



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP  
OCH HÄLSA**

# **VÅRDEN SOM GES TILL KVINNOR MED BRÖSTABSCESS POSTPARTUM**

– en journalgranskning

**Maria Modig och Amanda Mörth**

---

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Barnmorskeprogrammet 90 hp
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2018
Handledare:	Anna Dencker
Examinator:	Lasse Persson

Titel svensk:	Vården som ges till kvinnor med bröstabscess postpartum – en journalgranskning.
Titel engelsk:	Care given to women with breast abscess postpartum- a journal review.
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Barnmorskeprogrammet 90 hp RPH 100 Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa.
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2018
Handledare:	Anna Dencker
Examinator:	Lasse Persson
Nyckelord:	Amning, bröstabscess, barnmorska, stöd

---

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Bröstabscess är en komplikation som drabbar 0,1 - 0,4 % kvinnor postpartum varje år i Sverige. Behandlingen utförs med nålpunktion eller dränage utifrån abscessens storlek som fastställs med ultraljud. Kvinnan ska uppmuntras till att fortsätta amma under behandling för att underlätta läkning och tillgodose barnet med näring. Vid bröstabscess kan amningen bli försvårad och det kan ha en negativ inverkan på både mor och barn. Ett av barnmorskans kompetensområden är att främja amning genom att ge amningsrådgivning samt utföra amningsobservationer. Det är av stor vikt att utföra noggrann journaldokumentation för att säkerhetsställa en god kvalitet av vården.

**Syfte:** Att kartlägga vårdförloppet till kvinnor med bröstabscess postpartum.

**Metod:** Retrospektiv journalgranskning med kvantitativ ansats. Kvinnorna identifierades utifrån diagnoskod bröstabscess O911B i journalsystemet Obstetrix. I studien inkluderades 70 kvinnor under tidsperioden januari 2017 – september 2018.

**Resultat:** Majoriteten av kvinnorna var förstföderskor med en medianålder på 31 år. I genomsnitt fick kvinnorna diagnosen bröstabscess sex veckor efter förlossningen och behandlingen var drän och eller nålpunktion. Antal läkarbesök varierade utifrån vald behandlingsmetod och läkningsprocess. Samtliga kvinnor ammade vid hemgång från BB, sedan minskade amningsfrekvensen successivt under vårdförloppet och efter avslutad behandling ammade 65,1% av kvinnorna. Av de kvinnor som slutade amma under behandling, erhöll ingen av dem amningsrådgivning eller amningsobservation från barnmorska. I resultatet framgick det också att några av journalerna saknade dokumentation gällande amningsförekomst och amningsstöd.

**Konklusion:** Studien visar att vården till kvinnor med bröstabscess postpartum kan förbättras genom ett ökat samarbete mellan läkare och barnmorska i amningsfrämjande syfte. Det innebär att kvinnorna bör erbjudas amningsstöd från barnmorska efter varje läkarbesök för att kunna upprätthålla amningen under pågående behandling.

**Nyckelord:** Amning, bröstabscess, barnmorska, stöd

## Abstract

**Background:** A breast abscess is a inflammatory condition that affects 0.1 - 0.4% women postpartum each year in Sweden. The treatment is performed with a needle puncture or drainage based on the size of the abscess determined by ultrasound. The woman should be encouraged to continue breastfeeding during treatment to facilitate healing and satisfy the child with nutrition. Having a breast abscess can negatively affect breastfeeding and thus, have a negative impact on both mother and child. One of the midwife's areas of expertise is to promote breastfeeding by giving advice and carrying out breastfeeding observations. It is of great importance to carry out accurate journal documentation to ensure a good quality of care.

**Aim:** To map the care given to women with breast abscess postpartum.

**Method:** Retrospective journal review with a quantitative approach. The women were identified on the diagnosis code breast abscess O911B in the Obstetrix medical record system. The study included 70 women during the period January 2017 - September 2018.

**Result:** The majority of women were first-born women with a median age of 31 years. On average the women were diagnosed with the breast abscess six weeks postpartum. The treatment consisted of drainage or needle puncture. The number of doctor visits varied based on the chosen treatment method and healing process. All women breastfed at home from maternity ward, then the breastfeeding rate gradually decreased during the care process and after treatment ended 65.1% of women breastfed. Of the women who stopped breastfeeding during treatment, none of them received breastfeeding advice or observation from midwives. The result also shows that in some of the journals, documentation was lacking regarding valid breastfeeding occurrence and support.

**Conclusion:** The study shows that care for women with breast abscesses postpartum can be improved through increased collaboration between doctors and midwives. The women should be offered breastfeeding support from midwives after each doctor's visit in order to maintain breastfeeding during treatment.

**Keywords:** Breastfeeding, breast abscess, midwife, support

## **Förord**

Vi vill tacka Anna-Karin Ringqvist för att du inspirerat oss att genomföra denna studie. Ett stort tack till vår handledare Anna Dencker för ditt professionella engagemang i skrivprocessen. Du har gett oss snabb respons och värdefull feedback.

Till sist tack till våra nära och kära som peppat oss och bidragit med IT support.

Maria Modig & Amanda Mörth

.

# Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund .....	1
Postpartum .....	1
Amning .....	2
Fördelar amning barn.....	2
Fördelar amning mor .....	2
Amningsfrämjande arbete.....	2
Amningsobservation .....	3
Bröstkomplikationer i samband med amning .....	4
Bröstabscess.....	5
Definition .....	5
Prevalens, symtom och diagnostisering .....	5
Behandling .....	5
Riskfaktorer.....	6
Vårdrutin bröstabscess, amning vid Kvinnokliniken, Göteborg .....	6
Tidigare forskning om bröstabscess .....	6
Amningsstöd.....	8
Författningar .....	8
Patientdatalagen SFS 2008:355 .....	8
Dataskyddsförordningen SFS 2018:218 .....	8
Patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 .....	8
Problemformulering .....	9
Syfte .....	9
Metod .....	9
Design .....	9
Urval .....	10
Datainsamling.....	10
Dataanalys .....	10
Etiska överväganden.....	11
Resultat.....	11

Demografiska data .....	11
Förlossningsförlopp .....	12
BB-vården .....	13
Vårdkontakter innan diagnos .....	13
Fastställd diagnos bröstabscess .....	14
Behandling av bröstabscess .....	15
Behandling inom slutenvård .....	16
Avslutad behandling .....	16
Sammanfattning av amningsförekomst under hela vårdförloppet .....	18
Diskussion .....	18
Metoddiskussion .....	18
Resultatdiskussion .....	19
Konklusion.....	23
Klinisk implikation.....	23
Förslag till vidare forskning.....	23
Referenslista.....	24
Bilagor	
Bilaga 1 Skriftlig överenskommelse	
Bilaga 2 Sekretessförbindelse	
Bilaga 3 Granskningsmall	
Bilaga 4 Rutin Bröstabscess - Amning	

## Inledning

I Sverige har majoriteten kvinnor en stark önskan att amma sina barn. Om kvinnan drabbas av någon form av bröstkomplikation kan det leda till att amningen kan upplevas som svår och smärtsam. En smärtsam och behandlingskrävande bröstkomplikation är bröstabscess. Vården som ges till de drabbade kvinnorna innebär ofta många läkarbesök och kan påverka amningen negativt. Under vår praktik på barnmorskemottagning mötte vi en kvinna som varit drabbad av bröstabscess efter sin förra förlossning. Kvinnan berättade att hon upplevde vårdtiden som en svår och orolig period. Hon träffade olika läkare vid varje vårdtillfälle, erbjöds inget amningsstöd och hon lyckades inte bibehålla amningen under behandlingen. Kvinnan berättade att hon önskat någon form av uppföljning och att hon nu kände stor oro inför att amma sitt andra barn. Det är en av barnmorskans viktiga arbetsuppgifter att arbeta amningsfrämjande för att i möjligaste mån förebygga amningskomplikationer. Detta innebär ett individuellt anpassat amningsstöd till varje enskild kvinna. Vid behandling av bröstabscess behöver kvinnan medicinsk behandling i kombination med stöd och rådgivning gällande amning. För att optimal vård skall kunna ges till dessa kvinnor är det en förutsättning att det finns ett välfungerande samarbete mellan barnmorska och läkare. Det finns ett intresse från Kvinnokliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset att undersöka hur vårdförloppet ser ut för kvinnorna med bröstabscess postpartum, denna magisteruppsats är ett kvalitetsarbete.

## Bakgrund

### Postpartum

Tiden efter förlossningen. Ordet post betyder bakåt eller efter och ordet partus betyder förlossning (NE, 2018a, 2018b). Postpartumperioden börjar direkt efter barnets födsel och kan pågå upp till sex månader efter födseln. Perioden delas in i tre faser, den första fasen varar under de första 6–12 timmarna och omfattar akuta tillstånd hos kvinnan efter förlossningen. Den andra fasen pågår under två till sex veckor postpartum där både fysiska och psykiska förändringar sker i kvinnans kropp. Den senare postpartumperioden kan pågå upp till sex månader och under denna period återhämtas kvinnas fysiologiska förändringar som påverkats under graviditet och förlossning (Romano, Cacciatore, Giordano & La Rosa, 2010).

I en studie gjord av Kirca och Ozcan (2018) intervjuades 24 kvinnor 40 dagar postpartum med syfte att undersöka vårdbehov samt hur och när dessa kvinnor söker vård postpartum. Studien påvisade att 23 av kvinnorna upplevde att sjukvården inte var bekymrade över deras besvär med bröstet, huvudvärk, tecken till infektion samt psykologiska mående. De flesta av kvinnorna tog istället kontakt med andra kvinnor i familjen eller grannar när de drabbats av dessa besvär postpartum. Medan andra använde sig av internet alternativt tog kontakt med sjukvården igen. I studien framkom det att kvinnorna har behov av mer information om kroppsliga förändringar efter en förlossning, professionellt stöd och sjukvårdskontakt under

de två första veckorna postpartum. Författarna menar att detta är av stor betydelse då det annars kan påverka kvinnan och barnets hälsa negativt (Kirca & Ozcan, 2018).

## Amning

Amning är en världsomfattande folkhälsofråga. Genom att värna, främja och stödja amning så ökar hälsan hos både kvinnor och barn (WHO, 2017). I Sverige amrades 2016 95 % av alla nyfödda barn under första levnadsveckan och 74 % av barnen amrades vid fyra månaders ålder (Socialstyrelsen, 2018). WHO (2017) rekommenderar amning upp till sex månaders ålder samt fortsatt amning av barnet upp till två års ålder eller längre tillsammans med kompletterande livsmedel. Bröstmjolk är den bästa näring för nyfödda barn på grund av dess positiva hälsoeffekter.

## Fördelar amning barn

Amning har sedan lång tid varit en av de viktigaste strategier som använts för att minska plötslig spädbarnsdöd. Tidig inledning av amning kan redan under första dygnet minska risken ytterligare för plötslig spädbarnsdöd samt för infektions relaterade dödsfall (Khan, Vesel, Bahl & Martines, 2014). Forskning kan idag också påvisa andra stora positiva hälsoeffekter hos barnet. Amning skyddar barnet generellt mot infektioner i luftvägarna och i mag- och tarmkanalen. Amning minskar riskerna att drabbas av fetma i barndomen och som vuxen samt minskar risken att drabbas av diabetes typ två. Även kognitiva hälsoeffekter ses hos barn som ammas sex månader, högre kapacitet på intelligenstester, kognitiv utveckling samt högre IQ (Colin, Lee & Low, 2016).

