



MEDICINSKA FAKULTETEN

Lunds universitet

Avdelningen för logopedi, foniatri och audiologi

Institutionen för kliniska vetenskaper, Lund

Amningssvårigheter vid kort tungband - en retrospektiv enkät- och journalstudie

Ellen Alwall & Ingrid Bjerner

Logopedutbildningen, 2021

Vetenskapligt arbete, 30 högskolepoäng

Handledare: Roland Rydell

Abstract

Purpose

This essay was intended to examine outcomes after contact with healthcare for breastfeeding problems and suspected ankyloglossia, and what factors could affect outcome.

Methods

A parent survey was developed regarding breastfeeding function before and after contact with Skåne University Hospital (SUS), and other potential healthcare contact regarding breastfeeding. Parents, whose children had been in contact with the Ear-Nose-Throat (ENT) clinic at SUS for breastfeeding difficulties and suspected ankyloglossia, participated (N = 110). Additional information was retrieved from participants' medical records.

Results

Rate of experienced breastfeeding improvement among parents after frenotomy was 81%. Among participants, a significantly greater proportion was breastfeeding when the child was four months old, compared to regional population. Participants who hadn't received professional breastfeeding help had better outcomes than those who had. However, this difference could be confounded by many factors, and couldn't be determined as statistically significant. No difference based on where frenotomy was performed or frenotomy depth could be determined.

Conclusions

Frenotomy seems to improve parents' experienced breastfeeding functionality in many cases of ankyloglossia and breastfeeding difficulties. However, it doesn't help everyone. Other possible causes for breastfeeding difficulties must be considered. In many cases, to receive a referral for frenotomy at SUS, highly motivated parents are seemingly required.

Keywords

ankyloglossia, breastfeeding, tongue-tie, frenotomy, parent survey

Sammanfattning

Syfte

Uppsatsen ämnade undersöka utfallen efter vårdkontakt vid amningssvårigheter och misstänkt ankyloglossi, samt vilka faktorer som kunde påverka utfallet.

Metod

En föräldraenkät utformades med frågor om amningsfunktionen före och efter kontakten med Skånes Universitetssjukhus (SUS), samt om eventuella vårdkontakter rörande amningen utöver Öron-näsa-halskliniken (ÖNH) vid SUS. Föräldrar till barn som varit i kontakt med ÖNH på SUS för amningssvårigheter och misstänkt ankyloglossi deltog (N = 110). Ytterligare uppgifter hämtades från deltagarnas journaler.

Resultat

Av föräldrarna upplevde 81% att tungbandsklippet gjorde nytta för amningen. Bland studiedeltagarna ammade en statistiskt signifikant större andel då barnet var fyra månader jämfört med den regionala befolkningen. De deltagare som inte fått professionell amningshjälp hade bättre utfall än de som fått det, men resultatet kan ha sin grund i många olika faktorer och skillnaden kunde inte heller beräknas statistiskt. Någon påfallande skillnad i utfall kunde inte ses, baserat på var tungbandsklippet utförts eller hur djupt tungbandsklippet var.

Slutsatser

Tungbandsklipp tycks kunna förbättra föräldrars upplevelse av amningsfunktionen vid ankyloglossi och amningsbesvär. Det hjälper dock inte alla. Andra möjliga orsaker till amningsbesvär bör därmed beaktas. I många fall tycks det krävas hög motivation från föräldrarna för att barnet ska få remiss för tungbandsklippning på SUS.

Sökord

ankyloglossi, amning, kort tungband, tungbandsklippning, föräldraenkät

Innehållsförteckning

Bakgrund	1
Inledning	1
Bedömningsmetoder	1
Prevalens	2
Åsikter om korrelation mellan ankyloglossi och amning	3
Anatomi	3
Bakre och främre tungband?	3
Tungbandsklippning	4
När bör ingrepp göras?	5
Komplikationer till följd av ingrepp	7
Bevisläget för tungbandsklippning mot amningsbesvär	8
Följder av amningsvårigheter	9
Fördelar med amning	9
Amningsstatistik i Sverige	10
Behandling av ankyloglossi på Skånes Universitetssjukhus	10
Syfte	10
Hypoteser	10
Frågeställningar	11
Metod	11
Procedur/Datainsamling	11
Utformning av enkät	11
Utskick	12
Journal	12
Deltagare och rekrytering	12
Databearbetning	14
Dataanalys	15
Forskningsetiska överväganden	16
Resultat	16
Svarsfrekvens	16
Resultat av enkät- och journalstudie	16
Deltagare som inte fått tungbandsklipp på SUS	17
Deltagare som fått tungbandsklipp på SUS	17
Resultatsammanfattning	23

Diskussion	24
Metoddiskussion	24
Diskussion kring svarsfrekvens	24
Resultatdiskussion	25
Påverkades föräldrarnas uppfattning av amningsfunktionen av SUS val att klippa respektive inte klippa barnets tungband?	25
Hur många barn bedömdes och fick tungbandsklippning av annan vårdgivare efter kontakten med SUS enligt enkätsvar?	25
Hur många av barnen hel- och delammades fortfarande vid fyra månaders ålder jämfört med normalpopulationen?	26
Påverkas dessa utfall av vilken behandlande läkare på SUS familjen hade, vilket klippdjup ingreppet hade, samt huruvida familjen fick annan professionell amningshjälp?	28
Svar på studiens hypoteser	30
Hypotes 1: Att tungbandsklipp vid ankyloglossi och amningssvårigheter är kopplat till förbättrad amningsförmåga.	30
Hypotes 2: Att eventuell förbättring av amningsförmåga påverkas av huruvida patienten också fått amningshjälp, vilken läkare patienten träffat och hur denna utfört ingreppet.	30
Vidare forskning	30
Ämnen för kvalitativa studier	31
Vad har denna studie bidragit med?	32
Slutsats	33
Tack	34
Referenser	35
Bilagor	40
Bilaga 1. Informationsbrev och medgivandeblankett	40
Bilaga 2. Enkät	44
Bilaga 3. Gunnarsdottir, A. & Josefsson, M. (2019). Kort tungband; information till BVC och distriktssjuksköterskor.	47

Bakgrund

Inledning

Ankyloglossi (kort tungband) är ett tillstånd som karaktäriseras av kort eller stramt tungband (frenulum linguae), eller tillstånd där tunga och munbotten sitter ihop (fusion) och som påverkar tungans mobilitet (Suter & Bornstein, 2009; World Health Organization, 2020). Precisa, standardiserade kriterier för diagnosen ankyloglossi saknas dock (Segal et al., 2007; Suter & Bornstein, 2009). Kriterier för ankyloglossi skiljer sig åt mellan olika studier. Vanligt är att man beskriver tungbandet som onormalt kort och tjock, vilket i sin tur gör att tungan får en hjärtformad topp (Segal et al., 2007). Andra kriterier som används är begränsad rörlighet i tungan, som oförmåga att föra tunga efter tandvallen. Vissa studier tar upp ankyloglossins effekter på amning, som smärta i mammans bröstvårtor och bröstvårtstrauma (Segal et al., 2007). Avvikande struktur innebär dock inte nödvändigtvis nedsatt funktion (Dodds & Neiger, 2014, refererad i Emmerson, 2018). Messner et al. (2000) visade i en prospektiv kontrollstudie att 25% av mammor till barn med ankyloglossi upplevde amningssvårigheter, detta jämfört med kontrollgruppen i studien där 3% hade amningssvårigheter. I en studie från Geddes et al (2009) föreslås att vissa mödrar kan ha bröst/bröstvårtor eller mjölkutsöndring som passar spädbarn med ankyloglossi bättre. Eftersom logopedier möter och bedömer barn som har ätsvårigheter kan tungbandets potentiella inverkan på amningsförmågan vara viktig att känna till (Mahurin-Smith & Genna, 2019).

Bedömningsmetoder

Flera olika metoder för bedömning av tungband har använts, och länge saknades metoder som var validerade och användbara i klinik (Segal et al., 2007). Den tidigast utvecklade validerade metoden, The Hazelbaker Assessment Tool for Lingual Frenulum Function (HATLFF), saknar vidsträckt användning och kan anses vara för omfattande och komplex för att användas kliniskt (Segal et al., 2007). I ett projekt som syftade till att bedöma HATLFF:s reliabilitet rekommenderades dock att endast följande punkter ur HATLFF skulle utgöra bedömningsunderlag:

- Tungans och tungbandets utseende (tungans form när tungan lyfts samt tungbandets elasticitet, längd när tungan lyfts och fästpunkter i tunga och munbotten)
- Tungans rörlighet i sidled, lyftning och förlängning utanför läpparna (Amir et al., 2006).

Fyra ytterligare bedömningsfaktorer från den ursprungliga HATLFF, rörande barnets tungrörelser under sugning, bör enligt Amir et al. (2006) inte räknas med i bedömning, eftersom de visade sig ha låg reliabilitet och korrelation med övriga bedömningspunkter. Att utelämna dessa punkter från bedömningen skulle kunna göra metoden lättare att använda (Amir et al., 2006).

Det finns också ytterligare en validerad bedömningsmetod som skapats utifrån HATLFF samt klinisk erfarenhet, nämligen The Bristol Tongue Assessment Tool (BTAT). Bedömningsmetoden visade god reliabilitet och korrelerade även med Amir et al.:s (2006) förkortade version av HATLFF (Ingram et al., 2015). Testet bedömer 4 olika delar: tungspetsens utseende, fäste i den nedre tandvallen, tungans lyft och tungans förlängning. Studieförfattarna själva presenterar testet som en enkel och tydlig bedömningsmetod för att mäta graden av kort tungband. De påpekar dock också att ytterligare forskning behövs för att se vilken grad av kort tungband som skulle gynnas mest av tungbandsklipp.

Som ett tillägg till BTAT utvecklade Ingram et al. (2019) senare The Tongue-tie and Breastfed Babies assessment tool (TABBY). TABBY innefattar bilder som visualiserar tungans utseende, för att stötta konsekvent bedömning. Småskalig utvärdering har utförts och indikerar att TABBY fungerar väl som ett komplement till BTAT (Ingram et al., 2019).

Prevalens

På grund av avsaknad av standardiserade diagnoskriterier skiljer sig prevalensen av ankyloglossi beroende på vilken studie man läser. Resultat som finns varierar mellan 1,72% - 10,7% prevalens hos nyfödda (Suter & Bornstein, 2009). Hos äldre barn och vuxna varierar dessa siffror mellan 0,1% - 2,08%. Suter och Bornstein (2009) föreslår att detta skulle kunna förklaras av att vissa mildare former av ankyloglossi möjligtvis kan få mildare symptom och minska genom barnets tillväxt. Att ankyloglossi kan minska av sig själv är dock ett kontroversiellt påstående bland kliniker och forskare inom detta ämne (Levkovich et al., 2017).

Åsikter om korrelation mellan ankyloglossi och amning

Messner och Lalakea (2000) visade genom en enkätstudie att olika vårdyrken hade olika åsikter angående hur ankyloglossi och amning korrelerar. Studien visade att 90% av de tillfrågade barnläkarna, och 70% av öron-näsa-halsspecialister ansåg att ankyloglossi sällan eller aldrig påverkar amningssituationen. Detta skiljde sig från de tillfrågade amningsspecialisterna där 69% ansåg att ankyloglossi ofta eller alltid påverkar amningssituationen, och 30% ansåg att amningssituationen ibland påverkas (Messner & Lalakea, 2000).

Anatomi

Tungband består av fibrös bindvävshinna, vars uppgift är att hålla tunga på plats och underlätta mobilitet och stabilitet (Mills et al., 2019). Enligt Roland Rydell, överläkare vid foniatrikmottagningen i Lund (personlig kommunikation, 14/4 2021), har olika personer olika typer av tungband. Man kan ha ett tunt tungband som bara består av slemhinna uppbyggt av skivepitel. Det finns också individer som har ett tjockare tungband av olika tjock bindväv. Bindväven kan vara elastisk eller kollagen. Ju mer kollagen bindväv, desto fastare är tungbandet (R. Rydell, personlig kommunikation, 14/4 2021).

