLC	Regionshospitalet Randers, Kvinde-barn Fællesafdeling	hellsand@rm.dk	Region Midtjylland
Berith Høgh-Poulsen	Sygeplejerske, Sundhedsplejerske, IBCLC	Hospitalsenhed Midt Afsnit for syge nyfødte og tidligt fødte - Børn & Unge	BEHOEG@rm.dk	Region Midtjylland
Lotte Thrige	Vicechefjordemoder	Regionshospitalet Gødstrup, Fødsler, Afsnit for Graviditet og Fødsler	Lotte.Thrige@godstrup.rm.dk	Region Midtjylland
Stine Ravn	Ergoterapeut / børneergoterapeut	Fysio- og Ergoterapeutisk Afdeling, Amager og Hvidovre Hospital	stine.ravn@regionh.dk	Region Hovedstaden
Ragnhild Måstrup	Klinisk sygeplejeforsker / neonatalsygeplejerske, IBCLC Forperson	Afdeling for Intensiv behandling af nyfødte og mindre børn, Rigshospitalet	ragnhild.maastrup@regionh.dk	Region Hovedstaden
Bo Mølholm Hansen	Overlæge og repr. for SundK databasen DKN	Børne- og Ungeafdelingen, Nordsjællands Hospital	bo.moelholm.hansen@regionh.dk	Region Hovedstaden
Lea Brinch Rasmussen	Klinisk sygeplejespecialist IBCLC	Børneafdeling E, Herlev og Gentofte Hospital	lea.brinch.rasmussen@regionh.dk	Region Hovedstaden
Pernille Hurup	Neonatalsygeplejerske IBCLC	Neonatalafsnit, Børne- og Ungeafdeling, Aalborg Universitetshospital	pernille.knudsen@rn.dk	Region Nordjylland
Rasa Cipliene	Overlæge, neonatolog,	Børne- og Ungeafdeling Aalborg Universitetshospital	Raci@rn.dk	Region Nordjylland



Marlon Anne Gerarda Miesenbeek	Neonatalsygeplejerske, IBCLC	Børne- og Ungeafdeling Regionshospital Nordjylland	m.miesenbeek@rn.dk	Region Nordjylland
Arlen L. Aguilar Canenguez	Overlæge, neonatolog	Børne- og Ungeafdeling, Sygehus Lillebælt	arlen.l.a.c@rsyd.dk	Region Syddanmark
Kristina Garne Holm	Neonatalsygeplejerske, lektor Forperson	H.C. Andersen Børn og Ungehospital, Odense Universitetshospital	kristina.holm@rsyd.dk	Region Syddanmark
Iben Fugleberg Løhndorf	Specialeansvarlig Sygeplejerske, IBCLC	Nyfødte og Familie, Esbjerg og Grindsted Sygehus	iben.fugleberg.lohndorf@rsyd.dk	Region Syddanmark
Pia Knudsen	Sygeplejerske, Spc. Funktion, IBCLC	Neonatal og barsel, Sygehus Sønderjylland	pia.knudsen1@rsyd.dk	Region Syddanmark
Nadia Nyling Arvig-Jørgensen	Jordemoder	Barselsafsnit 06-3 - Gynækologisk/Obstetrisk - Holbæk Sygehus	nany@regionsjaelland.dk	Region Sjælland
Helle Kjær	Sygeplejerske	Børne- og ungdomsafsnit - Pædiatri - Nykøbing F. Sjællands Universitetshospital, Nykøbing Falster	hkj@regionsjaelland.dk	Region Sjælland
Louise Christensen	Sygeplejerske, IBCLC	Neonatal - Børne- og Ungeafdeling - Holbæk Sygehus	lcri@regionsjaelland.dk	Region Sjælland
Janne Ekstrøm Larsen	Instruktionsjordemoder, IBCLC	Gynækologisk/Obstetrisk - Roskilde Sjællands Universitetshospital, Roskilde	jaela@regionsjaelland.dk	Region Sjælland
Randi Sneskov	Forælder		RS@katedralskolen.dk	Region Nordjylland
Maria Sund	Forælder		mariasund05@gmail.com	Region Syddanmark
National projektledelse, Region Nordjylland				
Freja Lejsgaard	Proceskonsulent	Ledelsesudvikling og Arbejdsmiljø, HR og Patientkontakt	f.lejsgaard@rn.dk	Region Nordjylland
Birte Kloch Frederiksen	Specialkonsulent	Sundhedsplanlægning, Reform og Sundhed	bkf@rn.dk	Region Nordjylland
Monica Guldager Terkel-sen	Chefkonsulent - Faglig leder	Sundhedsplanlægning, Reform og Sundhed	mote@rn.dk	Region Nordjylland