## Fördelar amning mor

Amning medför inte bara positiva hälsoeffekter för barnet utan också för mödrarna. Amning tillfredsställer barnet och underlättar anknytningen samt förbättrar mammans återhämtning efter förlossningen och minskar risken för postpartumblödning (Svensson & Zwedberg, 2017). På längre sikt har mödrar som ammar lägre risk för att drabbas av ovarialcancer samt diabetes typ två. Amningstiden är av relevans och ju längre tid mamman ammar desto mindre är risken för att drabbas av bröstcancer. Amningstiden menas utifrån antal barn som ammas samt varaktigheten av amning för varje barn (Chowdahry et al., 2015).

## Amningsfrämjande arbete

WHO och UNICEF har utarbetat tio steg som främjar amning och Socialstyrelsen har översatt dessa steg till svenska samt anpassat till svenska förhållanden. Personal inom mödrahälsovård, förlossningsvård, BB-vård (barnbördshus) samt barnhälsovården skall arbeta utifrån dessa steg.

1. Vara medveten och samt följa ett handlingsprogram för amning.



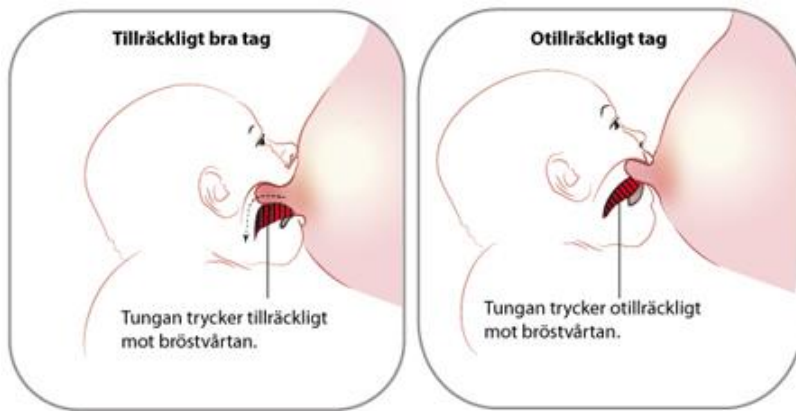
2. Besitta färdigheter och kunskaper för att kunna följa handlingsprogrammet.
3. Ge information till alla blivande föräldrar om amningens fördelar och om hur amningen startar samt går att upprätthålla.
4. Barnet skall så snart som möjligt efter partus ligga hud mot hud hos modern under en till två timmar. Personalen skall vara observant på att barnet har fria luftvägar och mår bra samt uppmuntra föräldrarna att vara uppmärksam när barnet är redo att amma samt erbjuda eventuell hjälp.
5. Demonstrera hur mödrarna kan amma och upprätthålla mjölkproduktionen även om är de måste vara ifrån sitt barn.
6. Ingen annan föda än bröstmjölk till barnet skall ges, om det inte är medicinskt motiverat.
7. Arbeta för samvård, föräldrarna och det nyfödda barnet skall vara tillsammans dygnet runt.
8. Främja modern att amma sitt barn så ofta barnet vill.
9. Ge information till föräldrarna att undvika använda sug- och dinapp under de första levnadsveckorna vid amningsproblem, detta för att underlätta att amningen skall komma igång igen.
10. Ge information till föräldrarna vid utskrivning från sjukhuset att de via amningsmottagningar och BVC kan få fortsatt stöd och hjälp med amningen (Socialstyrelsen, 2014).

## Amningsobservation

Barnmorskan har en viktig funktion i att stödja och vägleda kvinnan och barnet vid amning. Om kvinnan önskar stöd och rådgivning bör en amningsobservation utföras. En amningsobservation innebär en bedömning av barnets sugförmåga, position samt mammans upplevelse av amningen. För att tömningen av bröstet ska vara effektivt bör barnet ha ett bra tag om bröstvårtan. Ett bra tag minskar risken för att sår ska uppstå på bröstvårtan i samband med amning. Ett gott kännetecken på att barnet har rätt tag är då barnets näsa nuddar mammans bröst, barnets läppar omsluter en stor del av vårtgården samt att det går att höra sväljningsljud. Genom att förebygga sårbildning på bröstvårtan i samband med amning minskar risken för övriga bröstkomplikationer. En annan viktig del för att skapa förutsättningar för en lyckad amning innebär att mamman ska befinna sig i en bekväm amningsposition där barnets mage ska vara placerat tätt intill mammans mage, gärna hud mot hud. Mamman ska inte känna smärta under pågående amning och bröstvårtan ska vara rund till formen efter avslutad amning (Rikshandboken, 2015c).

Geddes, Sakalidis, Hepworth, McClellan, Kent, Lai & Hartmann (2011) beskriver att fullgångna barn från tre dagars ålder uppvisar ett specifikt mönster av tungrörelser vid amning. När barnet suger tag om bröstvårtan uppstår vacuum som förlänger bröstvårtan så den placeras i området mellan barnets mjuka och hårda gom. Genom att barnets tungrörelser pressar på bröstvårtan minskar och ökar sugtrycket det vill säga graden av vacuum, effekten blir lik en pumpfunktion. Bröstmjölken följer barnets tunga bak mot den mjuka gommen ner

mot svalget och barnet sväljer med jämna mellanrum. När barnets tungrörelser sker rytmiskt flödar bröstmjölken barnet har en god sugteknik.



(Rikshandboken, 2015a)

## Bröstkomplikationer i samband med amning

Komplikationer som drabbar bröstet hos ammande kvinnor kan delas in i två huvudområden. De ena omfattar bröstvärtan och det andra bröstvävnaden. Bröstkomplikationer på bröstvärtan startar ofta tidigt postpartum genom att sår bildas på grund av att barnet med fel sugteknik skapat ett slitage. Dessa små sprickor och sår kan vara ingången för bakterier att få fäste och senare kan mjölkstockning och bakterier tillsammans ligga till grund för utveckling av infektion i bröstvävnaden. Komplikationer i bröstvävnaden kan vara av olika grad och indelas i fyra stadier (Kylberg, Westlund & Zwedberg, 2009).

### 1. Mjölksstockning

Mjölksstockning är endast ett avflödeshinder i en eller flera mjölkgångar, detta kan upplevas obehagligt som en förhårdnad i bröstet. Mjölken "stockar" sig men är övergående och försvinner när barnet ammas.

### 2. Bröstinflammation

När det uppstår ett avflödeshinder pressas bröstmjölken ut i bröstets ytliga blodkärl och immunförsvaret aktiveras. Det bildas en inflammatorisk process i bröstet som finns på en eller flera områden i bröstvävnaden samtidigt. Flera olika stora förhårdnader kan palperas i bröstet och ibland förekommer feber. Bröstinflammation kan inträffa när som helst under amningsperioden men är vanligast under de två första månaderna.

### 3. Bröstinfektion (mastit)

I detta stadium är vävnaden angripen av bakterier, infektionsparametrar i serum hos kvinnan är förhöjda och ibland kan bakterier påvisas i bröstmjölken. Kvinnan har hög feber och sår finns eller har förekommit tidigare under förloppet.

#### 4. Bröstabscess

Det sker nu en smältning av bröstvävnaden och var bildas när en bröstabscess uppstår. Huden är påverkad i området kring abscessen och även bröstvårtan kan ändra utseende eller förskjutas åt något håll. Feber är vanligt förekommande i varierande grad (Kylberg m.fl., 2009).

## Bröstabscess

### Definition

Bröstabscess eller även kallad bröstböld bildas i bröstvävnad i samband med en infektion. Vid ett bakterieangrepp aktiveras immunförsvaret och vita blodkroppar ansamlas runt den angripna vävnaden. Bröstvävnaden smälter, var och vätska bildas i det infekterade området då immunförsvaret inte lyckas hindra utvecklingen av infektion i vävnaden. Storleken på bröstabscess varierar beroende på infektionens omfattning (Rikshandboken, 2015b).

### Prevalens, symtom och diagnostisering

I Sverige är andelen kvinnor som utvecklar bröstabscess postpartum mellan 0,1–0,4 % och vanligast är att abscessen utvecklas tre till åtta veckor postpartum (Kvist, 2005). Bröstabscess uppkommer vanligen efter en bröstinfektion som inte är utläkt och utvecklingen kan ta flera veckor. Det kan förekomma ett eller flera symtom samtidigt vid bröstabscess. Feber som varierar och stark smärta i ett begränsat område i bröstet, speciellt i början av förloppet. Förändringar i huden på bröstet och vävnaden kan bli påverkad att den i värsta fall går i nekros. Mjölklödet kan påverkas och minska under den inflammatoriska processen. Diagnos ställs utifrån anamnes och status, ultraljudsundersökning är ett hjälpmedel för att identifiera bröstabscess speciellt de som ligger djupt ner i bröstvävnaden (Irusen, Rohwe, Steyn & Young, 2015).

### Behandling

Bröstabscess har flera behandlingsmöjligheter som består av nålpunktion eller dränagebehandling. Det är storleken av bröstabscessen som ligger till grund för val av behandlingsmetod. Abscesser som med ultraljud bedöms vara <3 cm punkteras efter bedövning med nål och innehållet aspireras ut. Bröstabscesser >3 cm behandlas med dränage. Dränaget möjliggör upprepad spolning med natriumklorid tills att bröstabscessen är helt tömd. Dränbehandling pågår i 3–5 dagar. Vid mindre bröstabscess förekommer spontanläkning. Behandling med antibiotika är beroende av kvinnans allmäntillstånd, feber, bröstabscessens storlek samt bakteriologiska odlings svar. Odling av var från bröstabscesser innehåller i nio av tio fall bakterier, vanligast förekommande är *Staphylococcus aureus* (Irusen et al., 2015).

## Risikfaktorer

Kvinnor som haft bröstinfektion tidigare i samband med amning löper större risk att få en bröstabscess. Det finns också en ökad risk för förstföderskor, kvinnor över 30 år samt vid överburenhet (Kvist et al., 2005).

## Vårdrutin bröstabscess, amning vid Kvinnokliniken, Göteborg

*Rutin bröstabscess, amning* utarbetad av Västra Götalandsregionen Sahlgrenska Universitetssjukhuset (bilaga 4). Denna rutin har sitt ursprung från det Regionala vårdprogrammet ”Bröstkomplikationer i samband med amning” utarbetad av AMSAK (Stockholms läns landsting, 2016). Diagnosen bröstabscess ges utifrån ultraljudsundersökning samt palpation utförd av obstetriker eller gynekolog. Det är abscessens storlek som avgör vilken typ av behandling som är aktuell. Om storleken är mindre än tre cm samt att en stark misstanke om abscess finns utförs nålpunktion för att tömma abscessen. Detta kan upprepas vid flera tillfällen och kvinnan skall sedan följas upp efter några dagar. Inför punktion bör hänsyn tas till amningen. Om abscessen däremot har en diameter större än tre cm ska incision och inläggning av pigtailkateter föreslås. Vid detta ingrepp tas allmän- bakterie- samt MRSA-odling. Pigtailkateter ska sedan spoljas fyra gånger per dag, kvinnan själv eller anhörig ska instrueras hur spolningen går till via dagvården. All uppföljning och behandling sker polikliniskt. Katetern ska dras när inget ytterligare utbyte fås efter spolning eller när abscessen har försvunnit. Antibiotika ges till kvinnorna med bröstabscess och antibiotikadosen är beroende av när kvinnan drabbades (postpartumvecka) samt eventuell antibiotikaallergi.

Det är inte lämpligt att avsluta amning i samband med en infektion. Kvinna med bröstabscess bör därför uppmuntras till att fortsätta amma, även från det infekterade bröstet. Om det uppstår svårigheter eller smärta under amningen kan hon fortsätta amma på det friska bröstet samt avvakta ett par dagar med det infekterade bröstet. Så snart det är möjligt bör hon återuppta amningen på den drabbade sidan men om detta inte är möjligt så kan hon fortsätta amma på enbart ett bröst. Efter avslutad behandling rekommenderas fortsatt amning. Kvinnan kan få stöd och rådgivning kring amningen från amningsmottagningen. I de fall då behandlingen inte hjälper och läkningsprocessen dröjer mer än fyra veckor skall kvinnan remitteras till bröstmottagningen (bilaga 4).