Bakre och främre tungband?

En fråga som debatteras inom forskningen och bland kliniker är huruvida ankyloglossi kan delas upp i bakre och främre tungband. Med bakre tungband menas ett tungband som begränsar tungans rörlighet men fäster i mellersta eller bakre delen av tungan istället för framtill (Messner et al., 2020). Främre tungband innebär istället att tungbandet begränsar rörligheten och fäster på eller nära tungspetsen. I ett konsensusprojekt som genomfördes bland kliniker i USA bekräftades att många kliniker använder termerna främre och bakre tungband (Messner et al., 2020). Det rådde dock oenighet bland de tillfrågade klinikerna hur dessa termer skulle definieras. Det fanns också oenighet rörande huruvida så kallat bakre tungband kunde påverka amningsförmåga, samt om det över huvud taget existerade. Flera av deltagarna angav att de inte gjorde någon indelning i främre och bakre, utan endast använde termen ankyloglossi och då refererade till tungband som fäste i främre delen av tungan (Messner et al., 2020).

En studie av Ghaheri et al. (2017) identifierade hög förekomst av bakre tungband hos barn med amningsbesvär. De fann att klippning av dessa bakre tungband ledde till förbättringar i

amningsfunktionen. Denna studie, och andra som kommit fram till liknande resultat, har dock kritiserats av andra forskare för bristfällig metodologi. Douglas (2017) anger exempelvis att Ghaheri et al. (2017) inte beaktar placeboeffekten, som på neurobiologisk nivå kan påverka både mödrars och klinikers uppfattning om förbättrad funktion efter ingrepp. Douglas (2017) menar också att amningsbesvär i många fall minskar med tiden även utan intervention, och att Ghaheri et al. (2017) inte räknar med detta i sin studie. Även det faktum att mödrarna troligtvis har fått bekräftelse och stöd under sin kontakt med vården kan ha förbättrat deras bedömning av sin förmåga att amma (Douglas, 2017).

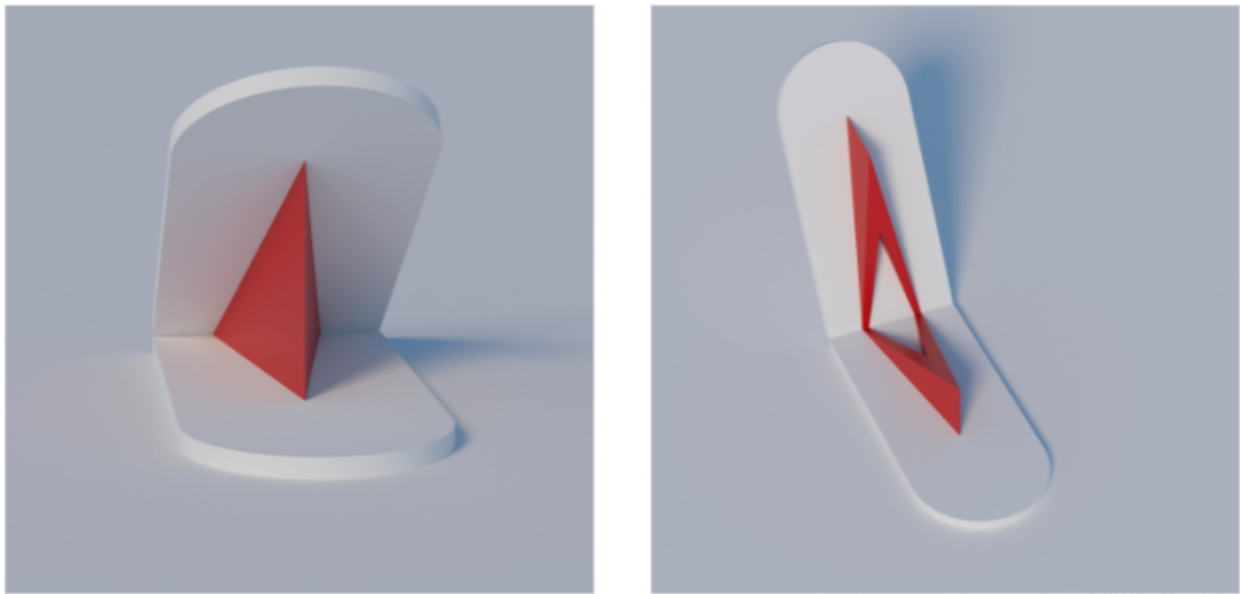
Enligt Region Skånes informationsdokument om tungband, som riktar sig till barnavårdscentraler och distriktssköterskor, finns det ingen indelning i främre och bakre tungband (Gunnarsdottir & Josefsson, 2019, se bilaga 3).

Tungbandsklippning

Den kirurgiska teknik som oftast används för spädbarn med kort tungband är tungbandsklippning, även kallat frenulotomi. Detta innebär att tungbandet delas med ett enkelt snitt, oftast genom användning av en sax (Oredsson & Törngren, 2010; Suter & Bornstein, 2009). Även laser- eller elektrokirurgi kan användas (Ghaheri et al., 2017; Slagter et al. 2020). I denna uppsats används begreppet tungbandsklippning oavsett vilket instrument ingreppet utförts med.

Oenighet råder kring hur djupt tungbandet bör klippas. I en tidigare svensk studie som gjorts av Oredsson och Törngren (2010) anges att 15 mm fri tungspets räcker för att få god rörlighet i tungan. Detta baserar de på observationer av Lalakea och Messner (2003), som anger att barn med ankyloglossi ofta har cirka 15 mm fri tungspets (det vill säga avståndet mellan tungspetsen och tungbandsfästet) eller mindre, medan barn utan ankyloglossi ofta har 20-25 mm eller mer. Lalakea och Messner (2003) poängterar dock också att de även har träffat barn som kan sträcka ut tungan mer än 15 mm över tandraden, och ändå har artikulationssvårigheter relaterade till ankyloglossi. Till följd av diskussionen kring bakre tungband rekommenderar Todd (2014) att alla tungbandsklipp bör göras hela vägen till tungbasen, för att frigöra även den bakre delen av tungan. I en studie av Slagter et al. (2020) ansågs en fullständig frigörning av tungan ha skett när "a diamond-shaped wound" (s. 2) uppträdde. Se figur 1 för illustration av sådant sår. På svenska kallas ett sådant klipp ibland för diamantklipp (Svenska tungbandsföreningen, u.å.).

Formens engelska namn hänvisar till spelkortsfärgen ruter, som på engelska heter *diamond*. En mer korrekt svensk term skulle vara rombklipp (R. Rydell, personlig kommunikation, 11/4 2021). Denna term kommer därför användas i denna uppsats. Vid tungbandsklipp kan tungband frigöras utan att ett rombformat sår uppstår. Detta beror på att tungband ser olika ut för olika individer. Rombform kan endast uppstå om tungbandet blir bredare baktill (R. Rydell, personlig kommunikation, 11/4 2021).



Figur 1. Modell av tungband som blir bredare baktill (röd del) innan klipp (vänster) och efter att det klippts till tungbasen (rombklipp, höger). (Bild: eget material)

I studier om ankyloglossi anges ofta inte hur djupa klipp som utförts, utan detta beslut tycks vara upp till varje enskild utövare (Francis et al., 2015).

När bör ingrepp göras?

Riktlinjer kring när och hur tungbandsklipp bör göras varierar. Canadian Paediatric Society (2015) rekommenderar att tungbandsklippning görs när det finns en tydlig koppling mellan ankyloglossi och stora amningssvårigheter och kirurgisk intervention bedöms vara nödvändig. I Region Skåne rekommenderas BVC och distriktssjuksköterskor remittera till öron-näsa-halsläkare (ÖNH-läkare) för bedömning om barnet har synlig ankyloglossi och mamman upplever amningsproblem såsom att barnet har svårt att få tag eller lätt släpper taget

om bröstet, eller att mamman upplever smärta vid amning. ÖNH-läkaren kan behöva utföra tungbandsklippning om tungbandet misstänks vara orsaken till amningsproblemen (Gunnarsdottir & Josefsson, 2019, se bilaga 3). Ett annat handlingsätt som beskrivs i litteraturen är att tungbandsklippning utförs om det föreligger signifikant ankyloglossi och amningssvårigheter (Amir et al., 2006). Suter och Bornstein (2009) rekommenderar att mödrar som ammar ett barn med ankyloglossi först bör få professionell amningshjälp för att se huruvida det hjälper. Först om den professionella amningshjälpen inte gett resultat kan man överväga huruvida barnet bör genomgå tungbandsklipp eller inte (Suter & Bornstein, 2009). Även i andra studier rekommenderas att amningsrådgivning ska ges som första insats vid amningssvårigheter och ankyloglossi, eftersom forskarna uppfattar att sådana insatser ofta leder till förbättringar som gör att tungbandsklippning inte behövs. Många fortsätter också uppleva amningssvårigheter trots att tungbandsklipp gjorts, vilket tyder på att tungbandet inte är enda orsaken till besvären. (Levkovich et al., 2017). I en studie av Kent et al. (2015) bedömdes exempelvis felaktig positionering och grepp till bröstet vara den vanligast förekommande orsaken till smärta vid amning. Hos personer där både ankyloglossi och felaktig positionering förekom kunde smärtan åtgärdas eller minskas med enbart rådgivning kring positionering i sex av 16 fall (Kent et al., 2015).

Studier har dock visat att för varje dag som mamman upplever smärta under de första tre veckorna av amning, föreligger det en 10-26% risk att amningen avbryts (Schwartz et al., 2002). Det har också framkommit att om tungbandsklipp utförs tidigt (inom ca 5-8 dagar efter födseln) är det mer sannolikt att mamman fortsätter amma efter ingreppet och att hon är nöjd med ingreppet än om det görs senare (Levkovich et al., 2017). De som vid amning upplever fysisk smärta har lägre self-efficacy (situationsbundet självförtroende) vid amning, än de som inte känner av smärta (Kingston et al., 2007). Det verkar alltså som att bedömning och eventuella insatser bör ske tidigt efter födseln för att ge en optimal möjlighet till förbättring av amningen. Smärta vid amning är dock ett vanligt symptom under den första tiden efter förlossning (Centers for Disease Control and Prevention, 2019). I en stor undersökning gjord av Centers for Disease Control and Prevention (2019) kom man fram till att 75% av de deltagande mödrarna upplevde smärta vid amning någon gång under de första två veckorna. De kunde också se en minskning av hur många som kände smärta andra veckan vid amning, jämfört med första veckan. Det framgår dock inte vad smärtan berodde på, hur den utvecklades efter de första två veckorna, om den var

spontant övergående eller om mödrarna genomgick någon form av åtgärd för att eliminera eller minska smärtan.

Komplikationer till följd av ingrepp

Tungbandsklippning bedöms leda till mycket litet obehag även utan bedövning (Oredsson & Törngren, 2010). De flesta studier som tittar på komplikationer rapporterar minimala eller inga signifikanta komplikationer av ingreppet. Den vanligast rapporterade komplikationen är blödning, men denna är generellt liten och begränsad (Francis et al., 2015). Vissa läkare är dock oroliga för att användandet av tungbandsklippning utan tillräckliga kliniska indikationer kan leda till en ökning i att spädbarn utsätts för onödiga, invasiva ingrepp. Tungbandsklippning anses av många vara ett generellt smärt- och riskfritt ingrepp, men det saknas forskning kring huruvida ingreppet påverkar barnens psykosociala utveckling (Levkovich et al., 2017).