Bilag 4 – Litteraturliste

- Anderzén-Carlsson A, Lamy ZC, Eriksson M. Parental experiences of providing skin-to-skin care to their newborn infant--part 1: a qualitative systematic review. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2014;9:24906.
- Berndt K, Holzapfel S, Dietz A, et al. A quality improvement intervention to improve medium-term breastfeeding in moderate- and late-preterm infants. *Int Breastfeed J*. 2025;20(1):58.
- Brimdyr K, Cadwell K. Connecting the dots between fetal, premature and full-term behaviour while in skin-to-skin contact: The nine stages of instinctive behaviour. *Breastfeeding Review*. 2021;29(3), 17–24.
- Goldstein I, Sadaka Y, Amit G, et al. Breastfeeding Duration and Child Development. *JAMA Netw Open*. 2025;8(3):e251540.
- Johnson TJ, Medina-Poeliniz C, Meier PP, Parker LA, Hoban R. Pumping Behaviors, Pumped Milk Volume, and Maternal Opportunity Cost for Breast Pump-Dependent Mothers of Preterm Infants in the First 14 Postpartum Days. *Breastfeed Med*. 2025;20(7):502-511.
- Kim SY, Yi DY. Components of human breast milk: from macronutrient to microbiome and microRNA. *Clin Exp Pediatr*. 2020 Aug;63(8):301-309.
- Levene I, Quigley MA, Fewtrell M, O'Brien F. Does extremely early expression of colostrum after very preterm birth improve mother's own milk quantity? A cohort study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2024;109(5):475-480.
- Maastrup R, Hansen BM, Kronborg H, et al (2014a). Factors associated with exclusive breastfeeding of preterm infants. Results from a prospective national cohort study. *PLoS One*. 2014;9(2): e89077.
- Maastrup R, Hansen BM, Kronborg H, Bojesen SN, Hallum K, Frandsen A, Kynaeb A, Svarer I, Hallström I. (2014b) Breastfeeding progression in preterm infants is influenced by factors in infants, mothers and clinical practice: The results of a national cohort study with high breastfeeding initiation rates. *PLoS ONE* 2014 Sep 9(9): e108208.
- Maastrup R, Rom AL, Walloee S, Sandfeld HB, Kronborg H. Improved exclusive breastfeeding rates in preterm infants after a neonatal nurse training program focusing on six breastfeeding-supportive clinical practices. *PloS One*. 2021 Feb 3;16(2):e0245273. doi: 10.1371/journal.pone.0245273. eCollection 2021.



- Maastrup R, Walloee S, Kronborg H, Sandfeld HB, Rom AL. Preterm infants' first breastfeeding attempt: Early initiation and performance: A large multicentre questionnaire study based on maternal observations. *PLoS One*. 2025;20(7):e0303224.
- Mislu, Kumsa, Arage, Shitie and Adimasu. Front.: Effective breastfeeding techniques and associated factors among lactating women: a community-based study, north-east Ethiopia Public Health, 21 March 2024
- Moore ER, Brimdyr K, Blair A, et al. Immediate or early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2025;10(10):CD003519.
- Morton J, Hall JY, Wong RJ, Thairu L, Benitz WE, Rhine WD. Combining hand techniques with electric pumping increases milk production in mothers of preterm infants. *J Perinatol*. 2009;29(11):757-764.
- Murphy L, Warner DD, Parks J, Whitt J, Peter-Wohl S. A quality improvement project to improve the rate of early breast milk expression in mothers of preterm infants. *J Hum Lact*. 2014;30(4):398-401.
- Mølholm Bo og & Jesper Padkær Petersen [Behandling og opfølgning af for tidligt fødte børn – Ugeskr. Læger 2020;182:V12190702](#)).
- Nejsum FM, Måstrup R, Torp-Pedersen C, Løkkegaard ECL, Wiingreen R, Hansen BM. Exclusive breastfeeding: Relation to gestational age, birth weight, and early neonatal ward admission. A nationwide cohort study of children born after 35 weeks of gestation. *PLoS One*. 2023 May 24;18(5):e0285476. Doi: 10.1371/journal.pone.0285476. PMID: 37224110; PMCID: PMC10208505.
- Nyqvist KH, Häggkvist AP, Hansen MN, Kylberg E, Frandsen AL, Maastrup R, Ezeonodo A, Hannula L, Koskinen K, Haiek LN. Expansion of the ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care: expert group recommendations for three guiding principles. *J Hum Lact*. 2012 Aug;28(3):289-96.
- Osman R, Katigula I, Charles R, et al. Improving early initiation and exclusive breastfeeding practice through PDSA framework: the experience at a private hospital in Tanzania. *BMJ Open Qual*. 2024;13(4):e002893.
- Parker LA, Sullivan S, Kruger C, Mueller M. Timing of milk expression following delivery in mothers delivering preterm very low birth weight infants: a randomized trial. *J Perinatol*. 2020;40(8):1236-1245.

Links

- [Det Nationale Kvalitetsprogram | Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2016/2024](#)
- [Klinisk retningslinje om hud-mod-hud-kontakt mellem præmature børn og deres forældre, 2024](#)
- [National klinisk retningslinje om etablering af amning efter fødsel, 2019](#)



- [SundK, Dokumentalistrapport for Dansk Kvalitetsdatabase for nyfødte, 2016](#)
- [Dansk Kvalitetsdatabase for Nyfødte \(DKN\). Årsrapport 2024](#)
- [Videnscenter for Amning af Børn med Specielle Behov](#)
- [WHO recommendations for care of the preterm or low-birth-weight infant, 2022](#)
- [8 nationale mål for sundhedsvæsenet](#)
- [Nationalt Kompetencecenter for Amning](#)