## Tidigare forskning om bröstabscess

Forskning som är utförd inom området bröstabscess är koncentrerad till behandling där nålpunktion och aspiration av bröstabscess jämförts med dränagebehandling. I en studie utförd av Erylimaz, Sahin, Tekelioglu & Daldal (2004) jämfördes dessa två behandlingsmetoder. Resultatet visade att läkningstiden var signifikant lägre med 6,36 dagar i gruppen kvinnor som behandlades med nålpunktion jämfört med 12,43 dagar för kvinnorna som fick dränage. Bröstabscessens storlek var av betydelse för utfallet. Abscess som var

mindre än fem centimeter behandlades framgångsrikt med nålpunktion. Vid större storlek på bröstabscess uteblev läkning och dränage fick anläggas.

Chandika, Gakwaya, Kiguli-Malwadde & Chalya (2012) visar i sin studie att behandling av bröstabscess med ultraljudsvägledad punktion är mer kostnadseffektivt jämfört med dränagebehandling. Det framkom ingen skillnad i behandlingsresultat mellan de olika behandlingarna däremot tolererade kvinnorna i högre utsträckning punktionsbehandling jämfört med dränagebehandling.

Irusen et al. (2015) presenterar i sin artikel att det finns ett behov av mer forskning på ett större antal kvinnor med bröstabscess för att kunna påvisa evidens för vilken behandling som skall ges till kvinnor med bröstabscess postpartum. Det saknas forskning som beskriver hur många kvinnor som klarar av att fortsätta amma under behandling samt hur stor andel kvinnor som har en välfungerande amning efter avslutad behandling.

## Amningsstöd

Barnmorskan har ett självständigt arbete och vårdar i första hand kvinnor men inom verksamhetsområdet ryms även barnet och familjen. Barnmorskeförbundets kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska grundar sig på barnmorskans internationella etiska kod som syftar till mänskliga rättigheter, jämlik tillgång till hälsovård, baserad på jämställd respekt och tillit samt alla människors lika värde. Kompetensområdet inom reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa beskriver barnmorskans olika funktioner. Barnmorskan skall främja amning, ge stöd och information om amningens fördelar utifrån både barnets och moderns perspektiv (Barnmorskeförbundet, 2018).

I en studie gjord av Swerts, Westhof, Bogaerts & Lemiengre (2015) beskrivs barnmorskans viktiga roll kring amning och amningsstöd. Det finns varierande sätt för barnmorskan att ge stöd samt närma sig kvinnan vid amning. Denna studie kunde urskilja två olika typer av perspektiv. Det ena perspektivet är barnmorskan som en teknisk expert när det kommer till amning. Denna typ av stöd är huvudsakligen inriktad på bröstets funktion under amning och fokuserar på olika amningstekniker. Barnmorskan använder sina händer som tillvägagångssätt samt ser kvinnan som en nybörjare. Det andra perspektivet är barnmorskan som en skicklig följeslagare som koncentrerar sig på kvinnan och inte på bröstets funktion. Detta stöd fokuserar istället på det nyfödda barnet samt moderns behov. Under amningen använder barnmorskan hands off approach och observationer. Studien påvisar att barnmorskornas amningsstöd är i högre grad av teknisk expert jämfört med skicklig följeslagare. De önskar arbeta utifrån en roll som skicklig följeslagare men på grund av barriärer som tidsbegränsningar orsakade av hög arbetsbelastning samt för lite personal var det inte alltid möjligt. Dessa barriärer påverkar amningsstödet negativt medan barnmorskor som arbetar i team och utifrån evidensbaserade amningsriktlinjer *WHO:s tio steg* ses som ett bra stöd. För att barnmorskan skall kunna se och ge kvinnan optimalt amningsstöd så behövs det kompetens från de båda perspektiven, barnmorskan som den tekniska experten samt som en

skicklig följeslagare (Swerts et al., 2015). Zwedberg (2010) belyser i sin avhandling att barnmorskans stöd i form av att vara en lyhörd lyssnare är av stor vikt. Barnmorskans bemötande genom att lyssna på mödrarnas beskrivning av sitt amningsproblem är en framgångsfaktor. Mödrarna beskriver att de blev sedda och bekräftade av den lyssnande barnmorskan och att de först efter detta var mottagliga för råd kring det aktuella amningsproblemet.

## Författningar

### **Patientdatalagen SFS 2008:355**

Syftet med patientdatalagen är att inom hälso- och sjukvårdslagen tillämpa välstrukturerad informationshantering för att tillfredsställa hög patientsäkerhet med god kvalitet. I samband med vårdandet av patienter skall det föras individuella patientjournaler med syfte att dokumentera en säker och god vård. Personen som dokumenterar i patientjournalen är ansvarig för de uppgifter som skrivs. I journalen ska det om möjligt framgå uppgifter om patientens identitet, bakomliggande orsak till vård, samlad diagnosbild, planerade eller vidtagna åtgärder. Det ska också framgå vilken information patienten och närstående givits, om ställningstagande utförts om val av behandling, möjlighet till ny medicinsk behandling samt uppgifter om patienten valt att avstå viss behandling eller vård. Dokumentationen i patientjournalen ska vara skriven på svenska språket och vara tydligt utformad samt lätt att förstå för patienten. Patientjournalen verkar inte bara som informationskälla för patienten själv utan också för forskning, utveckling och uppföljning av verksamheten, tillsyn samt som uppgiftsskyddighet (SFS 2008:355).

### **Dataskyddsförordningen SFS 2018:218**

I maj 2018 ersattes tidigare personuppgiftslagen (PUL) med nu gällande dataskyddsförordningen (GDPR). GDPR (General Data Protection Regulation) är en integritetslag och gäller som lag i alla EU:s medlemsländer. Syftet är att säkerhetsställa varje individs personliga integritet genom att justera personuppgiftslagen samt se till att dessa krav efterlevs. Denna förordning ställer högre krav på vårdens hantering av personuppgifter, hur uppgifterna skall skyddas och i vilken sammanhang de får användas samt vikten av att vårdgivaren har kännedom över i/var vilka register dessa personuppgifter finns att tillgå (SFS 2018:218).

### **Patientsäkerhetslagen SFS 2010:659**

Syftet med patientsäkerhetslagen är att bidra till hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården. Det är vårdgivaren som arbetar utifrån att planera, leda och kontrollera så att verksamheten upprätthåller god vård. Vårdgivare avses som landsting, kommun och statlig myndighet. Denna lag definierar patientsäkerhet som skydd mot vårdskada. Definitionen vårdskada innefattar psykisk eller kroppslig skada, sjukdom eller lidande samt dödsfall som hade kunnat undvikas av lämpliga åtgärder. Det är av stor vikt att vårdgivaren följer sin verksamhet för att kunna förebygga vårdskador som inverkar på patientsäkerheten. Hälso- och

sjukvårdspersonalen har också som ansvar att upprätthålla hög patientsäkerhet. Med hjälp av händelseutredningar från vårdpersonalen kan vårdgivaren se situationer som hade kunnat medföra eller medfört vårdskada. Personalen skall ge patienten omsorgsfull och sakkunnig sjukvård utifrån beprövad erfarenhet samt vetenskap. Patientvården skall genomföras och utformas i samråd med patienten i möjligaste mån (SFS 2010:659).

## Problemformulering

I Sverige minskar antalet barn som ammas med cirka 20% under de tre första månaderna. Det är under dessa tre månader bröstkomplikationer som omfattar bröstvårtan samt eller bröstvävnaden i olika grader är mest förekommande. Att drabbas av bröstabscess innebär ett stort lidande för kvinnan och det påverkar hennes förmåga att kunna fortsätta amma. Sjukvården rekommenderar kvinnan att upprätthålla amning under pågående behandling vilket gynnar både kvinnan och barnet. Trots detta är forskning om bröstabscess, amningsförekomst och amningsstöd begränsad. Genom att utföra en journalgranskning kan en överblick av vården till kvinnor med bröstabscess postpartum erhållas. Detta kan leda till att synliggöra vikten av en välfungerande vårdkedja där olika professioner samarbetar för att ge dessa kvinnor bästa möjliga vård.

## Syfte

Att kartlägga vårdförloppet till kvinnor med bröstabscess postpartum.

## Frågeställningar

- Vilka kvinnor drabbas av bröstabscess postpartum?
- Är komplicerad förlossning en riskfaktor för att drabbas av bröstabscess postpartum?
- När i tid får kvinnorna diagnos bröstabscess?
- Vilken behandling erhåller kvinnorna med bröstabscess postpartum?
- Påverkas amningen under kvinnornas vårdförlopp?
- Vilket amningsstöd erbjuds till dessa kvinnor?

## Metod

### Design

Metoden som använts i denna studie var en retrospektiv journalgranskning med kvantitativ ansats. Retrospektiv design har använts i studien för att beskriva tidigare insamlade data samt deskriptiv design i resultatet för att kunna beskriva egenskaper hos en grupp människor utifrån ett valt fenomen. Journalgranskning är en lämplig metod för att kunna beskriva ett vårdförlopp (Polit & Beck, 2017). Kvinnokliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset har genom detta kvalitetsarbete som syfte att kartlägga vården till kvinnor med bröstabscess postpartum.

## Urval

Urvalet bestod av 70 kvinnors journaler från Kvinnokliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset med diagnoskod O911B i journalsystemet Obstetrix. Antalet journaler tidsbegränsades från januari 2017 till september 2018. De journaler som inkluderades i studien hade samtliga diagnoskod O911B i Obstetrix som valdes inom lämplig tidsperiod för en magisteruppsats. Sju journaler exkluderades på grund av felaktig diagnoskod. Urvalet var konsekutivt det vill säga att alla journaler med diagnoskod O911B har inkluderats i studien under beskriven tidsperiod (Polit & Beck, 2017).

## Datainsamling

Tillstånd för journalgranskning ansöktes om och beviljades av vårdenhetschef på kvinnokliniken i Göteborg (bilaga 1). Sekretessförbindelse har ingåtts mellan författarna av studien och berörd verksamhet (bilaga 2). Efter beviljat tillstånd bistod sekreterare med personnummer från kvinnorna med diagnoskod O911B utifrån journalsystemet Obstetrix. En utarbetad journalgranskningsmall användes för att samla in data för att kunna besvara studiens syfte. Journalgranskningsmallen bestod av olika variabler som beskriver vården för kvinnor med bröstabscess postpartum (bilaga 3). En kodlista skapades för att avidentifiera journalerna där personnummer ersattes med en siffra. Varje enskild kvinna erhöll en siffra 1–70 i journalgranskningsmallen där relevant data inhämtades från journalsystemet Obstetrix. Denna åtgärd utfördes med hänsyn till kvinnornas anonymitet där styrande lagar patientdatalagen (SFS 2008:355) och dataskyddsförordningen (2018:218) togs i beaktning. Kodlistan användes under journalgranskningsperioden november 2018 och förvarades inlåst på Kvinnokliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Den totala journalgranskningen genomfördes gemensamt av författarna för att minimera utrymme för tolkningsfel.

## Dataanalys

Journalerna som inkluderades i studien granskades utifrån en utarbetad granskningsmall (bilaga 3) och svarsalternativen i mallen omkodades till siffror. Den utvalda data fördes sedan in i ett Excel dokument för att sammanställa de olika variablerna.