Solis-Pazmino et al. (2020) genomförde en systematisk litteraturöversikt om allvarliga komplikationer, det vill säga komplikationer som kräver ytterligare vård, efter behandling av ankyloglossi hos barn under 18 år. I översikten fann de fallrapporter som rapporterade 47 allvarliga komplikationer hos 34 patienter. De kategorier av komplikationer författarna fann var ätsvårigheter, blödningar och blödningsrelaterade komplikationer, luftvägspåverkan, infektioner samt komplikationer till följd av skador på strukturer och körtlar. Solis-Pazmino et al. (2020) spekulerar att den ökade oron för bakre tungband och otillräckliga ingrepp kan leda till mer aggressiva ingrepp, vilket i sin tur kan öka risken för allvarliga komplikationer.

Enligt Solis-Pazmino et al. (2020) är det svårt att uppskatta hur ofta tungbandsklippning leder till allvarliga komplikationer. Ingreppen utförs av flera olika grupper av utövare, med olika tekniker, och de olika utövarna kan ha varierande grad av uppföljning. Det kan också vara så att barnets föräldrar söker sig till sin primärvårdgivare istället för till vårdgivaren som utförde ingreppet när komplikationer uppstår. Detta kan göra det svårt att göra uppföljning (Solis-Pazmino et al., 2020).

Hale et al. (2020) utförde en prospektiv studie där sjukhusanställda specialistbarnläkare i Nya Zeeland rapporterade in komplikationer till följd av tungbandsklipp. De fann en årlig incidens av allvarliga komplikationer på 13,9/100 000 barn under 1 års ålder. De komplikationer som förekom var ätsvårigheter, andningspåverkan, smärta, blödning, ärrbildning, med mera. Det förekom också att barn hade underliggande sjukdomar som förbisågs eftersom åtgärd av

tungbandet prioriterades. Hale et al. (2020) rekommenderar därför bedömning, helst med en etablerad bedömningsmetod för ankyloglossi, innan klippning genomförs. De framhåller även att de som utför ingreppen behöver vara medvetna om de potentiella komplikationerna, och att föräldrarna behöver informeras (Hale et al., 2020).

Mills et al. (2019) såg i en anatomisk studie att den linguala nerven har utskott som ligger ytligt mot undersidan av tungan. Författarna påpekade att detta kan medföra att nerven kan skadas vid ingrepp.

Bevisläget för tungbandsklippning mot amningsbesvär

På grund av att forskningen saknar enhetlig metodologi och i hög grad utgörs av små studier kan bevisstyrkan bedömas vara låg för att tungbandsklippning förbättrar amning och minskar bröstvårtssmärter (Francis et al., 2015). De få blindade randomiserade kontrollerade studier som gjorts har använt "sham surgery", vilket innebär att barnet tas in i behandlingsrummet lika länge som det skulle ta att utföra ett tungbandsklipp, och sedan återlämnas till mamman utan att något ingrepp utförts (Francis et al., 2015). En Cochrane review som studerat effekten av tungbandsklipp på nyfödda visade en signifikant minskning av smärta i bröstvårtor efter tungbandsklippning (O'Shea et al., 2017). Påverkan på amningsfunktionen bedömdes vara oklar, eftersom resultaten i studierna varierade stort. Eventuellt fanns en koppling mellan förbättrad amningsfunktion och hur grav ankyloglossin var. Den studie som bara inkluderade barn med grav ankyloglossi visade nämligen på en signifikant förbättring, medan den studie som bara inkluderade barn med måttlig ankyloglossi inte visade på någon signifikant förbättring. Forskarna drog dock slutsatsen att bevisvärdet för resultaten var lågt, på grund av att deltagarantalet i de inkluderade studierna var litet och blindningen inkonsekvent. Det fanns dessutom en brist på långsiktig uppföljning, eftersom flera deltagare i kontrollgrupperna fick tungbanden klippta under studiernas gång. Studierna hade mycket heterogenitet - de använde olika diagnostiska verktyg för att bedöma tungbanden, rapporterade graden av ankyloglossi olika och använde inte samma skalor för att bedöma utfallen (O'Shea et al., 2017). Det finns också en brist på forskning kring effektiviteten av ickekirurgisk behandling av ankyloglossi (Francis et al., 2015).

Följder av amningsvårigheter

Svårigheter i att etablera en fungerande amning under de första dagarna efter födseln kan orsaka stress och påverka amningsrelationen mellan mamma och barn negativt (Levkovich et al., 2017). Kvinnor vars barn har ankyloglossi och medföljande amningssvårigheter kan börja ifrågasätta sig själva och sin förmåga som mamma. Att ställa diagnosen ankyloglossi och eventuellt ge någon form av insats, har visat sig kunna hjälpa kvinnor att förbättra den känslomässiga kopplingen och relationen till sitt barn (Levkovich et al., 2017).

Fördelar med amning

Victora et al. (2016) undersökte i en reviewartikel prevalens och effekter av amning i länder med olika inkomstnivåer. De kom fram till att många studier visar på evidens för att amning har en skyddande effekt mot öroninflammation samt allvarliga sjukdomstillstånd till följd av olika smittsamma sjukdomar, luftvägsinfektioner och diarré hos små barn. Victora et al. (2016) anger också att forskningen konsekvent visar att amning minskar risken för bettfel i mjölkttänder, och kan ge en viss ökning i IQ. Amning längre än 12 månader, särskilt på nätterna eller "on demand", angavs dock kunna leda till ökad kariesbildning på mjölkttänder, eventuellt till följd av bristande renhållning av tänderna efter matningen. Det fanns indikationer på att amning kunde påverka förekomst av övervikt, allergisk rinit, astma/väsande andning och typ 2-diabetes hos barnet, men denna forskning var bristande på grund av få studier, förekomst av publication bias och/eller avsaknad av justering för förväxlingsfaktorer. Victora et al. (2016) fann ingen evidens för att amning påverkar blodtryck, kolesterol eller förekomsten av eksem och födoämnesallergier hos barnet. För mödrarna angavs amningen ge förlängt uppehåll av menstruation och minska risken för bröstcancer. Det fanns även indikationer på att amning kunde minska risken för äggstockscancer och typ 2-diabetes hos mödrar, men även här var forskningen bristfällig. Forskningen kring amningens effekt på benskörhet och moderns viktförändring efter förlossning angavs vara otillräcklig (Victora et al., 2016).

Livsmedelsverket (2021) anger att under de 6 första månaderna av barnets liv är bröstmjolk den bästa maten. Modersmjölksersättning kan ges till barn som delammas eller inte ammas alls, för att barnet ska få den energi och näring det behöver. Det rekommenderas att barn får smakprover av annan mat tidigast vid 4 månaders ålder, om de visar intresse för mat.

Smakproverna ska i det stadiet vara mycket små och inte konkurrera med amning eller modersmjölksersättning (Livsmedelsverket, 2021).

Amningsstatistik i Sverige

Socialstyrelsen sammanställer regelbundet statistik över hur många barn i riket och regionalt som ammas vid olika åldrar (Socialstyrelsen, 2019a). Vid tiden då denna uppsats skrevs var den senast publicerade statistiken från år 2019, utförd på barn födda 2017. Enligt denna statistik helammades 51% av barnen vid fyra månaders ålder i Skåne. Vid samma ålder delammades 19% av barnen (Socialstyrelsen, 2019b).

Behandling av ankyloglossi på Skånes Universitetssjukhus

Foniatrimottagningen i Lund har vid tiden för denna studie huvudansvaret för bedömning och behandling av ankyloglossi vid Skånes Universitetssjukhus (R. Rydell, personlig kommunikation, 14/4 2021). De övertog ansvaret från den polikliniska öron-näsa-halsmottagningen våren 2020. Detta gjordes med målsättningen att bedömning och behandling av ankyloglossi skulle bli mer jämlik och samordnad genom att den utfördes av en mindre grupp läkare. I dagsläget arbetar sex olika läkare på foniatrimottagningen på SUS (R. Rydell, personlig kommunikation, 11/4 2021).

Syfte

Syftet med denna studie är att följa upp de patienter som varit i kontakt med SUS med anledning av amningsbesvär och misstänkt ankyloglossi, både innan och efter att patientgruppen flyttats till foniatrimottagningen. Avsikten är att ta reda på om patienternas amningsfunktion förbättrats sedan besöket, och om eventuell förbättring är kopplad till någon särskild variabel. Studien är en del av kvalitetsarbetet vid foniatrimottagningen på SUS. Utifrån denna studie kommer foniatrimottagningen arbeta mot gemensamma riktlinjer.

Hypoteser

- Att tungbandsklipp vid ankyloglossi och amningssvårigheter är kopplat till förbättrad amningsförmåga.

- Att eventuell förbättring av amningsförmåga påverkas av huruvida patienten också fått amningshjälp, vilken läkare patienten träffat och hur denna utfört ingreppet.

Frågeställningar

- Hur många av barnen hel- och delammades fortfarande vid 4 månaders ålder jämfört med normalpopulationen?
- Påverkades föräldrarnas uppfattning av amningsfunktionen av SUS val att klippa respektive inte klippa barnets tungband?
- Hur många barn bedömdes och fick tungbandsklippning av annan vårdgivare efter kontakten med SUS enligt enkätsvar?
- Påverkas dessa utfall av vilken behandlande läkare på SUS familjen hade, vilket klippdjup ingreppet hade, samt huruvida familjen fick annan professionell amningshjälp?

Metod

För att besvara studiens frågeställningar beslutade sig uppsatsförfattarna för att genomföra en retrospektiv kvantitativ enkätstudie samt journalstudie.

Uppsatsförfattarna har under hela studiens gång arbetat samtidigt och skapat text och material tillsammans. Båda uppsatsförfattarna har haft tillgång till samtliga artiklar, men djupläsning av artiklar har fördelats jämnt mellan uppsatsförfattarna.

Procedur/Datainsamling

För att besvara studiens frågeställningar valdes material bestående av data ur barnens patientjournaler, samt insamlade enkätsvar från föräldrar.

Utformning av enkät

Vid utformning av enkäten inspirerades uppsatsförfattarna av två enkätstudier om amningssvårigheter i samband med ankyloglossi (Bundogji et al., 2020; Muldoon et al, 2017). På grund av att dessa studier mätte andra faktorer än vad denna studie syftat till att mäta, utformades en pilot-enkät (se bilaga 2). Enkäten reviderades flera gånger med hjälp av handledare, en logoped som arbetar inom området samt två amningsspecialister.

Från början hade vi planerat att studera amningen när barnen var 6 månader gamla, eftersom vi uppfattade att det fanns en avsaknad av så långsiktig uppföljning i forskningen. På inrådan av amningsspecialister valde vi dock att avgränsa studien till att mäta amning vid 4 månaders ålder istället. Anledningen var att Livsmedelsverket anger att smakprover av annan mat kan introduceras då barnet fyllt 4 månader, som tidigare nämnts. Vid 6 månaders ålder kommer många barn därmed räknas som delammade, utan att det egentligen säger något om hur väl amningen fungerar.

För att ta reda på hur många som ammade operationaliserades amning i fyra olika kategorier efter att ha rådfrågat två amningsspecialister vid Amningsmottagningen i Lund. Kategorierna blev följande: helammade, delammade med ersättning, delammade med smakprover, och de som inte ammade.

Utskick

Enkäterna skickades från och returnerades till Avdelningen för logopedi, foniatri och audiologi vid Lunds universitet, samt foniatrimottagningen vid Skånes universitetssjukhus (SUS). Detta eftersom de två institutionerna delade på kostnaden för utskick och svarspost. Enkätsvaren sammanställdes och analyserades sedan av uppsatsförfattarna.