De insamlade variablerna i datamaterialet bearbetades sedan genom statistikfunktioner i dataprogrammet SPSS, version 25 (Statistical Package for the Social Sciences). Deskriptiv bearbetning av data innebär att statistik sammanfattas på ett tydligt sätt genom uträkning av centralmått, spridningsmått, frekvens och procent (Polit & Beck, 2017). Under bearbetningen av resultatet genomfördes flera stickprovskontroller för att kontrollera att datainmatningen var korrekt. Efter statistisk bearbetning av de olika variablerna skapades tabeller och figurer i Excel. Resultatet som redovisas i olika diagram med förtydligande text ger läsaren en god översikt och beskrivande bild av undersökta variabler (Billhult & Gunnarsson, 2014). All data kontrollerades och bearbetades av båda författarna för att minska risken för felkällor.



## Etiska överväganden

*Lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor* har som syfte att respektera och skydda individen samt dess rättigheter. Enligt denna lag omfattas ej studier på avancerad nivå vilket innebär att etikansökan inte är ett krav. Denna studie är utförd enligt riktlinjerna för studier på avancerad nivå. Därför har ingen etikansökan utförts (SFS 2003:460). Den etiska utmaningen i medicinsk forskning är att undvika risker så att människor inte skadas, såras eller utnyttjas. Det finns olika forskningsetiska riktlinjer som skyddar individen, den mest välkända är Helsingforsdeklarationen. Denna deklaration innefattar forskarens ansvar att balansera nytta av ny forskning mot individens hälsa (Kjellström, 2017).

Nytta med denna studie är att kartlägga dokumentationen av vården som ges till kvinnor med bröstabscess postpartum för att därefter kunna utföra förbättringsarbete. En skriftlig ansökan om genomförande av journalgranskning har givits från verksamhetschef på Kvinnokliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset (bilaga 1). Författarna har ingått i sekretessförbindelse enligt bestämmelserna i offentlighets- och sekretesslagen med verksamheten (bilaga 2). Inför denna journalgranskning hade kvinnorna inte givit sitt samtycke. Det bedömdes dock finnas en mycket liten risk för kvinnorna i studien då samtliga personuppgifter i journalen har behandlats konfidentiellt. Under journalgranskningsperioden har personuppgifterna förvarats inlåsta på Kvinnokliniken och endast författarna har haft tillgång till materialet. Efter avslutad studie har kvinnornas personuppgifter makulerats.

## Resultat

Totalt inkluderas 70 journaler med kvinnor som drabbats bröstabscess postpartum, diagnoskod O11B i journalsystemet Obstetrix. Sju av dessa journaler exkluderades pga. felaktig diagnoskod. Resultatet redovisar de 63 kvinnornas bakgrundsfakta samt förlossningsförlopp. Data presenteras också utifrån symtomdebut i tid fram till konstaterad bröstabscess samt vilka vårdgivare kvinnan haft kontakt med. Vid konstaterad bröstabscess påvisas antal läkarbesök och behandlingsåtgärder som utförts. I resultatet framkommer det i vilken utsträckning kvinnorna ammar, direkt efter partus fram till efter avslutad behandling av bröstabscess samt antalet amningsrådgivningar och amningsobservationer utförda av barnmorska under denna tid. Resultat nedan presenteras både i text, figurer och tabeller.

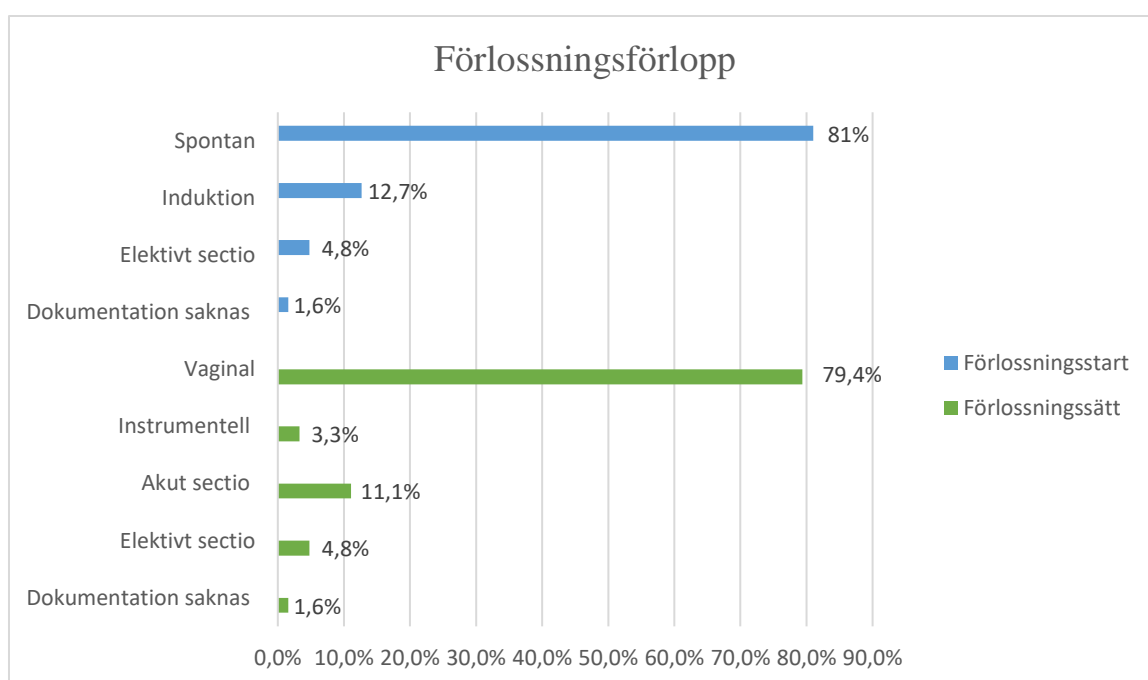
### Demografiska data

Tabell 1 beskriver demografiska data i den studerade gruppen. Kvinnorna som drabbades av bröstabscess postpartum hade en medianålder på 31 år. Det saknades uppgift om inskrivnings BMI hos tio kvinnor, för resterande kvinnor var medianvärdet för BMI 23. Majoriteten av kvinnorna var förstfödorskor och övriga 15 kvinnor hade sedan tidigare mellan ett till fyra barn. Ingen av omfödorskorna hade under amning av sina tidigare barn haft någon bröstinfektion. Medianvärdet för graviditetslängd var fulla 40 veckor, graviditetslängd saknas på tre av deltagarna då de var förlösta på annat sjukhus.

Tabell 1. Demografiska-, medicinska-, och graviditetsdata (n=63). Median (min-max) eller n= (%).

Ålder	31 (24–41)
BMI vid inskrivning, kg/m <sup>2</sup>	23 (18–33)
Förstföderskor	n= 48 (76,2)
Omföderskor	n= 15 (23,8)
Graviditetslängd, veckor	40 (30–42)

## Förlossningsförlopp



Figur 1. Förlossningsförlopp (n= 63) sammanställer förlossningsstart och förlossnings sätt hos kvinnorna. I en journal framgår ej förlossningsförlopp.

I tabell 2 redovisas variabler från förlossningsförloppet. I fyra journaler saknas dokumentation om de fyra variabler som redovisas i tabell två då kvinnornas förlossning ägde rum på annat sjukhus.

Tabell 2. Faktorer under förlossning (n=59) n= (%).

EDA	n= 31 (49,2)
Oxytocin-infusion	n= 27 (42,9)
Postpartumblödning >1000 ml	n= 8 (12,7)
Ammar inom 2 timmar efter förlossningen	n= 37 (58,7)

## BB-vården

Under vistelse på BB och vid utskrivning ammade samtliga kvinnor (n=59, 100%). I journalgranskningen framkom det att 23 (39 %) kvinnor erhöll amningsrådgivning samt att amningsobservation utfördes hos 19 (32,2%) av kvinnorna. Vid utskrivning från BB var det 11 (18,6%) kvinnor som använde någon form av amningshjälpmedel, till exempel amningsnapp eller bröstpump. Vid utskrivningen planerades återbesök till amningsmottagningen för tre (27%) av dessa kvinnor. I fyra av 63 granskade journaler saknades ovanstående data på grund av BB-vård på annat sjukhus.

## Vårdkontakter innan diagnos

Tabell 3 redovisar vilken yrkesprofession som var kvinnornas första vårdkontakt innan fastställd diagnos bröstabscess. Majoriteten av kvinnorna (n=53, 84%) sökte vård hos antingen barnmorska eller läkare på Kvinnokliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset. De resterande tio kvinnorna sökte vård hos annan vårdgivare vårdcentral, kirurgakut samt på annat sjukhus.

Tabell 3. Vårdkontakter innan diagnos n= 63 (%).

Första vårdkontakt, barnmorska	47 (74,6)
Första vårdkontakt, läkare	6 (9,5)
Annan vårdgivare	10 (15,9)

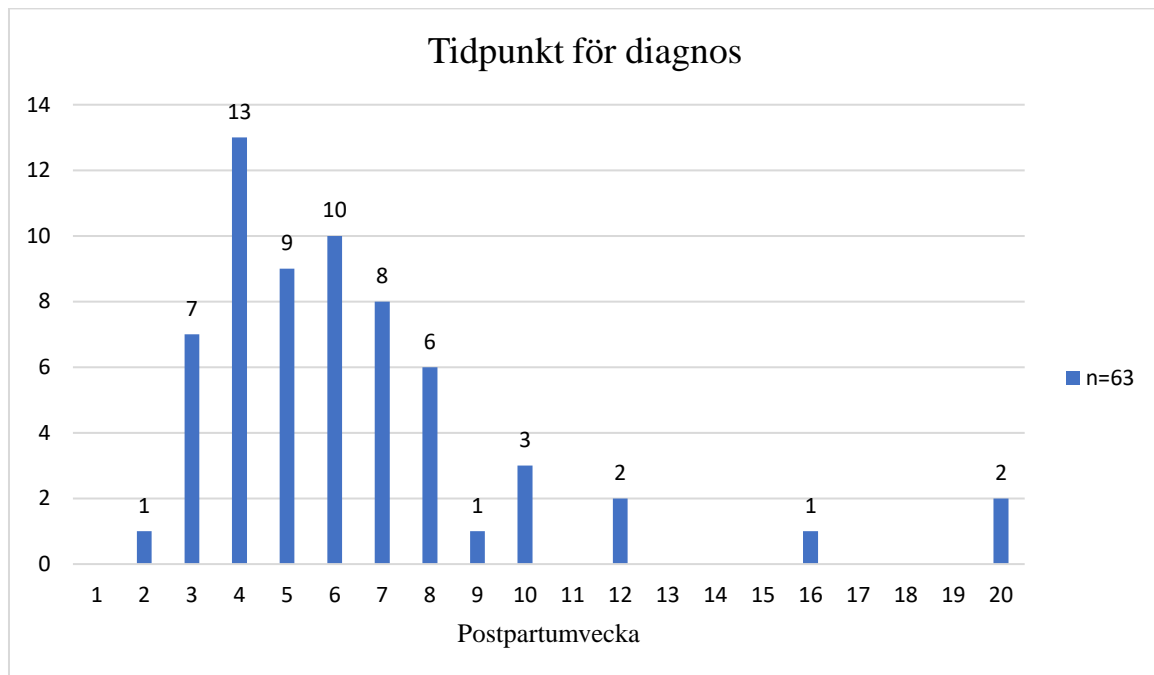
De tio kvinnor som sökte vård hos annan vårdgivare är inte aktuella i följande dataredovisning gällande amning och amningsstöd, då deras första vårdkontakt med Kvinnokliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset var vid diagnossättning. Antalet kvinnor som ammade vid första vårdkontakt var 49 (92,5%). Två av kvinnorna ammade inte och i två andra journaler saknas dokumentation om amning.

Tabell 4. Amningsstöd från barnmorska innan diagnos. n=49 (%)

Amningsrådgivning	45 (91,8)
Amningsobservation	24 (49)

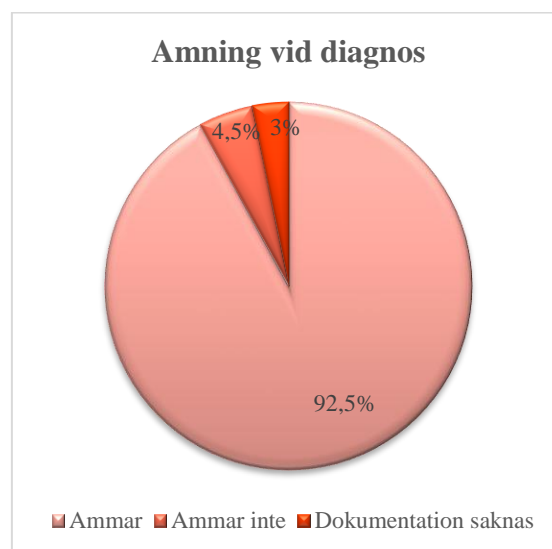
Antalet rådgivningstillfällen varierade mellan 1–9 tillfällen medan amningsobservationer varierade mellan 1–2 tillfällen per kvinna. Det saknades dokumentation om amningsråd och amningsobservation i två journaler, dessa journaler är ej inkluderade i tabell 4.

## Fastställd diagnos bröstabscess



Figur 2. Tidpunkt för diagnos. Medianvärde för diagnos var sex veckor postpartum, min-max 2–20 veckor postpartum.

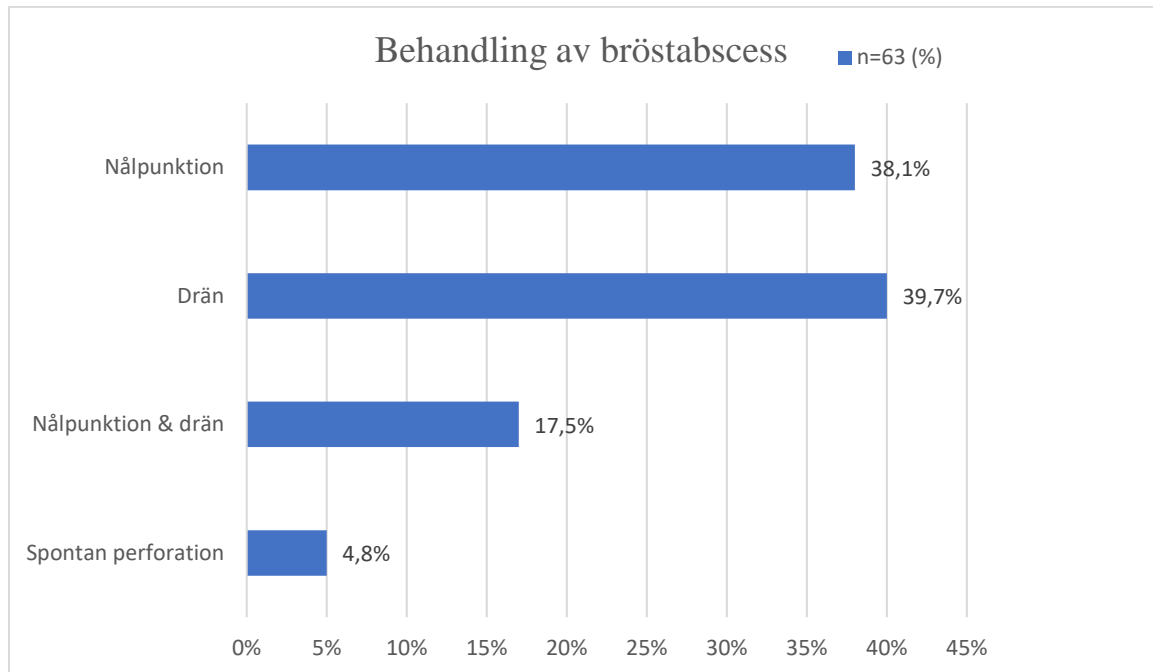
Inför diagnosättning bröstabscess använde läkare ultraljud på 97% (n=63) av kvinnorna för fastställande av diagnos.



Figur 3. Amning vid diagnos bröstabscess n=63 (%). Denna figur beskriver amningsförekomst hos kvinnorna vid konstaterad diagnos bröstabscess.

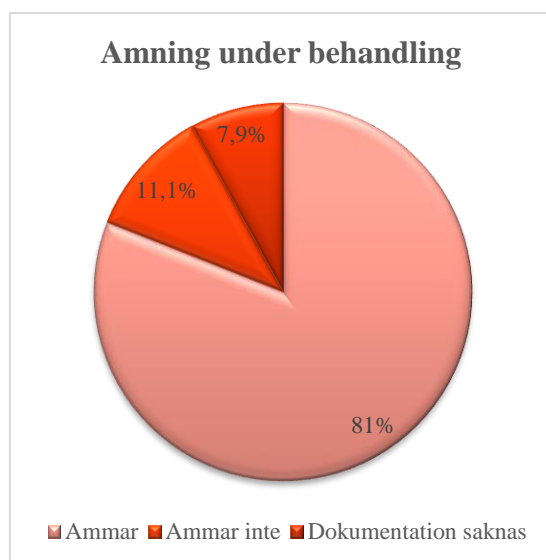
## Behandling av bröstabscess

Antibiotikabehandling påbörjades efter konstaterad bröstabscess hos samtliga kvinnor (n=63, 100%). Under pågående behandling togs bakterieodling av 56 (89%) av fallen. Av de tagna odlingarna redovisades odlings svar hos 36 kvinnor (64,3%). Av dessa odlings svar visade 33 (91,6%) odlingar växt av *Staphylococcus aureus*.



Figur 4. Behandling bröstabscess.

Figur 4 visar att dränbehandling förekom i högre utsträckning än nålpunktion. Antalet utförda nålpunktioner varierade medianvärde 1, min-max 1–10. Antalet nålpunktioner var en till fem hos 35 kvinnor medan två av kvinnorna hade sex punktioner och en kvinna tio punktioner, denna data inkluderade de 11 kvinnor som fått både nålpunktion och drän. Dränbehandlingen var av två olika typer 23 (n=25) av kvinnorna erhöll pigtaildrän medan två (n=25) av kvinnorna fick ett handskdränage. Medianvärdet av antal dränage per kvinna var 1, min-max 1–2. 17% (n=63) av kvinnorna erhöll både dränage samt nålpunktion under behandlingsperioden. Kvinnorna (n=63) träffade läkaren polikliniskt under behandlingsperioden vid totalt 330 tillfällen, medelvärde var 5,2 och SD var 3,4.



Figur 5. Amning under behandling. n= 63 (%). Denna figur redovisar amningsförekomst under pågående behandling.

Tabell 5. Amningsstöd från barnmorska under behandling. n= 51 (%)

Amningsrådgivning	17 (33,3)
Amningsobservation	5 (9,8)

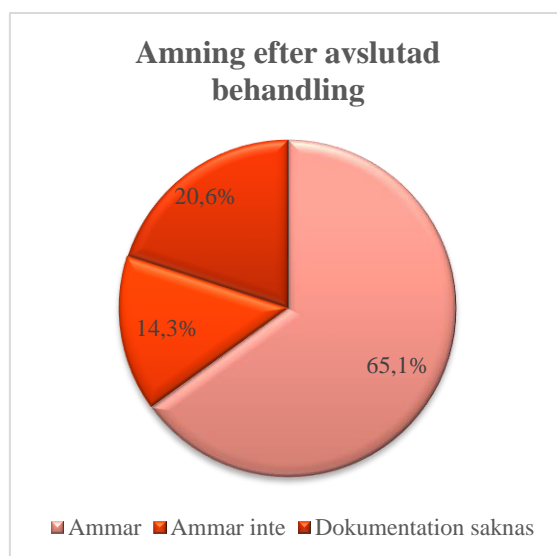
Antalet rådgivningstillfällen varierade mellan 1–6 tillfällen medan amningsobservationer varierade mellan 1–4 tillfällen per kvinna.

### Behandling inom slutenvård

Tre kvinnor (n=63) var ineliggande på Kvinnokliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset under pågående behandling. Vårdtiden för kvinna ett var sju dygn och omfattade sju läkarbedömningar. Kvinna två var ineliggande under tre dygn och träffade läkaren vid fem tillfällen, kvinna tre vårdades under ett dygn och hade två läkarbedömningar under vårdtiden. Samtliga tre kvinnor ammade men enligt journalanteckningar framkom det ingen dokumentation om att kvinnorna erhållit amningsrådgivning eller amningsobservation under vårdtillfället.

### Avslutad behandling

Ett uppföljningsbesök hos läkare hade 59 av kvinnorna. Majoriteten av kvinnorna (n=54, 91,5%) hade vid besöket utläkt bröstabscess, två kvinnor (3,4%) hade en ej utläkt bröstabscess och hos tre av kvinnorna saknas det dokumentation om uppföljningsbesök samt bröstabscessens läkningsgrad.



Figur 6. Amning efter avslutad behandling n=63 (%).

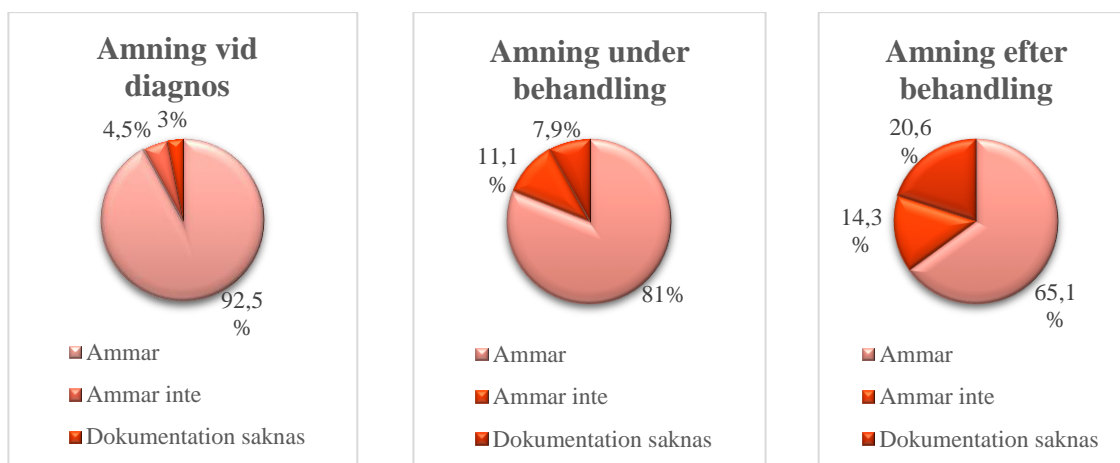
Figur 6 redovisar amningsförekomst efter avslutad behandling. I 13 (20,6%) av journalerna framgår det inte i dokumentationen om kvinnorna ammar. Det framgår heller inte om de erhållit amningsrådgivning eller amningsobservation.

Tabell 6. Amningsstöd från barnmorska efter behandling. n= 41 (%).

Amningsrådgivning	13 (31,7)
Amningsobservation	3 (7,3)

Antalet rådgivningstillfällen varierade mellan 1–3 tillfällen medan amningsobservationer utfördes endast vid ett tillfälle per kvinna.

## Sammanfattning av amningsförekomst under hela vårdförloppet



Figur 7. Amning vid diagnos, under och efter behandling n=63 (%).

Under behandling slutade sju (11,1%) kvinnor att amma och ingen av dessa erhöll amningsrådgivning eller amningsobservation från barnmorska. Ytterligare två hade lagt ner amningen efter avslutad behandling, en av dessa två kvinnor erhöll amningsobservation vid ett tillfälle under pågående behandling. Vid avslutad behandling saknades dokumentation om amning hos 13 kvinnor (20,6%), en fördubbling jämfört med antalet under pågående behandling. Fyra av dessa kvinnor erhöll amningsrådgivning eller amningsobservation från barnmorska vid ett tillfälle under behandling.