Journal

När målsman givit medgivande hämtades också följande information från barnets journal:

- vilken läkare och enhet familjen varit i kontakt med på SUS rörande tungbandet
- läkarens bedömning av tungbandet och beskrivning av eventuell åtgärd

Deltagare och rekrytering

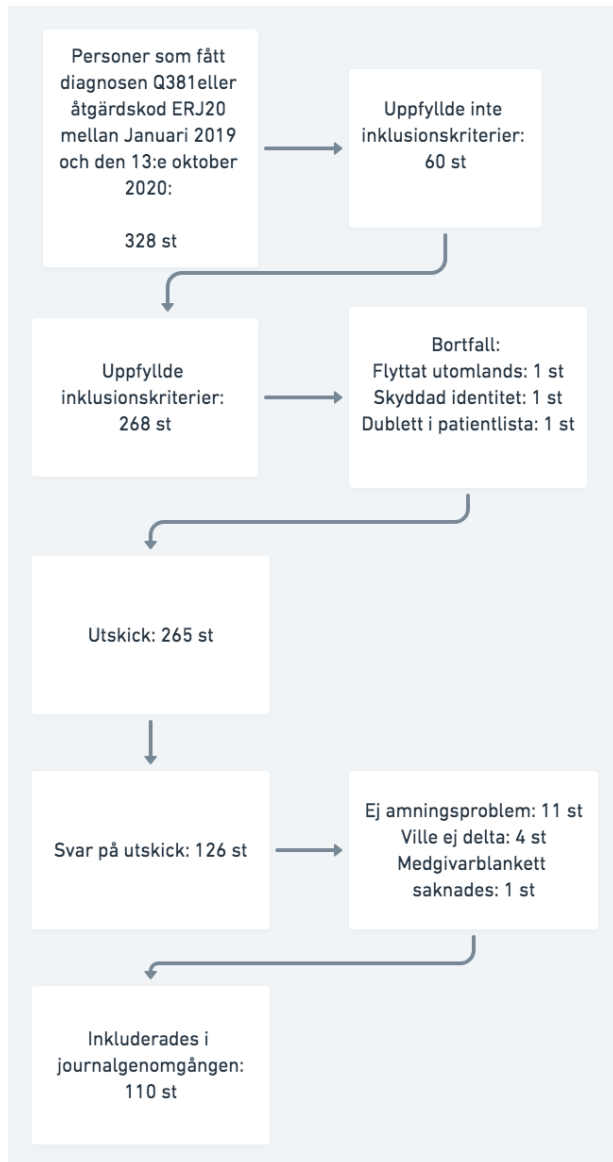
Deltagare var föräldrar till barn som sökt Öron-Näsa-Halskliniken med misstänkt ankyloglossi och amningsbesvär. För ett flödesschema över urvals- och rekryteringsprocessen, se figur 2. En sökning på sökkoderna Q381 (ankyloglossi) och ERJ20 (klipp av tungband) utfördes i Öron-Näsa-Halsklinikens besöksregister av sekreterarna på foniatrimottagningen, efter godkännande av verksamhetschefen för Skånes universitetssjukhus verksamhetsområde specialiserad kirurgi. Deltagarna hade besökt sjukhuset mellan januari 2019 och december 2020. Detta resulterade i en lista med 328 patienter.

I denna studie var målgruppen endast de som sökt för amningssvårigheter och som besökt SUS för möjlig åtgärd av tungband när barnet varit under fyra månaders ålder. Därför uteslöts

alla som besökt SUST när barnet varit över fyra månader, samt de som sökt vård av andra orsaker än just amningssvårigheter. Eftersom uppsatsförfattarna ämnade undersöka amningsfunktionen vid fyra månaders ålder inkluderades inte barn som fyllde fyra månader efter den 31 januari 2021.

I patientlistorna gick uppsatsförfattarna igenom vilka som var på besök hos SUS inom fyra månader från födseln och som var födda senast i september 2020, eftersom enkäterna skickades ut i januari. Efter denna utsällning återstod 268 träffar. Efter att ha sökt fram dessa individers adresser i PASiS (Region Skånes patientadministrativa system) föll tre bort. En föll bort på grund av flytt utomlands, en på grund av skyddad identitet och en på grund av dublett i patientlistan. Sammanlagt skickades alltså 265 brev. Eftersom patienterna är barn skickades brev hem till deras vårdnadshavare där de tillfrågades om de ville delta i studien. Den färdiga enkäten skickades ut via post tillsammans med medgivandeblankett och informationsbrev (se bilagor 1 och 2) under perioden 15-19 januari 2021. De som inte ville eller kunde delta i studien kunde meddela detta i medgivandeblanketten. Målsmännen fick till den 2 februari 2021 på sig att svara på enkäten innan en påminnelse skickades ut till de som ännu inte svarat. I påminnelsen angavs ett sista svarsdatum - den 19 februari 2021. För att ta hänsyn till eventuella sena postleveranser tilläts enkäter som inkom en vecka efter sista svarsdatum. När rekryteringen avslutades, den 26 februari, hade 110 patienter lämnat medgivande.

Fyra föräldrar tackade nej till att delta i studien. Elva föräldrar angav att de inte kunde delta i studien eftersom de inte hade problem med amningen. En föll bort då medgivandeblankett saknades. Totalt av första brevutskicket och påminnelseutskicket returnerades fyra brev, varav två av breven var sända till en och samma patient, alltså första utskicket samt påminnelsebrevet. Det kan därmed konstateras att en person inte fick något av breven, medan en person inte har fått något första brevutskick, samt att en person inte har fått något påminnelsebrev.



Figur 2. Urvals- och rekryteringsprocessen

Hos en patient saknades en journalanteckning. Enkätsvaret från patienten sammanställdes och räknas med i de beräkningar där data finns.

Databearbetning

En av de ursprungliga planerna med studien var att räkna på utfallet utifrån vilken individuell läkare deltagarna hade varit i kontakt med för bedömning och behandling av tungband. Vid genomgång av journaler fann vi dock att de som arbetade med att utföra tungbandsklippen var 37 stycken olika läkare i denna studie. På grund av detta höga antal kunde

inte den avsedda uträkningen göras. Vi valde därför istället att jämföra utfallen mot huruvida patienten hade varit i kontakt med en läkare som arbetade på foniatriadmottagningen (foniater) respektive någon annan mottagning (övriga ÖNH-läkare). Detta eftersom foniatriadmottagningen övertog dessa patienter just med målet att behandlingen skulle bli mer enhetlig. Med "foniater" menar vi alltså här läkare som arbetar på foniatriadmottagningen. Vi har inte tittat närmare på de olika läkarnas specialistnivå.

I journalanteckningarna som tillhandahölls användes olika metoder för beskrivning av tungbandet och ingrepp. Hur djupt klipp som hade utförts angavs inte konsekvent i journalerna. I många fall angavs endast "klipper", "klippes enligt rutin", "litet klipp", eller liknande. Ibland uppgav läkarna ett estimat av hur många millimeter de hade klippt, alternativt att det bildades en rombformad såryta efter klippet. För att ta reda på om olika typer av tungbandsklipp ledde till olika resultat delades dessa olika klippdjup in i tre olika grupper i samråd med handledare. Grupp 1 var klipp som beskrivits som mellan 1-4 mm. Grupp 2 var klipp som beskrivits som mellan 5-10 mm. Grupp 3 var klipp som beskrivits som rombklipp. Det var 43 journalanteckningar som innehöll information som gjorde att grad av klippstyp enligt ovan kunde definieras.

Dataanalys

För att beräkna och presentera data användes datorprogrammet IBM SPSS Statistics Version 26. Resultaten presenteras som deskriptiva data samt korstabeller. Vid utfallsjämförelser för olika grupper var avsikten att beräkna huruvida det förekom någon statistiskt signifikant skillnad mellan grupperna. Då den insamlade datan var ickeparametrisk och kategorisk beräknade vi skillnaderna med Pearsons χ^2 . I flera av jämförelserna var dock det förväntade antalet lägre än 5 i åtminstone någon av cellerna, vilket innebär att χ^2 inte var pålitligt vid dessa uträkningar. Av denna anledning kommer datan från dessa jämförelser endast presenteras som deskriptiv information. Eventuella synliga skillnader mellan grupper kommer diskuteras med förbehållet att vi ej har kunnat fastslå huruvida dessa skillnader är statistiskt signifikanta. I de fall χ^2 har kunnat beräknas kommer det att anges.

Forskningsetiska överväganden

Eftersom studiens genomförande krävde deltagarnas personuppgifter och tillgång till deras journal erhöles godkännande av verksamhetschefen för Skånes universitetssjukhus verksamhetsområde specialiserad kirurgi.

I informationsbrevet som skickades ut till deltagarna förklarades hur uppsatsförfattarna fått tag på deras uppgifter och att deltagande i studien var helt frivilligt. Information gavs också om att ingen utom uppsatsförfattarna och uppsatsens handledare skulle få tillgång till deras personuppgifter, samt att man ej skulle titta i barnets journal om inte medgivande gavs från vårdnadshavare. I alla journaler som ingick i studien gjordes en anteckning som informerade om att journalgenomgång gjorts med anledning av studien och att medgivande getts av patientens vårdnadshavare.

Allt arbete med sekretesskyddat material skedde i lokaler på SUS. Personuppgifter och enkäter förvarades i ett säkerhetsklassat rum på foniatrimottagningen vid SUS.

Alla personuppgifter kodades för att avidentifiera patient och vårdpersonal. Arbeta med journaler och icke avidentifierade enkätsvar skedde i SUS lokaler tills att de var avidentifierade. Samtliga insamlade data förstörs när arbetet är avslutat.

Projektet har godkänts av den Etiska kommittén vid Avdelningen för logopedi, foniatri och audiologi, Institutionen för Kliniska Vetenskaper Lund, Lunds Universitet.

Resultat

Svarsfrekvens

Totalt svarade 110 personer som tillhörde målgruppen på enkäten. Till en person kunde inget av utskicken levereras, utan återsändes till avsändare. Svarsfrekvensen blev alltså 110/264, det vill säga 42% svarsfrekvens. Elva personer svarade att de inte haft amningssvårigheter, och därför inte tillhörde målgruppen för studien.

Resultat av enkät- och journalstudie

Av de 110 deltagande patienterna fick 106 patienter sitt tungband klippt på SUS. Vår ursprungliga plan var att jämföra de som fått tungbandsklipp på SUS med de som inte fått det. Eftersom gruppen som inte fått tungbandsklipp på SUS var så liten beslutade vi oss för att utesluta gruppen i våra beräkningar. Sammanställningar och beräkningar i studien kommer alltså

istället baseras på de som fått tungbandsklipp på SUS. Utfallen för de fyra deltagare som inte fått tungbandsklipp på SUS beskrivs istället nedan.

Deltagare som inte fått tungbandsklipp på SUS

En av deltagarna blev nekad tungbandsklipp på SUS och sökte sig istället till en annan vårdgivare för tungbandsklipp. Detta barn helammades vid fyra månaders ålder. Föräldern ansåg inte att tungbandsklippet hade hjälpt amningsituationen.

Tre av deltagarna genomgick inte tungbandsklipp vare sig på SUS eller hos någon annan vårdgivare. Två av dem helammades vid 4 månaders ålder, och en ammade inte alls.

Deltagare som fått tungbandsklipp på SUS

Deskriptiv data. Över hälften, 64% av föräldrarna, angav att de helammade när barnet var 4 månader gammalt. 14% delammades med ersättning och 4% delammades med smakprover. Sammanlagt delammades alltså 18% av deltagarna, och 18% ammade ej.

Vårt resultat är en statistiskt signifikant skillnad från Socialstyrelsens data över hur amningsfrekvensen såg ut i Region Skåne ($\chi^2(2, n = 15958) = 9,2, p = 0,01$, Cramer's $V = 0,02$). Se tabell 1 för presentation av data. Observera att Socialstyrelsens statistikdatabas inte inkluderar antalet icke ammade barn. Siffran har istället tillhandahållits av statistiker vid Socialstyrelsen (P. Otterdal, personlig kommunikation, 23/4 2021).

Tabell 1. Amningsfrekvens i Skåne för barn födda år 2017 enligt Socialstyrelsen, samt amningsfrekvens hos deltagarna i denna studie

	Helammade	Delammade	Ammade ej	Totalt
Skåne (antal)	8026	3025	4801	15852
Procent	51%	19%	30%	100%
Denna studie (antal)	68	19	19	106
Procent	64%	18%	18%	100%

Majoriteten av deltagarna (81%) tyckte att tungbandsklippet hade gjort nytta för amningsituationen, 16% ansåg att klippet inte hade gjort nytta och 3% svarade att de inte visste

om det gjort nytta eller ej. Detta var egentligen inte ett alternativ på enkäten, men eftersom flera personer skrev till det valde vi att ändå rapportera deras svar.

Av de som fått tungbandsklipp på SUS blev 104 klippta endast på SUS. Två patienter fick tungbandsklipp både på SUS och hos annan vårdgivare.

Läkarens påverkan. I tabell 2 presenteras deltagarnas amningsfrekvens i förhållande till om de blev klippta av foniatrer eller övrig ÖNH-läkare. En patient föll bort eftersom journalanteckning saknades.

Tabell 2. Deltagarnas amningsfrekvens jämfört med om läkaren är foniatrer eller övrig ÖNH-läkare

	Ammade ej	Helammade	Delammade med ersättning	Delammade med smakprover	Totalt
Övriga ÖNH-läkare	8	31	11	2	52
Foniatrer	11	36	4	2	53
Totalt	19	67	15	4	105

Vilken grupp av läkare som utfört klippet jämfördes också med det andra utfallsmåttet - huruvida föräldrarna uppfattade att klippet gjort nytta. Detta presenteras i tabell 3. En patient föll bort eftersom journalanteckning saknades. En statistisk jämförelse gjordes där alternativet "Vet ej" räknades bort ($\chi^2(1, n = 102) = 0,07, p = 0,79, \text{Cramer's } V = 0,03$). Ingen statistiskt signifikant skillnad kan alltså ses här.

Tabell 3. Antalet föräldrar som anger om tungbandsklipp gjorde nytta eller ej, jämfört med om klippet är gjort av en fonioter eller övrig ÖNH-läkare

	Gjorde ej nytta	Gjorde nytta	Vet ej	Totalt
Övriga ÖNH-läkare	8	43	1	52
Fonioter	9	42	2	53
Totalt	17	85	3	105

Amningshjälps påverkan. Det var 77% av föräldrarna som uppgav att de fått professionell amningshjälp. I enkäten fanns en ruta där föräldrarna kunde skriva hos vilken vårdgivare de fått amningshjälp. Föräldrarna hade fått amningshjälp på många olika mottagningar, exempelvis amningsmottagning, BVC-mottagning, BB med mera.

För att ta reda på om det fanns en skillnad i amningsfrekvens mellan de som fått professionell amningshjälp och de som inte fått det, jämförde vi dessa variabler. Som tidigare nämnt fick 82 personer av 106 professionell amningshjälp. Av de som fått professionell amningshjälp var det 61% som helammade.

Av 106 personer hade 24 inte fått professionell amningshjälp. Av de som inte fått professionell amningshjälp helammade 75%. Se tabell 4.

Tabell 4. Amningfrekvens jämfört med om föräldrarna fått professionell amningshjälp eller ej

	Ammade ej	Helammade	Delammade med ersättning	Delammade med smakprover	Totalt
Ej fått professionell amningshjälp (antal)	4	18	2	0	24
(procent)	17%	75%	8%	0%	100%
Fått professionell amningshjälp (antal)	15	50	13	4	82
(procent)	18%	61%	16%	5%	100%
Totalt (antal)	19	68	15	4	106
(procent)	18%	64%	14%	4%	100%

Av de som fått professionell amningshjälp ansåg 78% att tungebandsklippet hade gjort nytta för amningsituationen. Av de som inte fått professionell amningshjälp svarade 92% att de upplevde att klippet gjorde nytta. Översikt av detta finns i tabell 5.

Tabell 5. Antalet föräldrar som fått respektive inte fått amningshjälp jämfört med om de anser att tungbandsklippet gjorde nytta eller ej

	Gjorde ej nytta	Gjorde nytta	Vet ej	Totalt
Ej fått professionell amningshjälp (antal)	1	22	1	24
(procent)	4%	92%	4%	100%
Fått professionell amningshjälp (antal)	16	64	2	82
(procent)	20%	78%	2%	100%
Totalt (antal)	17	86	3	106
(procent)	16%	81%	3%	100%

Klippdjupets påverkan. I tabell 6 presenteras amningsfrekvensen vid 4 månader i förhållande till hur djupt tungbandsklippet var. 63 patienter föll bort i denna uträkning eftersom beskrivning av klippdjup saknades i journalanteckning.

Av de som blev klippta 1-4 mm helammade 65% när barnet fyllde 4 månader. Av de som blev klippta 5-10 mm helammade 50%. Av de som fick rombklipp helammade 71% vid 4 månader.

Tabell 6. Amningsfrekvens jämfört med klippdjup

	Ammade ej	Helammade	Delammade med ersättning	Delammade med smakprover	Totalt
Klippdjup 1-4 mm (antal)	2	17	5	2	26
(procent)	8%	65%	19%	8%	100%
Klippdjup 5-10 mm (antal)	4	5	1	0	10
(procent)	40%	50%	10%	0%	100%
Rombklipp (antal)	1	5	1	0	7
(procent)	14%	71%	14%	0%	100%
Totalt (antal)	7	27	7	2	43
(procent)	16%	63%	16%	5%	100%

I tabell 7 presenteras klippdjupet i förhållande till om föräldrarna uppfattade att tungbandsklippet gjorde nytta eller ej. Av de 26 patienter som fick ett 1-4 mm klipp tyckte 85% att klippet gjorde nytta. Av de tio patienter som fick ett 5-10 mm klipp tyckte 60% att tungbandsklippet gjorde nytta. Av de sju patienter som fick rombklipp tyckte 100% att klippet gjorde nytta.

Sammanlagt tyckte 81% av deltagarna, hos vilka klippdjup kunde utläsas, att tungbandsklippet gjorde nytta.

Tabell 7. Klippdjup jämfört med om förälder anser att tungbandsklippet gjorde nytta eller ej

	Gjorde ej nytta	Gjorde nytta	Vet ej	Totalt
Klippdjup 1-4 mm (antal)	3	22	1	26
(procent)	12%	85%	4%	100%
Klippdjup 5-10 mm (antal)	4	6	0	10
(procent)	40%	60%	0%	100%
Rombklipp (antal)	0	7	0	7
(procent)	0%	100%	0%	100%
Totalt (antal)	7	35	1	43
(procent)	16%*	81%*	2%*	100%*

*Procentsatser adderar inte till 100% på grund av avrundning.

Resultatsammanfattning

Majoriteten, 81% av föräldrarna, upplevde att tungbandsklippet gjorde nytta för amningen.

Av de som hade fått tungbandsklipp på SUS helammade 64% när barnet fyllde 4 månader, och 18% delammade. Detta är en statistiskt signifikant större andel ammande än i befolkningen i stort, i vilken andelarna var 51% respektive 19% ($p = 0,01$).

Vi kan inte se någon skillnad i något av utfallen mellan de som klipptes på foniatriumottagningen och de som klipptes på någon annan mottagning.

De som inte fått amningshjälp hade bättre utfall än de som hade fått amningshjälp, sett till visuella data. Det var dock inte möjligt att beräkna om denna skillnad var statistiskt signifikant.

Ingen påfallande skillnad i utfall kan ses beroende på hur djupt tungbandsklippet var.

Diskussion

Metoddiskussion

Som tidigare nämnt reviderades enkäten vid flera tillfällen innan den skickades ut. För att få så tydliga svar som möjligt gavs respondenterna endast möjlighet att svara "Ja" eller "Nej" på frågan "Anser du att tungbandsklippet gjorde nytta för din amningssituation?". Genom att undvika ett neutralt alternativ avsåg vi att få fram betydande resultat. Vid denna fråga lade 3 patienter dock till svarsalternativet "Vet ej". Vi har därför dragit slutsatsen att det vore lämpligt att tillhandahålla ett neutralt svarsalternativ på denna fråga. Vid framtida studier inom området kan förslagsvis alternativet "Vet ej" läggas till.

Vid frågan "Ammade du ditt barn när barnet fyllde 4 månader?" erhöles fyra olika svarsalternativ. Som tidigare nämnt kunde vi inte göra några statistiska beräkningar av den insamlade datan på grund av att grupperna var för små. Därför skulle man i framtiden kunna använda sig av en annan gruppindelning än den vi använt oss av. Möjligtvis kan man använda sig av "Helammade", "Delammade" och "Ammade ej" för att undvika att få för små grupper.

En fråga som gavs i enkäten var hur nöjda föräldrarna var med sin kontakt med ÖNH på SUS. Personer som svarar på frågan ser kanske frågan som om den avser hur man blivit bemött genom hela vårdprocessen från att amningssvårigheterna uppstod tills efter klippet. Det var bland annat flera föräldrar som uttryckte att de var osäkra på vilka av kontakterna de haft som hörde till ÖNH SUS och inte. Därför kan man inte säga säkert att man bedömer just kontakten med ÖNH.

Diskussion kring svarsfrekvens

Som tidigare nämnt blev svarsfrekvensen 42% i denna studie. Enligt Miller och Salkind (2002) är en svarsfrekvens över 50% ovanlig vid enkätsundersökningar som sker via brev och som utformats av relativt ovana personer. För att öka svarsfrekvensen behövs intensivt uppföljningsarbete (Miller & Salkind, 2002).

Att svarsfrekvensen inte är högre kan bero på många olika saker. Vi sände ut ett påminnelsebrev, men ytterligare påminnelser kunde ha lett till fler svar. Tidsramarna för arbetet hade dock gjort det svårt att utöka tiden för insamlingsarbetet. Vi vet inte heller om de som inte svarat har någonting gemensamt, som skulle kunna vara en del av att de inte svarat. Några angav i medgivandeblanketten att de inte haft amningssvårigheter och därför inte kunde delta i studien.

Det kan ha varit så att ytterligare en del av bortfallet har berott på att amningssvårigheter inte har förekommit.

Resultatdiskussion

I detta kapitel kommer vi diskutera våra resultat utifrån studiens frågeställningar.

Påverkades föräldrarnas uppfattning av amningsfunktionen av SUS val att klippa respektive inte klippa barnets tungband?

Denna frågeställning kunde inte besvaras eftersom en så liten andel av patienterna inte hade fått tungbandsklippning. Detta beror med största sannolikhet på de sökkoder som användes, och att dessa koder ofta inte används när patienten bedöms inte ha diagnosen, även om den sökt med misstanke om den. För att fånga upp de som sökt med misstänkt ankyloglossi men inte fått diagnosen hade vi dock behövt söka på diagnoskoder som sätts varje gång en misstänkt diagnos bedöms icke föreligga. Ett sådant tillvägagångssätt hade gett oss en orimlig mängd träffar att sälla igenom. Vid vidare undersökning hade man även kunnat samla/räkna antalet remisser med misstanke om kort tungband som kommer in till foniatrimottagningen på SUS för att kunna dra slutsatser om hur många av de som sökt för kort tungband som blivit klippta.

Som tidigare nämnts var det fyra deltagare som inte genomgått tungbandsklipp på SUS. Den patient som blev nekad tungbandsklipp på SUS och därefter sökt sig till en annan vårdgivare för tungbandsklipp tyckte i slutändan att tungbandsklippet inte hjälpte och att läkarna på SUS haft rätt i sin bedömning:

Klipppet gjorde absolut ingen skillnad. Jag hade fortfarande ont. Smärtan gick över vid ca 4-5 mån. Jag önskar att jag hade lyssnat på dem mycket kompetenta läkarna vid ÖNH i Lund (...). Bebis fick ont av klippet och såret gick upp emellanåt. Jag ångrar att vi klippte eftersom det inte gjorde någon skillnad. (Deltagare 79)

Av de övriga tre, som aldrig fick tungbandet klippt, helammades två och en ammades inte alls vid fyra månader. Precis som bland de som blivit klippta finns det alltså variation i hur utfallet blir.