## Diskussion

### Metoddiskussion

Studiens syfte är att kartlägga vårdförloppet till kvinnor med bröstabscess postpartum under perioden januari 2017-september 2018. För att besvara syftet genomförs en journalgranskning där 70 kvinnors journaler granskas utifrån en granskningsmall (bilaga 3). Därefter överförs all insamlad data till Excel och SPSS för vidare analys.

Den genomförda studiens design är retrospektiv med kvantitativ ansats där redan dokumenterade journaldata använts. Den valda metoden anses vara lämpad för att kunna samla in de önskade variablerna på ett förhållandevis effektivt och enkelt sätt. Detta möjliggör också att en stor datamängd kan samlas in under en kort period. Enligt Polit & Beck (2017) är denna metod kostnadseffektiv samt att forskaren inte är beroende av individernas samarbetsvillighet. En nackdel med vald metod är att dokumentationen är retrospektiv, den kan vara bristfällig eller felaktig, vilket i sig skulle kunna påverka resultatet. Forskaren vid journalgranskning är inte ansvarig över de uppgifter som dokumenterats och är då heller inte ansvarig för de insamlade uppgifternas sanningsgrad (Polit & Beck, 2017). Studiens



datainsamling underlättas då samtliga dokumentationer är utförda i gemensamt journalsystem Obstetrix.

Det kvantitativa urvalets styrka är att alla kvinnor med diagnosen bröstabscess inkluderas i studien under vald tidsperiod. Totalt är det sju journaler som ej inkluderats under granskningen på grund av felaktig diagnoskod. Dessa journaler bedöms inte påverka studiens resultat då de inte anses vara ett riktigt bortfall. Urvalets storlek stämmer överens med tidigare forskning gällande incidens för bröstabscess postpartum i Sverige. Då studien endast utförs på Kvinnokliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset kan man inte hävda att den är representativ för gruppen kvinnor med bröstabscess postpartum i hela Sverige. Ett sätt att öka studiens generaliserbarhet skulle vara att inkludera fler kvinnokliniker i Sverige då denna diagnos drabbar relativt få kvinnor postpartum.

Granskningsmallen som använts i denna studie var utformad utifrån studiens syfte för att inhämta data om de variabler som önskades studera. Enligt Polit & Beck (2017) stärks granskningsmallens validitet om den är anpassad till studien för att mäta de variabler som var tänkta att undersökas. Granskningsmallen skapades av författarna i samråd med handledare. Fem journaler provgranskades utifrån utarbetad mall och några av variablerna justerades därefter innan resterande granskning fortgick. Denna mall har inte tidigare använts vilket kan anses bidra till lägre validitet jämfört med användningen av tidigare kvalitetsgranskad mall. Granskningen och överföringen av data till Excel pågick under tre dagars tid och genomfördes gemensamt av författarna för att undvika risken för felkällor.

Journalgranskning som använd metod i denna studie medför hög reliabilitet då innehållet inte går att påverka samt att insamlingen av data kan återupprepas och ge samma resultat (Polit & Beck, 2017). Reliabiliteten påvisar journalgranskningens tillförlitlighet genom att mätningarna är noggranna och att de utförs under likvärdiga förhållanden (Eliasson, 2013). Risken för att författarnas egna tolkningar skulle påverka resultatet bedöms som låg då studien består av kvantitativa data vilket också stärker studiens reliabilitet. Dock är det viktigt att vara medveten att journaldokumentation kan innehålla fel källor vilket kan påverka studiens reliabilitet negativt.

## Resultatdiskussion

I denna studie har 63 kvinnors journaler granskats och deras vårdförlopp har kartlagts. I resultatet framkommer det att majoriteten av kvinnorna är förstföderskor och att förlossningsstarten var spontan. Den största andelen av kvinnorna 84% sökte vård vid tidiga symtom medan de resterande kvinnorna sökte vård vid redan uppkommen bröstabscess. Bröstabscessen behandlades med dränage och eller nålpunktion, antalet läkarbesök varierade utifrån vald behandlingsmetod och läkningsprocess. Samtliga kvinnor ammade vid hemgång från BB och sedan minskade amningsförekomsten successivt under vårdförloppet. Det var ett fåtal kvinnor som erhöll amningsrådgivning och utförda amningsobservationer av barnmorska

under denna period. I resultatet framgår det också att journaldokumentation var bristfällig och i vissa fall saknades gällande amningsförekomst och amningsstöd från barnmorska.

Under år 2017 - 2018 drabbades 63 kvinnor av bröstabscess postpartum vid Kvinnokliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset. År 2017 var incidensen av bröstabscess hos kvinnorna 0,3% och under 2018 till och med septembermånad 0,5%. Incidensen är högre jämfört med tidigare redovisad forskning. I en svensk studie utförd av Kvist (2005) inkluderades 1401 kvinnor med bröstabscess postpartum och där redovisas en incidens på 0,1%. I en australiensk studie utförd av Amir, Foster, McLachlan & Lumley (2004) påvisades en incidens på 0,4% och i den studien var 1193 kvinnor inkluderade, vilket överensstämmer med incidensen i denna studie.

I en studie gjord av Baharat, Gao, Aft, Gillanders, Eberlein, & Margenthale (2009) ses en ökad risk för bröstabscess hos kvinnor med BMI över 30. Av gruppen kvinnor med bröstabscess i vår studie var medianvärde för BMI 23, vilket inte stärks av Baharat et al. (2009) resultat att ett högt BMI påverkar risken att utveckla bröstabscess postpartum. Förstföderskor med en ålder över 30 år eller kvinnor med en graviditetslängd över 40 veckor hade enligt Kvist (2005) studie en ökad risk för att utveckla bröstabscess. Av de 63 kvinnorna i denna studie var majoriteten förstföderskor och deras medianålder var 31 år. Graviditetslängden hos de 63 kvinnorna var 40 veckor (median) och i den undersökta gruppen var det tolv kvinnor med överburenhet (graviditetslängd över 40 veckor). Majoriteten av kvinnorna 79% hade en normal förlossning och resterande kvinnor hade en komplicerad förlossning som avslutades instrumentellt eller med kejsarsnitt. Enligt Kvist (2005) är komplicerad förlossningen ingen riskfaktor för att utveckla bröstabscess, vilket inte heller kunde påvisas i studiens resultat.

Dokumentationen som utförs av barnmorskor angående kvinnornas amning under BB-tiden var bristfällig. Bristande dokumentation försvårar det amningsfrämjande arbetet på BB-avdelningen då det i journalerna saknades information om hur amningen fungerade och om amningsobservationer var utförda. Enligt patientdatalagen är vårdpersonal skyldiga att journalföra de vårdåtgärder som utförs. Då dokumentation saknades eller var bristfällig innebar det att det inte gick att påvisa om kvinnan fått någon vård vid det aktuella vårdtillfället (SFS 2008:355). Det fanns i de flesta journaler endast kortfattad dokumentation utförd på en observationslista och den informationen bestod av två till tre ord tex, ”ammar ua”, ”sugit enl mor”. Den bristfälliga dokumentationen kan bero på olika faktorer. Det råder en hög arbetsbelastning på de flesta BB-avdelningar där många arbetsuppgifter skall utföras och detta kan leda till att dokumentationen prioriteras bort.

Det är sällan bröstkomplikationer uppstår på BB och i en studie utförd av Sunanda & Sabitha (2017) studerades förekomsten av bröstkomplikationer en vecka efter förlossningen. I studien ingick 100 kvinnor och det var endast 2% av kvinnorna som hade besvär från bröstvårtan i form av sprickbildning, inga andra bröstkomplikationer förekom. Denna forskning av Sunanda & Sabitha (2017) tydliggör att utveckling av bröstkomplikation sällan sker under barnets första levnadsvecka. Samtliga kvinnor i denna journalgranskning ammade vid

utskrivning från BB-avdelning oavsett i vilken utsträckning amningsstöd givits av barnmorska och trots detta utvecklade samtliga bröstabscess postpartum. Det var endast en tredjedel av kvinnorna som erhöll amningsobservation på BB. Om amningsobservationer erbjudits till alla kvinnor så ökar möjligheterna till att kunna korrigera barnets sugteknik, vilket minskar risken för bröstkomplikationer postpartum. Bröstabscess utvecklas oftast tre till åtta veckor postpartum (Kvist, 2005) vilket var överensstämmer med denna journalstudie, där kvinnornas tidpunkt för diagnos hade ett medianvärde på sex veckor postpartum. Majoriteten av kvinnorna kontaktade barnmorska via amningsmottagningen vid amningsrelaterade problem innan de fick diagnos bröstabscess. Det är viktigt att kvinnorna får information om vart och när hon skall söka vård samt att den bör vara lättillgänglig, tydlig och finnas på flera språk för att kunna förebygga utveckling av bröstkomplikationer efter utskrivning från BB.

Tidigare forskning om behandling vid bröstabscess består av att jämföra nålpunktion och dränagebehandling. Detta var inte avsikten att undersöka med denna studie som istället kartlägger vården som gavs till de kvinnor som drabbats. Kvinnorna i denna studie hade många läkarbesök och under vårdtiden var medelvärde 5, 2 besök per kvinna. Många vårdkontakter kan orsaka onödigt lidande både fysiskt och psykiskt för kvinnan om hon inte erbjuds evidensbaserad sjukvård (SFS 2010:659). Vid konstaterande av bröstabscess påbörjades antibiotikabehandling i 100% av fallen och gavs enligt riktlinje för behandling av bröstabscess vid Kvinnokliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset. I de fall bakterieodling togs visade majoriteten växt av *Staphylococcus aureus*. I en studie av Singla, Bishonoi, Kadian, Pawanjit & Jindal (2002) studerades antibiotikabehandling vid diagnosen bröstabscess hos 150 kvinnor, fördelat på tre grupper. Grupp ett fick behandling under sju dagar och hade en utläkningstid på 7,3 dagar. Grupp två fick en dos antibiotika och hade en utläkningstid på 6,9 dagar medan den tredje gruppen inte fick antibiotika och deras bröstabscess var utläkt efter 7,4 dagar. Då MRSA (Meticillin- resistent *Staphylococcus aureus*) ökar i vårt samhälle och att redovisad forskning visar tveksam effekt av antibiotikaanvändning är detta ett område som behöver ses över då antibiotikaanvändning idag är rutinmässig. Användning av antibiotika, många läkarbesök och behandlingar samt ett otillräckligt samarbete mellan läkare och barnmorska leder till onödigt lidande för kvinnan och till ökade vårdkostnader för samhället.

Amningsförekomst under och efter behandling av bröstabscess är ett område som det saknas forskning om sedan tidigare. Ingen av de granskade studierna i Cochrane- översikten av Iruken et al. (2015) innehåller data om detta. I denna studie ammade 92,5% av kvinnorna vid fastställande av diagnos och under behandlingen minskade antal kvinnor som ammade till 81%. Amningsrådgivning och amningsobservationer utförda av barnmorska förekom i högre utsträckning innan diagnos och minskade sedan under vårdförloppet. Efter avslutad behandling hade andelen ammande kvinnor minskat till 65,1%. De kvinnor som inte kunde fortsätta amma hade troligtvis ett större behov av amningsstöd under pågående behandling än det som erhöles. De kvinnor som ammade vid avslutande behandling kan anses vara många trots den omfattande bröstkomplikation. Det är dock viktigt att synliggöra att detta resultat kan påverkas av det faktum att i 20,6% av journalerna framgår det inte om kvinnan ammar efter avslutad behandling. Vilket leder till att kliniken bör förbättra sina

dokumentationsrutiner för att säkerhetsställa att alla kvinnor får bästa möjliga vård. I en studie gjord av Shakya et al. (2017) framkommer det tydligt att amningsstöd i olika former som exempelvis telefonrådgivning, hembesök, sjukhusbesök samt gruppinformation påverkar amningsdurationen positivt. Kvinnorna som erhöll amningsstöd ammade längre jämfört med de kvinnor som ej fått stöd.