Hur många barn bedömdes och fick tungbandsklippning av annan vårdgivare efter kontakten med SUS enligt enkätsvar?

Patienter som haft kontakt med SUS med frågeställning ankyloglossi men inte fått diagnosen fastslagen av läkare på SUS har inte deltagit i denna studie på grund av de sökkoder

(Q381 ankyloglossi och ERJ20 klipp av tungband) som använts. Därför kan det varit flera av de som inte fått någon diagnos på SUS som sökt sig vidare för bedömning av annan vårdgivare.

Endast två av de som fått tungbandsklipp på SUS sökte sig sedan vidare till en annan vårdgivare för ytterligare tungbandsklipp. De allra flesta valde alltså att inte göra det. Detta kan indikera att föräldrarna tyckte att tungbandsklippet var tillräckligt väl utfört av läkaren på SUS, även i de fall där tungbandsklippet inte hjälpte.

Ytterligare en anledning till att inte fler föräldrar sökte sig till en annan vårdgivare kan vara att vissa av föräldrarna inte hade kunskap om att tungbandsklipp kan göras olika djupt, och att de därför inte tänkt tanken om att ytterligare klipp skulle kunna göras.

En förälder skriver i kommentarerna att de egentligen hade önskat söka sig till en annan vårdgivare eftersom de önskade få ett rombklipp, men valde att inte göra det på grund av att COVID-19-pandemin pågick: "Hade det inte varit en pandemi hade jag omdirigerat remissen till [annan ort i Sverige] där jag vet att det finns läkare som utför denna typ av klipp." (Deltagare 85) Pandemin pågick dock inte vid tiden då de första patienterna i denna studie besökte SUS, så detta kan endast ha påverkat en del av föräldrarna.

De två deltagare som sökt sig vidare till annan vårdgivare beskriver att de valt göra det eftersom de varit missnöjda med att klippet inte gjort någon skillnad och bristande bemötande från personalen på SUS. Deltagare 25 beskriver att den första läkaren de träffade var otrevlig, och att den andra läkaren inte tyckte att det var så viktigt att amma, och att "hon bedömde inte tungbandet som så kort. När vi sedan kom till [annan mottagning i Skåne] sa läkaren att tungbandet var mycket kort & att det inte var konstigt att vi hade problem med amning." (Deltagare 25). Deltagare 97 var nöjd med första besöket, men beskriver att missnöje uppstod när symptomen kvarstod och SUS svar var att det måste bero på fel amningsteknik. "Jag valde då att kontakta en privatklinik i [annan ort i Sverige] där dom sa att på en skala 1 - 5 där 1 är knappt märkbart kort och 5 är väldigt kort tungband så hade min son fortfarande 3/5." (Deltagare 97).

Hur många av barnen hel- och delammades fortfarande vid fyra månaders ålder jämfört med normalpopulationen?

Enligt den senaste statistiken från Socialstyrelsen (2019b) blev, som tidigare nämnt, 51% av barnen i Skåne födda 2017 helammade vid fyra månaders ålder, och 19% delammades. Detta skiljer sig från vår studie där 64% helammade av de vars barn fått tungband klippt på grund av amningssvårigheter, vilket också är en statistiskt signifikant skillnad ($p = 0,01$).

Detta kan sannolikt vara en form av bias, då våra enkäter skickats iväg till föräldrar som ofta sökt självmant för att få bukt med amningssvårigheter. Andra föräldrar som upplever samma besvär kanske inte söker ytterligare hjälp utan nöjer sig med att använda sig av mjölkersättning. Många av de som svarat anger att de varit tvungna att själva begära en undersökning av tungbandet, ibland flera gånger, vilket kan betyda att mödrar som inte är lika drivna att amma inte får samma möjlighet till bedömning och ingrepp. Andra studier som analyserat amningsgraden hos barn med ankyloglossi har också noterat att deras studiedeltagare tycks amma i högre grad än normalpopulationen. De har också dragit slutsatsen att de föräldrar som söker vård och går med på ingrepp för sina barns ankyloglossi troligen är mer motiverade att amma än genomsnittet (Buryk et al., 2011; Srinivasan et al., 2006).

Följande kommentarer från våra enkätsvar är några av de som beskriver att det många gånger varit en kamp för deltagarna att få remiss för bedömning av tungband: “Det var en lång, tuff kamp att bli remitterad till ÖNH”(Deltagare 91), “Fick dock tjata mig till min remiss” (Deltagare 100), “Var jobbigt att få kämpa för remiss” (Deltagare 11), “Jag tjtade & tjtade” (Deltagare 16).

Vissa anger dock att de fick en remiss så fort de bad om det, eller att personalen på BB upptäckte ankyloglossin innan föräldrarna ens själva tänkt på det: “Dotterns tungband klipptes redan när hon endast var 2 dagar gammal.” (Deltagare 40), “När remiss skickades hade vi ännu inga besvär, barnmorskan kollade tungbandet ändå & misstänkte kort tungband och kommande besvär.” (Deltagare 56).

Just rutinkontroller för ankyloglossi på BB är något som flera studiedeltagare efterfrågar i sina kommentarer. Att hur man fått diagnos skiljer sig så mycket åt visar att det inte finns enhetliga rutiner rörande detta. Som vi tidigare nämnt har smärta vid amning visat sig vara någonting som många upplever, och smärtan verkar minska den andra veckan om man jämför med den första veckan av amning (Centers for Disease Control and Prevention, 2019). Det skulle kunna antyda att smärta kan övergå spontant. Med detta sagt har inte Centers for Disease Control and Prevention (2019) tagit hänsyn till om studiedeltagarna fått amningshjälp, haft andra ingrepp gjorda eller haft en bakomliggande diagnos eller andra anledningar som gjort att smärtan minskar. I bakgrunden tar vi också upp att det föreligger en ökad risk att mamman avbryter sin amning för varje dag som mamman upplever smärta under de tre första veckorna (Schwartz et al., 2002). Vi föreslår att en rutinkontroll i ett tidigt skede efter födseln för de som upplever

fortsatta amningsbesvär därför skulle vara positivt för att låta så många som möjligt kunna amma utan att uppleva smärta.

Det är viktigt att ha i åtanke att amningsproblem är multifaktoriella, det vill säga att amningsproblem påverkas många olika faktorer. I de studier vi har tagit del av och tidigare nämnt i bakgrunden har man belyst många olika faktorer, som positioneringen av barnet till bröstet, tid av amning, bröststruktur hos mamman, om mamman fått amningshjälp, sjukdomstillstånd hos barnet, tungbandet hos barnet med mera. Det finns också fler orsaker till amningsproblem som inte vi tagit upp i vår studie. Därför är det inte säkert att ett tungbandsklipp åtgärdar hela ens amningsproblematik. Det kan också därför vara viktigt att personal informerar om att amningsproblem är multifaktoriella så att föräldrarna inte har för höga förväntningar på tungbandsklippet.

Påverkas dessa utfall av vilken behandlande läkare på SUS familjen hade, vilket klippdjup ingreppet hade, samt huruvida familjen fick annan professionell amningshjälp?

Läkarens påverkan. Vid observation av data så ser vi inte uppenbara skillnader mellan huruvida mamman helammar, delammar eller inte ammar alls jämfört med om läkaren är foniater eller ej. Vi ser inte att föräldrarnas uppfattning om huruvida tungbandsklippet gjort nytta eller inte skiljer sig mellan om det är en foniater som utfört klippet eller ej.

Möjligtvis kan det ändå finnas en fördel att läkare eller annan vårdpersonal som har en specialiserad kompetens av munhåla utför tungbandsklippning, eftersom den linguala nerven har ytliga utskott mot undersidan av tungan och kan därmed skadas vid ingrepp (Mills et al., 2019). Allvarliga komplikationer är ovanliga, men förekommer. Det är därför att rekommendera att den utförande vårdgivaren har kunskap om möjliga komplikationer, kan vidta åtgärder för att förebygga dessa och kan informera föräldrarna (Hale et al., 2020). En ordentlig bedömning av tungbandet, gärna med en etablerad bedömningsmetod, bör också göras innan beslut om ingrepp tas (Hale et al., 2020).

Amningshjälpens påverkan. Som beskrivs i bakgrunden rekommenderas ofta att amningshjälp ges innan tungbandsklipp övervägs. Exempelvis beskriver både Kent et al. (2015) och Levkovich et al. (2017) att amningshjälp kan leda till förbättrad amningsfunktion hos barn med ankyloglossi utan att tungbandsklipp har gjorts. Av våra data kan vi dock inte se att de deltagare som har fått amningshjälp har fått bättre utfall. Visuellt hade de deltagare som fått amningshjälp till och med något sämre utfall. I vår studie visade det sig att 61% av de som fått

amningshjälp helammade, och 75% av de som inte fått amningshjälp helammade. 16% av de som fått amningshjälp delammade med ersättning, jämfört med 8% hos de som ej fått amningshjälp. Skillnaden kunde dock inte beräknas statistiskt. Det bör också noteras att gruppen med de som inte fått amningshjälp är betydligt mindre än den som fått amningshjälp. Resultaten kan dock ge upphov till funderingar. Baserat på tidigare forskning hade vi förväntat oss att de som fått professionell amningshjälp skulle ha bättre utfall efter tungbandsklippet. Detta eftersom de har fått extra stöd för att optimera amningen. Det är dock inte resultatet vi ser. Detta kan förklaras av flera faktorer. De som inte fått amningshjälp kan ha haft en mer uppenbar begränsning i tungans rörlighet orsakad av tungbandet, vilket lett till att de lättare fått en remiss för tungbandsklippning. De som först gått igenom amningshjälp kan ha gjort det för att deras symptom generellt inte varit tydligt kopplade till tungbandet, vilket också varit orsaken till att tungbandsklippet inte hjälpt. Det kan också vara så att deltagare i gruppen som anger att de fått professionell amningshjälp fått denna hjälp efter tungbandsklippet. De som blivit hjälpta av tungbandsklippet har troligtvis inte haft något behov av att söka amningshjälp efteråt.

Vi har inte lyckats få reda på vilken typ av personal som har givit amningshjälpen, och huruvida personalen haft specialistutbildning om amning. Därför kan vi inte säga om utfallen kanske skulle ha skiljt sig om man fått stöd och råd från en amningsspecialist eller inte.

En annan osäker faktor är hur de som svarat att de inte fått professionell amningshjälp tolkat denna term. När vi formulerade frågan tog vi inte med några definitioner av professionell amningshjälp, utan deltagarna har själva fått avgöra huruvida den hjälp de fått varit amningshjälp. I framtida studier bör denna term därför definieras striktare.

Det kan också vara så att många som sökt och fått amningshjälp har haft kort tungband och amningssvårigheter och har blivit hjälpta av den amningshjälp de fått. Därför har de inte sökt sig vidare för tungbandsklipp, och då inte heller deltagit i denna studie. Som anges i bakgrunden kan amningshjälp, även när kort tungband föreligger, resultera i en sådan stor förbättring att tungbandsklipp inte behöver göras.

Klippdjupets påverkan. Efter att ha kategoriserat klippdjup ville vi jämföra om detta kunde relatera till huruvida föräldrarna tyckte att tungbandsklippet gjorde nytta. Av de patienter som fått klippdjup angivet i journalen tyckte, som tidigare nämnt, 81% att det gjorde nytta. Detta är jämförbart med hela gruppen av 106 patienter, i vilken 81% också tyckte att det gjorde nytta.

I alla tre grupper av klippdjup tyckte majoriteten att klippet hjälpte. Bland de som fick rombklipp tyckte alla att det gjorde nytta. Det verkar alltså som att alla typerna av klipp är effektiva. Det bör dock noteras att valet av klippgrad är inte randomiserat - läkarna har klippt så mycket de bedömt behövs. Gruppen som klippts 5-10 mm har den största andelen som inte tyckte att klippet gjorde nytta. Detta är oväntat om man förväntar sig ett dos-responssamband. Med tanke på de små grupperna är det dock hög risk för att resultatet blir missvisande på grund av slumpen. Även när man jämför klippdjup med amningsgrad sticker gruppen med 5-10 mm klippdjup ut, då 40% av dem inte ammade vid 4 månader, jämfört med 8% respektive 14% i de övriga grupperna.