Bröstabscess är en omfattande bröstkomplikation som innebär många sjukvårdskontakter och smärtsamma behandlingar. Det bör vara en självklarhet att erbjuda alla drabbade kvinnor ett professionellt omhändertagande där amningsrådgivning och anpassat stöd är en del av behandlingen. På Kvinnokliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset arbetar idag personalen utifrån riktlinjen *Vårdrutin bröstabscess*. I dessa riktlinjer står det angivet att kvinnan ska uppmuntras att amma under behandling och att hon kan få stöd och rådgivning från amningsmottagningen (bilaga 4). Om det tydligt framgått i *Vårdrutinen bröstabscess* att kvinnan ska istället för kan få amningsstöd skulle det troligtvis ha betydelse för vårdens utformning. Om denna rutin skulle omarbetas till att alla kvinnor ska erbjudas amningsstöd så innebär det i nuläget att nästan ingen av kvinnorna får amningsstöd under pågående behandling. Enligt WHO (2000) visar studier på att kvinnor som fått adekvat medicinsk behandling för bröstabscess i kombination med individuellt anpassat amningsstöd återhämtar sig väl efter avslutad behandling och har inte haft några problem med amning vid barnafödande senare i livet. Uteblir amningsstöd finns en stor risk att kvinnorna avbryter sin amning, det är ett gemensamt ansvar hos läkare och barnmorskor att främja amning då det har en stor inverkan på kvinnans psykiska och fysiska hälsa. I denna studie slutade sju kvinnor att amma under pågående behandling och ingen av dessa erhöll amningsrådgivning eller amningsobservation, vilket inte är i enlighet med riktlinjerna. Under journalgranskningen framkom det endast vid ett tillfälle där det fanns ett välfungerande samarbete mellan läkare och barnmorska. Denna kvinna träffade barnmorska efter varje läkarbesök och fick anpassat amningsstöd, vilket bör vara en stor bidragande faktor till fungerande amning under hela vårdförloppet. Swerts, Westhof, Bogaerts & Lemiengre (2015) beskriver barnmorskans amningsstöd i två perspektiv, barnmorskan som teknisk expert samt som skicklig följeslagare. Det ställer krav på verksamheten om barnmorskan ska ha möjlighet att arbeta på ett optimalt sätt, där varje kvinna får tid och utrymme och att allt fokus inte läggs på enbart amningsteknik. Genom att se kvinnans behov vid varje amningssituation skapas förtroende mellan henne och barnmorska samt ges förutsättningar till en lyckad amning.

Det var dock oklart i journalgranskningen om alla kvinnor gavs samma förutsättningar till en lyckad amning under vårdförloppet. Under granskningen framgick det inte i alla journaler om kvinnan ammade och om de erhölet amningsrådgivning samt amningsobservation från barnmorska. Antalet journaler med avsaknad dokumentation om amningsförekomst ökade under studiens gång från 3% till 20,6%. Hur detta eventuellt påverkat resultatet är svårt att förutsäga men enligt patientdatalagen (SFS 2008:355) ska all vård dokumenteras i kvinnans journal även om hon valt att avstå vården som erbjudits.

## Konklusion

Bröstabscess debuterade cirka sex veckor postpartum och 92,5 % av kvinnorna ammade vid denna tidpunkt. Majoriteten av kvinnorna var förstföderskor. Behandlingen bestod av nålpunktion och eller dränage. Antalet läkarbesök varierade utifrån vald behandlingsmetod och läkningsprocess. Samtliga kvinnor ammade vid hemgång från BB-avdelningen medan det var drygt hälften (65,1%) av kvinnorna som ammade efter avslutad behandling. Antalet amningsrådgivningar och amningsobservationer utförda av barnmorska varierade under vårdförloppet. Kartläggningen kring kvinnornas vårdförlopp visade att det fanns bristfällig och ibland ej befintlig dokumentation gällande amningsförekomst och amningsstöd från barnmorska. Kvinnorna ska erbjudas amningsstöd vid varje läkarbesök för att bibehålla amning under och efter behandling av bröstabscess.

## Klinisk implikation

- Utveckla patientinformation kring bröstkomplikationer postpartum så att kvinnan vet när och vart hon skall söka vård.
- Utveckla samarbetet mellan läkare och barnmorska i amningsfrämjande syfte, t.ex. att kvinnan ska erbjudas amningsstöd efter varje läkarbesök.
- Förbättra dokumentationsrutiner genom hela vårdförloppet för att säkerhetsställa att kvinnan erbjuds bästa möjliga vård.

## Förslag till vidare forskning

- En jämförande, kontrollerande studie mellan kvinnor med bröstabscess postpartum där den ena gruppen får ett särskilt anpassat amningsstöd jämfört med traditionellt amningsstöd.
- Jämförande studie med kvinnor som drabbats av bröstabscess postpartum vid andra Kvinnokliniker i Sverige.
- En kvalitativ intervjustudie om kvinnors upplevelse av behandling och amning i samband med bröstabscess postpartum.

## Referenslista

- Amir, L., Forster, D., McLachlan, H., & Lumley, J. (2004). Incidence of breast abscess in lactating women: report from an Australian cohort. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111, 1378-81. doi: 10.1111/j.1471-0528.2004.00272.x
- Bharat, A., Gao, F., Aft, R.L., Gillanders, W.E., Eberlein, T.J., Magenhaler, J.A. (2009). Predictors of Primary Breast Abscesses and Recurrence. *World Journal of Surgery*, 33, 2582-2586. doi: 10.1007/s00268-009-0170-8
- Billhult, A., & Gunnarsson, G. (2014). Bortfallsanalys och beskrivande statistik. i M. Henriksson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 305–314). Lund: Studentlitteratur AB.
- Barnmorskeförbundet. (2018). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Hämtad 2018-11-28 från <https://www.barnmorskeforbundet.se/aktuellt/forbundet/ny-kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska-2/>
- Chandika, A.B., Gakwaya, A.M., Kiguli-Malwadde, E., & Chalya, F.L. (2012). Ultrasound Guided Needle Aspiration versus Surgical Drainage in the management of breast abscesses: a Ugandan Experience. *BMC Research Notes*, 5 (12), 1-7.
- Chowdhury, R., Sinal, B., Sankar Jeeva. M., Taneja1, S., Bhandari, N., Rollins, N., Bahl, R., & Martines, J. (2015). Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Foundation Acta Pædiatrica, Nursing the child*, 104, 96-113. doi:10.1111/apa.13102
- Colin, B., Lee, M., & Low, Y.W. (2016). The Long-Term Public Health Benefits of Breastfeeding. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 28(1), 7–14. doi: 10.1177/1010539515624964
- Eliasson, A. (2013). *Kvantitativ metod från början*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Erylimaz, R., Sahin, M., Tekelioglu, H.M., & Daldal, E. (2004). Management of lactational breast abscesses. *The Breast*, 14(5), 375-379.
- Geddes, D.T., Sakalidis, V.S., Hepworth, A.R., McClellan, H.L., Kent, J.C., Lai, C.T., & Hartman, P.E. (2011). Tongue movement and intra-oral vacuum of term infants during breastfeeding and feeding from an experimental teat that released milk under vacuum only. *Early human development*, 88 (2012), 443-449. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2011.10.012
- Irusen, H., Rohwer, A.C., Steyn, D.W., & Young, T. (2015). Treatments for breastabscesses in breastfeeding women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8). doi: 10.1002/14651858.CD010490.pub2.

Khan, J., Vesel, L., Bahl, R., & Martines, J. A. (2014). Timing of Breastfeeding Initiation and Exclusivity of Breastfeeding During the First Month of Life: Effects on Neonatal Mortality and Morbidity—A Systematic Review and Meta-analysis. *Matern Child Health J*, 19, 468–479. doi: 10.1007/s10995-014-1526-8

Kirca, N., & Ozcan, M. (2018). Problems Experienced by Puerperants in the Postpartum Period and Views of the Puerperants about Solution Recommendations for these Problems: A Qualitative Research. *International Journal of Caring Sciences*, 11(1), 360–370.

Kvist, L., & Rydhstroem, H. (2005). Factors related to breast abscess after delivery: a population-based study. *BJOG-An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 112(8), 1070-4. doi: 10.1111/j.1471-0528.2005.0069.x

Kjellström, S. (2017) Kapitel 3: Forskningsetik. I M. Henricsson (Red), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.59 - 62). Lund: Studentlitteratur AB.

Kylberg, E., Westlund, A.M., & Zwedberg, S. (2009). *Amning i dag*. (1. uppl.) Stockholm: Gothia.

Nationalencyklopedin [NE]. (2018a). *Partus*. Hämtad 2018-11-13 från <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/partus>

Nationalencyklopedin [NE]. (2018b) *Post*. Hämtad 2018-11-13 från <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/post->

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer.

Rikshandbok. (2015a). *Barnets tag och position vid bröstet*. Hämtad 2018-11-28 från <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Tag-och-position/Barnets-tag-och-position-vid-broestet/>

Rikshandbok. (2015b). *Bröstböld-abscess*. Hämtad 2018-11-28 från <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Komplikationer-i-broestet-vid-amning/Brostbold/>

Rikshandbok. (2015c). *Observation*. Hämtad 2018-11-28 från <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Amningsguide/Observation/>

Romano, M., Cacciatore, A., Giordano, R., & La Rosa, B. (2010). Postpartum period: three distinct but continuous phases. *Journal Of Prenatal Medicince*. 4(2), 22–25.

SFS 2018:218. *Lag med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning*. Stockholm: Justitiedepartementet L6.

SFS 2008:355. *Patientdatalagen*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

Shakya, P., Kunieda, M., Koyama, K. M., Rai, S. S., Miyaguchi, M., Dhakal, S., Sandy, S., Sunguya, F. B., & Jimba, M. (2017). Effectiveness of community-based peer support for mothers to improve their breastfeeding practices: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*. 12 (5), 1–24. doi: 10.1371

Singla, S.L., Bishnoi, P.K., Kadian, Y.S., Pawanjit., & Jindal, O. (2002). Evaluation of the role of antibiotics in surgical management of breast abscess. *Tropical Doctor*, 32(3), 165–6.

Socialstyrelsen. (2018). *Statistik om amning 2016*. Hämtad 2018-11-13 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/21056/2018-9-2.pdf>

Socialstyrelsen. (2014). *Tio steg som främjar amning baserat på WHO:s Ten steps to successful breastfeeding*. Hämtad 2018-11-18 från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19565/2014-10-27.pdf>

Stockholms läns landsting. (2016). *Bröstkomplikationer i samband med amning*. Hämtad 2019-01-14 från <https://www.vardgivarguiden.se/globalassets/behandlingsstod/vardprogram/brostkomplikationer/brostkomplikationer-amning?IsPdf=true>

Sunanda, B., & Sabitha, N. (2017). A descriptive study to identify the breastfeeding problems among postnatal mothers in justice K.S. Hegde Hospital, Mangalore. *International Journal of Nursing Education*. 9 (3), 50-54. doi: 10.5958/0974-9357.2017.00070.8

Svensson, K., & Zwedberg, S. (2017). Kapitel 26.2: Amning i praktiken. I H. Lindgren, K. Christensson, A-K. Dykes. *Reproduktiv hälsa- barnmorskans kompetensområde* (s.656–667). Lund: Studentlitteratur AB.

Swerts, M., Westhof, E., Bogaerts, A., & Lemiengre, J. (2015). Supporting breast-feeding women from the perspective of the midwife: A systematic review of the literature. *Midwifery*, 37 (2016), 34-40.