Svar på studiens hypoteser

Hypotes 1: Att tungbandsklipp vid ankyloglossi och amningssvårigheter är kopplat till förbättrad amningsförmåga.

Tungbandsklipp vid ankyloglossi och amningssvårigheter tycks för många leda till att amningen bedöms fungera bättre. Dock inte alla då amningsproblematik är multifaktoriellt.

Hypotes 2: Att eventuell förbättring av amningsförmåga påverkas av huruvida patienten också fått amningshjälp, vilken läkare patienten träffat och hur denna utfört ingreppet.

Resultatet i vår studie har inte kunnat fastslå att någon av dessa faktorer gör en statistiskt signifikant skillnad i utfall.

Vidare forskning

För att kunna jämföra utfallet beroende på hur specialiserad amningshjälpen är krävs att man på något sätt kan ta reda på utbildning/certifiering/erfarenhet hos de som ger amningshjälpen. Detta är nog svårt att göra i en föräldraenkät då föräldrarna troligtvis inte är medvetna om sådana aspekter. För att kunna jämföra läkare individuellt behövs det att en mindre grupp läkare genomför klippen under en längre period. Eventuellt skulle en sådan studie kunna göras på SUS i framtiden, om foniatrikmottagningen fortsätter att ha huvudansvaret för tungbandsklippen. Att jämföra utfall utifrån klippdjup skulle vara lättare att om det fanns en mer konsekvent metod för läkarna att rapportera hur djupt de klippt eller hur tungan/tungbandet såg ut efter klippet. Både klassifikation och klippdjup har kanske betydelse, men i dagsläget är det

svårt att dra några slutsatser. Det vore därför fördelaktigt om ett standardiserat system implementerades.

Ämnen för kvalitativa studier

Denna studie ämnades bli kvantitativ. I enkäten som gavs ut fanns dock utrymme för deltagarna att lämna egna kommentarer. Vid analys/insamling av enkätsvar noterade vi att deltagarna hade mycket de ville dela med sig av. Många av deltagarna hade skrivit en till två sidor med egna kommentarer (flera personer lämnade även på eget initiativ telefonnummer och angav att de kunde svara på ytterligare frågor). Förslagsvis kan man utföra kvalitativa studier inom området, då forskningsområdet har många kunskapsluckor och verkar väcka känslor och engagemang hos många. Nedan tar vi upp exempel på olika upplevelser och tankar som presenterades i deltagarnas kommentarer och som man i framtiden kan undersöka vidare.

Vårdpersonalens kunskap och bemötande. Vissa kommentarer tar upp att vårdpersonalens kunskap om amning och den vård som tillhandahålls är bristfällig “BVC tyvärr INGEN hjälp. Bad om hjälp redan på BB men fick INGEN hjälp där heller.” (Deltagare 68), “Vi fick ett ‘vanligt’ klipp och först efter klippet nämnde han att det finns något som heter ‘diamantklipp’ som man kan göra men att han ‘knappt vet vad det är’. Detta tyckte jag var konstigt eftersom jag själv läst på en del om diamantklipp” (Deltagare 34)

Vissa beskriver också ifrågasättande från vårdpersonal, exempelvis “en lite ‘elak’ kommentar om vi var där och ville klippa för det var ‘trendigt’. Det var vi absolut INTE!” (Deltagare 83).

En deltagare beskriver att hen inte upplevde att klippet gjorde stor skillnad direkt, men att hen blev hjälpt av att bli tagen på allvar och upplevde det som emotionellt lättande att hen skulle få hjälp för sina besvär: “Det blev inte genast bättre. Men det hjälpte framförallt psykologisk/emotional. Det kändes att ’Nu får vi hjälp, nu tar någon oss på allvar’” (Deltagare 82).

I en systematisk review kom Di Blasi et al. (2001) fram till att de studier de tagit del av hade ett gemensamt fynd, vilket var att behandlingar utförda av läkare som använder ett vänligt, uppmuntrande och varmt bemötande är mer effektiva än när läkarna håller besöken formella, förefaller osäkra och inte agerar uppmuntrande. Att följa upp hur föräldrarna tyckt sig bli bemötta i samband med bedömning och klipp av tungband kan därmed eventuellt ge fler ledtrådar till hur utfallet påverkas av olika variabler.

Vissa deltagare uppfattar att vården alltför lättvindigt uppmanat dem att ge upp amningen. Till exempel skriver deltagare 107: "Fick då först kommentaren: 'Men ska du inte bara ge ersättning helt istället' NEJ! Jag vill amma mitt barn". Samtidigt anger en deltagare att det hade varit skönt att veta om att det är okej att inte amma: "Jag tror att vi hade varit mer betjänta av att amningsmottagningen tidigare hade förklarat för mig/oss att amningen förmodligen inte skulle komma att funka." (Deltagare 41).

Det inkom även positiva kommentarer om information från SUS och förväntningar: "Fick bra bemötande, bra information och tydlig ej dömande personal. Tydligt att det inte var säkert att behandling skulle hjälpa men fick ändå då påverkan på bebis är så liten." (Deltagare 11), "Jag är nöjd då vi fick bra info av läkaren. Och att han dessutom sa att det inte är säkert att det hjälper." (Deltagare 61).

Önskingar om vårdupplägget. Vissa deltagare uttrycker behov av uppföljning från läkaren, information om sårets läkeprocess, skötsel med mera, såsom exempelvis i följande kommentarer: "Efterkontroll hade varit bra." (Deltagare 18), "Hade däremot velat ha uppföljning pga. att många problem fortfarande bestod och vi var tvugna att avsluta amningen pga. dessa." (Deltagare 91).

Vissa uttrycker önskemål om att ingrepp skulle ha gjorts tidigare, gärna redan på BB. Exempel på sådana kommentarer är "En önskan från vår sida till framtida barn är att förlossningen och öron-näsa-hals har ett nära samarbete och kan lösa tungbandsklipp tidigare" (Deltagare 51), "Kanske idé att låta läkaren som gör första kontrollen på BB kunna klippa tungbandet då det känns som ett relativt lätt ingrepp som man inte tvunget måste vara specialiserad för att kunna utföra?" (Deltagare 47).

Känslor kring amningssvårigheterna. Vissa deltagare uttrycker stress, nedstämdhet med mera innan klippet, när amningen inte fungerade. De beskriver bland annat "många månaders idogt försökande, tårar, misslyckandekänslor, svårare med anknytning m.m." (Deltagare 16), "tårar, viktnedgång" (Deltagare 107) och "ångest laddat varje [amnings]tillfälle" (Deltagare 42).

Vad har denna studie bidragit med?

Vår enkät delas nu ut till nya tungbandspatienter vid foniatrikmottagningen som en metod för uppföljning.

Denna uppsats kommer fungera som en del av kvalitetsarbetet vid foniatrimottagningen på SUS. Vid framtida planering kommer hänsyn tas till denna uppsats resultat.

Ankyloglossi och amningssvårigheter är ett ämne med osäkerhet på många nivåer. Det finns osäkerhet kring vilka tungband som leder till amningssvårigheter, kring hur tungbandsklipp påverkar tungans rörlighet, samt hur variationer i klipp påverkar utfallet. Det är därför ett svårt ämne att angripa. Med denna uppsats har vi arbetat för att få mer klarhet i hur detta ämne kan utforskas. Vi hoppas att de lärdomar vi dragit kan ligga till grund för fortsatt forskning inom ämnet.

Slutsats

Att utföra tungbandsklipp på barn med ankyloglossi och amningssvårigheter kan förbättra amningsförmågan för många. Våra resultat visar att dessa barn idag inte genomgår jämlika vårdprocesser, utan rutiner för bedömning och handläggning varierar mellan olika vårdgivare. Ofta krävs hög amningsmotivation från föräldrarna för att barnet ska få remiss för tungbandsklippning. För att fler ska ha möjlighet att amma vore det fördelaktigt med rutinmässig bedömning av tungband vid amningssvårigheter, i kombination med annan amningshjälp. Ett sådant upplägg kan också förkorta utredningstiden, vilket kan minska förekomsten av att amningen avbryts på grund av svårigheterna.

Även den bedömning och behandling som sker på SUS varierar stort. Detta gör det svårt att följa upp patientgruppen. En enhetlig, validerad bedömningsmetod bör införas i det kliniska arbetet. Tydligare riktlinjer kring utförande och journalföring av tungbandsklipp bör också införas. Det är också viktigt att den personal som utför tungbandsklipp har kunskap om och kan minimera potentiella risker med ingreppet, samt kan kommunicera dessa till föräldrarna.

Flera patienter efterfrågar uppföljning efter ingreppet, vilket även skulle kunna hjälpa kvalitetsarbetet vid foniatrimottagningens fortsatta arbete.

Tack

Vi vill rikta flera stora tack till studiedeltagarna, för den tid och det engagemang ni bidragit med.

Till vår handledare Roland Rydell för all handledning genom arbetet.

Till Karolina Nilsson och Elin Asp på Amningsmottagningen i Lund för hjälp med utformande av enkät och för stöttning med rådgivning gällande amning.

Till Maria Jonsson vid Region Västerbotten för rådgivning kring det logopediska perspektivet och för hjälp med utformande av enkät.

Till Bosse Carlsson, Anki Tingberg och Caroline Berglund för all administrativ hjälp.

Till lärarna vid Avdelningen för logopedi, foniatri och audiologi för råd och stöd.

Vi vill även slutligen tacka oss själva och varandra för en intressant och rolig tid tillsammans!

Referenser

- Amir, L., James, J., & Donath, S. (2006). Reliability of the Hazelbaker Assessment Tool for Lingual Frenulum Function. *International Breastfeeding Journal*, 1(3), s.3-6.
<https://doi.org/10.1186/1746-4358-1-3>
- Bundogji, N., Zamora, S., Brigger, M., & Jiang, W. (2020). Modest benefit of frenotomy for infants with ankyloglossia and breastfeeding difficulties. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 133, <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2020.109985>
- Buryk, M., Bloom, D., & Shope, T. (2011). Efficacy of neonatal release of ankyloglossia: a randomized trial. *Pediatrics*, 128(2), 280-288. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-0077>
- Canadian Paediatric Society. (2015). *Ankyloglossia and breastfeeding*.
<https://www.cps.ca/documents/position/ankyloglossia-breastfeeding>
- Centers for Disease Control and Prevention. (28 December 2019). *Results: Breastfeeding and Infant Feeding Practices Infant feeding practice Study II and Its Year Six Follow-Up*.
<https://www.cdc.gov/breastfeeding/data/ifps/results.htm>
- Di Blasi, Z., Harkness, E., Ernst, E., Georgiou, A., & Kleijnen, J. (2001). *Influence of context effects on health outcomes: a systematic review*. *The Lancet*, 357(9258), 757-762.
- Douglas, P. (2017). Making sense of studies that claim benefits of frenotomy in the absence of classic tongue-tie. *Journal of Human Lactation*, 33(3), 519-523.
<https://doi.org/10.1177%2F0890334417706694>
- Duffy, E. P., Percival, P., & Kershaw, E. (1997). Positive effects of an antenatal group teaching session on postnatal nipple pain, nipple trauma and breast feeding rates. *Midwifery*, 13(4), 189-196.
- Emmerson, C.V. (2018). Does frenotomy improve breastfeeding problems in neonates with ankyloglossia?. *British journal of Midwifery*, 26(3), 171-179.
- Francis, D. O., Krishnaswami, S., & McPheeters, M. (2015). Treatment of ankyloglossia and breastfeeding outcomes: a systematic review. *Pediatrics*, 135(6), e1458-e1466.
<https://doi.org/10.1542/peds.2015-0658>
- Geddes, D., Kent, J., McClellan, H., Garbin, C., Chadwick, L., & Hartmann, P. (2009). Sucking characteristics of successfully breastfeeding infants with ankyloglossia: a case series. *Acta Paediatr*, 99(2). <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2009.01577.x>