World Health Organization [WHO]. (2017). *10 facts on breastfeeding*. Hämtad 2018-11-13 från <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en/>

World Health Organization [WHO]. (2000). *Mastitis: Causes and Management*. Publication Number WHO/FCH/ CAH/00.13, World Health Organization, Geneva, 2000.



Zwedberg, S. (2010). *Ville Amma! En hermeneutisk studie av mödrar med amningsbesvär; deras upplevelser, problemlösning samt amningskonsultativa möten* (Doktorsavhandling från pedagogiska institutionen, 165). Stockholm: Stockholms universitet. Tillgänglig: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:306089/FULLTEXT01.pdf>

# Bilagor

## Bilaga 1

Sahlgrenska Universitetssjukhuset OBSTETRIK

2018-11-09

### Skriftlig överenskommelse

Maria Modig och Amanda Mörth genomför en magisteruppsats i reproduktiv och perinatal hälsa på barnmorskeprogrammet vid Göteborgs Universitet.

Detta tillstånd ger ovannämnda personer rätt att ta del av journalhandlingar och förbinder sig att tillämpa bestämmelser i sekretesslagen. Verksamhetschef ansvarar för logggranskning.

Verksamhetschefen är informerad och ger sitt samtycke.



Nils Crona  
Verksamhetschef  
VO Obstetrik, Kvinnosjukvården  
Område 1  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset

## Bilaga 2

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Informationssäkerhetsavdelningen

Ändrad senast: 2016-11-28

### SEKRETESSFÖRBINDELSE

#### Tystnadsplikt

Härmed förklarar jag att jag personligen är medveten om och accepterar att i mitt uppdrag för Västra Götalandsregionen följa samma sekretessregler och tystnadsplikt som enligt lag gäller för personal verksam inom hälso- och sjukvården.

Speciellt gäller att inga uppgifter om enskilda patienter på något sätt får vidarebefordras till någon annan person, företag eller myndighet eller på något sätt kopieras, förändras eller flyttas. Det är heller inte tillåtet att överhuvud taget röja att en patient erhållit vård eller på annat sätt varit i kontakt med Västra Götalandsregionen.

Tystnadsplikten gäller även efter det att uppdraget upphört.

Jag är också medveten om att denna sekretessförklaring kan leda till rättslig process med krav på skadestånd mot mig personligen samt mot mitt företag.

#### Skydd för företagshemligheter

Såväl under uppdragstiden som efter det att uppdraget upphört får undertecknad inte röja någon information om verksamhets- eller driftförhållanden inom Västra Götalandsregionen som kan medföra skada för regionen.

Med information avses både uppgifter som dokumenterats i någon form (beskrivningar, program, databaser, handböcker, ritningar, modeller eller andra liknade förebilder) och förhållande som normalt inte dokumenteras.

#### Äganderätt

Program, programkopior, kravspecifikationer, instruktioner mm som överlämnats eller utvecklats inom uppdraget är Västra Götalandsregionens egendom och får inte utnyttjas utan uppdragsgivarens medgivande.

Jag är införstådd med betydelsen av ovanstående bestämmelser och förbinder mig att följa densamma.

Ort och datum Göteborg 2018-11-09

*Amalia Mörth Maria Modig*  
Namnteckning Namnförtydligande

Personnummer

Företag, Adress och telefonnr

Organisationsnummer

### Bilaga 3

<b><u>DEMOGRAFISK DATA</u></b>	Innehåll				
Kodnummer	Kvinna 1–70				
Ålder	Kvinnans ålder vid inskrivning på MVC.				
Paritet	Antal tidigare barn				
Graviditetslängd	Antal fulla veckor				
BMI	Body Mass Index vid inskrivning på mödravården				
Bröstkomplikation	I samband med tidigare barnafödande	JA	NEJ		
<b><u>MEDICINSK DATA</u></b>					
Förlossningsstart	1: Spontan 2: Induktion 3: Elektivt sectio	1	2	3	
Förlossningssätt	1: Vaginal 2: Instrumentell 3: Elektivt sectio 4: Akut sectio	1	2	3	4
EDA		JA	NEJ		
Infusion Oxytocin	Värksvaghet	JA	NEJ		
Postpartumblödning	Över 1000ml	JA	NEJ		
Amning förlossning	Om barnet har sugit inom två timmar	JA	NEJ		
Amningsobservation	Utförts BB	JA	NEJ		
Amning hemgång	Ammar vid hemgång från BB	JA	NEJ		
Amningshjälpmedel	Bröstpump, a-napp osv	JA	NEJ		
Uppföljning BB-mott	Planerad amningsuppföljning från BB	JA	NEJ		
<b><u>VÅRDKONTAKTER</u></b>					
<b><u>POSTPARTUM</u></b>					
Första vårdkontakten	När postpartum (vecka) söktes vård	?			
Första vårdkontakten	Vem kontaktar kvinnan Barnmorska =1 (BM) eller 2= läkare (Läk)	1	2		
Amning första vårdkontakt	Ammar vid första kontakten	JA	NEJ		



Amningsrådgivning BM	Antal amningsrådgivningar av barnmorska (slutenvård)	?			
Amningsobservation BM	Antal amningsobservationer (slutenvård)	?			
<b><u>UPPFÖLJNING</u></b>					
Uppföljning hos Läk	Läkarbesök efter avslutad behandling	JA	NEJ		
Amning	Ammar efter avslutad behandling	JA	NEJ		
Amningsrådgivning BM	Amningsrådgivning efter avslutad behandling	JA	NEJ		
Amningsobservation BM	Amningsobservation efter avslutad behandling	JA	NEJ		
Utläkt bröstabscess		JA	NEJ		
Bröstmottagning	Skickas remiss för fortsatt uppföljning	JA	NEJ		

Doknr. i Barium 17318	Dokumentserie su/med	Giltigt fr o m 2018-05-08	Version 5
<b>RUTIN</b> Bröstabscess, Amning			
Innehållsansvarig: Tomas Fritz, Överläkare, Läkare obstetrik (tomfr)			
Godkänd av: Lena Otterlind, Sektionschef, Obstetrik gemensamt (lenot)			
Denna rutin gäller för: Obstetrik gemensamt			

### Ansvar

Gäller för personal inom de enheter/verksamheter som berörs av rutinen. Ansvar för spridning och implementering har VEC/EC. Verksamhetschefen ansvarar för att rutinen finns och följer gällande författningar/lagar.

### Revideringar i denna version

Ersätter version ifrån 2016-09-27. Revideringen är gjord i stycket Behandling. Tillägg av behandling med Suprasorb vid misslyckande av Pigtail kad.

### Diagnos

Diagnostik bygger på palpation och ultraljudundersökning som utförs av gynekolog/obstetriker. (För att göra en ultraljudundersökning av bästa kvalitet kan GE Voluson användas).

- Om **storlek < 3 cm** med stark misstanke om abscess punktera med rosa kanyl eller venflon och töm abscessen. En mindre abscess kan behöva tömmas vid fler tillfällen. Följ upp efter några dagar.
- Om abscessen har en **diameter > 3 cm** rekommenderas incision och dränage av abscessen enligt nedan.

### Behandling

Abscess > 3 cm i diameter behandlas på dagsjukvården med inläggning av pigtailkateter, töms och spolas med steril NaCl-lösning. Gör en liten incision med skalpell innan pigtailkatetern förs in. Ingreppet utförs av läkare på dagsjukvården. Använd plastförkläde. Bakteriedodning, allmän odling och MRSA skickas. Töm kaviteten på pus och uppskatta mängden. Spola sedan med motsvarande mängd NaCl 2-3 ggr. Proppa katetern. **Bedövning:** Lägg EMLA senast 30 min före punktion, premedicinera med tablett Diklofenac® 50 mg, tablett Panodil® 1g p.o. Lägg lokalbedövning före incisionen.

Vid misstanke om septum/septa i abscessen, vid misstanke om mer trögflytande innehåll (mer ekogen bild på ultraljud) eller om behandling med pigtailkateter misslyckats görs incision på operation. Odlar från sårhålan (allmän odling + MRSA). Spola med NaCl och fyll sedan sårhålan med Suprasorb® G. Fyll så mycket att det tränger upp ur incisionen så att denna hålls öppen.

Inom 8 veckor postpartum ges flukloxacillin (T.Heracillin®) per os 1 g x 3 i 10 dagar. Efter 8 veckor postpartum ges flukloxacillin (T.Heracillin®) per os 750 mg x 3 i 10 dagar. Vid överkänslighet mot penicillin ges klindamycin (Dalacin®) per os 150 mg x 3 i 10 dagar.

Tänk på att vid val av punktionslokalisering ta hänsyn till amningen. Pat skall uppmuntras fortsätta att amma även på den icke-berörda sidan.

### Amning

Barnet kan fortsätta att ammas på båda brösten och mamman uppmuntras att fortsätta amma även på den infekterade sidan. Vid de tillfällen det är för smärtsamt eller svårt för mamman att amma på den infekterade bröstet kan hon avvakta med amningen på den sidan någon eller några dagar och fortsätta amma på det friska bröstet. Om hon avvaktar att amma det infekterade bröstet och det spänner kan hon försiktigt handmjölka ur bröstet. Så fort det är möjligt kan hon återuppta amningen på den sidan. Det går också bra att fortsätta amma på enbart ett bröst. Hon kan få råd och stöd i amningen på Amningsmottagningen.

- Det är inte lämpligt att lägga ner amningen i samband med en infektion i bröstet.

Doknr. i Barium 17318	Giltigt fr.o.m 2018-05-08	Version 5
--------------------------	------------------------------	--------------

## RUTIN Bröstabscess, Amning

- Ställningstagande till fortsatt amning rekommenderas efter att behandlingen är klar.

### Smärtlindring

I första hand rekommenderas ibuprofen (T Iprén®) 400 mg x 3 och det kan med fördel kombineras med paracetamol (T. Panodil®) 1 g x 4.

### Uppföljning pigtailkateter

Behandling och uppföljning sker polikliniskt. Abscesskaviteten spolas ren 4 gånger dagligen med NaCl (utförs av patienten själv eller av anhörig). Vid varje tillfälle spolas kaviteten 3 gånger. Patienten instrueras på dagsjukvården (på operationsdagen) i hur spolning av abscessen går till. De kommer åter för klinisk undersökning och ev ultraljud till dagsjukvården efter 3-5 dagar (tid bokas av personal på operationsdagen).

- De första gångerna spolas abscessen med samma mängd NaCl som vid punktionen. Successivt kommer kaviteten att minska i storlek varför patienten uppmanas att reducera inspolningsmängden vid ömhet och obehag.
- Vid varje spolningstillfälle skall hålan tömmas och fyllas 3-4 ggr. Då mängden NaCl som ryms i kaviteten understiger 10 ml kan katetern tas bort.
- Utrustning för spolning erhålls från dagsjukvården.
- Patientinformation lämnas till patienten.
- Katetern dras när kaviteten försvunnit eller inget ytterligare utbyte vid spolning erhålls (i genomsnitt efter 3-5 dagar).

### Uppföljning Suprasorb® G

Daglig spolning och påfyllning med Suprasorb® G. Kontroll av abscesskavitets storlek med ultraljud efter 5 dagar eller tidigare om man får in påtagligt mindre mängd Suprasorb® G.

### Differentialdiagnostik

Det finns inflammatoriska bröstcancertyper som makroskopiskt kan se ut som en bröstböld. Vid utebliven klar förbättring efter fyra veckors behandling remitteras patienten till bröstmottagningen, SU.

### Uppföljning, utvärdering och revision

Ansvarig för revision: Tomas Fritz, Överläkare

Verksamhetschef ansvarar för uppföljning av innehållet i rutinen. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Obstetrix/Melior, om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControl PRO.