- Ghaheri, B. A., Cole, M., Fausel, S. C., Chuop, M., & Mace, J. C. (2017). Breastfeeding improvement following tongue-tie and lip-tie release: A prospective cohort study. *The Laryngoscope*, *127*(5), 1217-1223. <https://doi.org/10.1002/lary.26306>
- Gunnarsdottir, A. & Josefsson, M. (2019). *Kort tungband; information till BVC och distriktssjuksköterskor*.
- Hale, M., Mills, N., Edmonds, L., Dawes, P., Dickson, N., Barker, D., & Wheeler, B. J. (2020). Complications following frenotomy for ankyloglossia: A 24-month prospective New Zealand Paediatric Surveillance Unit study. *Journal of paediatrics and child health*, *56*(4), 557-562. <https://doi.org/10.1111/jpc.14682>
- Ingram, J., Johnson, D., Copeland, M., Churchill, C., Taylor, H., & Emond, A. (2015). The development of a tongue assessment tool to assist with tongue-tie identification. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, *100*(4), F344-F349. <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2014-307503>
- Ingram, J., Copeland, M., Johnson, D., & Emond, A. (2019). The development and evaluation of a picture tongue assessment tool for tongue-tie in breastfed babies (TABBY). *International breastfeeding journal*, *14*(1), 1-5. <https://doi.org/10.1186/s13006-019-0224-y>
- Kent, J. C., Ashton, E., Hardwick, C. M., Rowan, M. K., Chia, E. S., Fairclough, K. A., ... & Geddes, D. T. (2015). Nipple pain in breastfeeding mothers: incidence, causes and treatments. *International journal of environmental research and public health*, *12*(10), 12247-12263.
- Kingston, D., Dennis, C., & Sword, W. (2007). Exploring breast-feeding self-efficacy. *J Perinat Neonatal Nurs* *21*(3) 207–215. <https://doi.org/10.1097/01.JPN.0000285810.13527.a7>
- Kunskapscentrum Kvinnohälsan & Kunskapscentrum Barnhälsovård. (2020). *Tio steg som främjar amning En rapport om amningsvården i Region Skåne 2020*. <https://vardgivare.skane.se/siteassets/3.-kompetens-och-utveckling/sakkunniggrupper/kvinnohalsa/rapporter/tio-steg-som-framjar-amning---en-rapport-om-amningsvarden-i-region-skane.pdf>
- Lalakea, M., & Messner, A. (2003). Ankyloglossia: does it matter?. *The Pediatric Clinics of North America*, *50*, 381-397. [https://doi.org/10.1016/S0031-3955\(03\)00029-4](https://doi.org/10.1016/S0031-3955(03)00029-4)

- Levkovich, R., Sidebotham, M., Vaughan, K., & Dietsch, E. (2017). Ankyloglossia (Tongue-Tie)—To Snip or Not to Snip: An Integrative Literature Review. *International Journal of Childbirth*, 7(3), 126-138. <https://doi.org/10.1891/2156-5287.7.3.126>
- Livsmedelverket. (2021). *Spädbarn*. Hämtat 2021-03-15 från <https://www.livsmedelverket.se/matvanor-halsa--miljo/kostrad/barn-och-ungdomar/spadbarn>
- Mahurin-Smith, J., & Genna, C. W. (2019). Assessing the Breastfeeding Dyad: A Guide for Speech-Language Pathologists. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 4(3), 502-506.
- Messner, A., & Lalakea, M. (2000). Ankyloglossia: controversies in management. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 54(2), 123-131. [https://doi.org/10.1016/S0165-5876\(00\)00359-1](https://doi.org/10.1016/S0165-5876(00)00359-1)
- Messner, A., Lalakea, M., Aby, J., Macmahon, J., & Bair, E. (2000). Ankyloglossia: incidence and associated feeding difficulties. *Archives of Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, 126(1), 36-39. <https://doi.org/10.1001/archotol.126.1.36>
- Messner, A. H., Walsh, J., Rosenfeld, R. M., Schwartz, S. R., Ishman, S. L., Baldassari, C., Brietzke, S. E., Darrow, D. H., Goldstein, N., Levi, J., Meyer, A. K., Parikh, S., Simons, J. P., Wohl, D. L., Lambie, E., & Satterfield, L. (2020). Clinical Consensus Statement: Ankyloglossia in Children. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 162(5), 597-611.
- Miller, D. C., & Salkind, N. J. (2002). *Handbook of research design and social measurement*. Sage. <https://dx-doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.4135/9781412984386>
- Mills, N., Pransky, S. M., Geddes, D. T., & Mirjalili, S. A. (2019). What is a tongue tie? Defining the anatomy of the in-situ lingual frenulum. *Clinical Anatomy*, 32(6), 749-761. <https://doi.org/10.1002/ca.23343>
- Muldoon, K., Gallagher, L., McGuinness, D., & Smith, V. (2017). Effect of frenotomy on breastfeeding variables in infants with ankyloglossia (tongue-tie): a prospective before and after cohort study. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1561-8>
- O'Shea, J. E., Foster, J. P., O'Donnell, C. P., Breathnach, D., Jacobs, S. E., Todd, D. A., & Davis, P. G. (2017). Frenotomy for tongue-tie in newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011065.pub2>

- Oredsson, J., & Törngren, A. (2010). Tungbandsklippning hos barn med ankyloglossi och svårt att ammas. *Läkartidningen*, 107, 676-8.
- Rehn, M. (8 november 2020). Amningskompetens i hela vårdkedjan. *Barnmorskan*.
<https://barnmorskan.se/amningskompetens-i-vardkedjan/>
- Schwartz, K., D'Arcy, H. J., Gillespie, B., Bobo, J., Longeway, M., & Foxman, B. (2002). Factors associated with weaning in the first 3 months postpartum. *Journal of Family Practice*, 51(5), 439-444.
- Segal, L., Stephenson, R., Dawes, M., & Feldman, P. (2007). Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia. *Canadian Family Physician*, 53, 1027-1033.
- Slagter, K., Raghoobar, G., Hamming, I., Meijer, J., & Vissink, A. (2020). Effect of frenotomy on breastfeeding and reflux: results from the BRIEF prospective longitudinal cohort study. *Clinical Oral Investigations*. <https://doi.org/10.1007/s00784-020-03665-y>
- Socialstyrelsen. (2019a). *Statistik om amning 2017*. (Artikelnummer: 2019-9-6378).
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2019-9-6378.pdf>
- Socialstyrelsen. (2019b). Statistikdatabas för amning.
https://sdb.socialstyrelsen.se/ifa_amn/val.aspx
- Solis-Pazmino, P., Kim, G. S., Lincango-Naranjo, E., Prokop, L., Ponce, O. J., & Truong, M. T. (2020). Major complications after tongue-tie release: A case report and systematic review. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 138.
<https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2020.110356>
- Srinivasan, A., Dobrich, C., Mitnick, H., & Feldman, P. (2006). Ankyloglossia in breastfeeding infants: the effect of frenotomy on maternal nipple pain and latch. *Breastfeeding medicine*, 1(4), 216-224. <https://doi.org/10.1089/bfm.2006.1.216>
- Suter, V. G., & Bornstein, M. M. (2009). Ankyloglossia: facts and myths in diagnosis and treatment. *Journal of periodontology*, 80(8), 1204-1219.
<https://doi.org/10.1902/jop.2009.090086>
- Svenska tungbandsföreningen (u.å.) *Vad är kort tungband och läppband?* Hämtat 2021-02-25 från <http://www.tungband.se/vad-ar-kort-tung-och-lappband/>
- Todd, D. A. (2014). Tongue-tie in the newborn: What, when, who and how?: Exploring tongue-tie division. *Breastfeeding Review*, 22(2), 7-10.

Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J., França, G. V., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N., & Rollins, N. C., (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387(10017), 475-490.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)

World Health Organization. (2020). *LA31.2 Ankyloglossia*. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1838543063>. Hämtat 2021-04-13.

Bilagor

Bilaga 1. Informationsbrev och medgivandeblankett

Information till studiedeltagare och medgivandeblankett

Information till deltagare

Du har fått detta informationsblad eftersom ditt barn, enligt besöksregistret för Öron-Näsa-Halskliniken (inklusive Logopedmottagningen) på Skånes universitetssjukhus (SUS), har diagnostiserats med kort tungband (ankyloglossi) och/eller genomgått en tungbandsklippning. Vi vill därför fråga dig om du vill delta i ett forskningsprojekt. I det här dokumentet får du information om projektet och om vad det innebär att delta.

Vad är det för projekt och varför vill ni att jag ska delta?

Vi vill följa upp de barn som sökt kontakt med Öron-Näsa-Halskliniken vid SUS på grund av kort tungband och amningsbesvär. Om du tillsammans med ditt barn upplevt amningsbesvär och sökt hjälp för att åtgärda problematiken behöver vi din hjälp för att ta reda på om åtgärderna man gjort hjälpt dig och ditt barn i amningen. Om ni inte upplevt besvär med amning, utan sökt vård av andra anledningar, är vi tacksamma om ni ändå lämnar besked om detta i medgivandeblanketten nedan eftersom det påverkar tolkningen av resultaten.

Forskningshuvudman för projektet är Lunds universitet. Med forskningshuvudman menas den organisation som är ansvarig för studien.

Hur går studien till?

Om du tackar ja till att medverka i studien godkänner du att författarna får tillgång till journalen för det barn som sökte vård för kort tungband vid SUS. I journalen kommer vi hämta information om remissen som skickades till SUS, vilken läkare på SUS du haft kontakt med rörande ditt barns tungband, läkarens bedömning av tungbandet och läkarens beskrivning av eventuell behandling. I studien ingår även en enkät, som följer med detta informationsbrev. För att ni ska vara med i studien behöver den förälder som har ammat barnet fylla i enkäten. Medgivandet och enkäten skickar du in med det svarskuvert som medföljer detta utskick.

Om du väljer att *inte* delta i studien kan du markera det på medgivandeblanketten. Om du inte deltar i studien kommer vi inte gå in i ditt barns journal.

Möjliga följder och risker med att delta i studien

Studien innefattar endast journalsökning och en enkät med frågor. Medverkan i studien kommer *inte* innebära några fysiska prover eller fysisk närvaro från er.

Att gå igenom amningsbesvär och de bedömningar och ingrepp som är kopplade till kort tungband kan väcka olika känslor hos olika personer. För vissa är det kopplat till stress och oro. Om deltagandet i studien på något sätt skulle väcka obehagliga känslor eller minnen som du får svårt att hantera kan du kontakta någon av de ansvariga för studien. Du kan avbryta ditt deltagande i studien när som helst, utan att meddela varför du väljer att avbryta.

Vad händer med mina uppgifter?

Projektet kommer att samla in och registrera information om dig och ditt barn. Endast vi två som arbetar med forskningsarbetet och vår handledare kommer att ha tillgång till era uppgifter. Vid sammanställning av arbetet anonymiseras ni och alla dina svar. Efter att forskningsarbetet är gjort kommer samtliga personuppgifter att förstöras.

Ansvarig för dina personuppgifter är Lunds universitet. Enligt EU:s dataskyddsförordning har du rätt att kostnadsfritt få ta del av de uppgifter om dig som hanteras i studien, och vid behov få eventuella fel rättade. Du kan också begära att uppgifter om dig raderas samt att behandlingen av dina personuppgifter begränsas. Om du vill ta del av uppgifterna ska du kontakta någon av de ansvariga för studien (se nedan). Dataskyddsombud nås på dataskyddsombud@lu.se eller telefonnummer +46 46 222 04 26. Om du är missnöjd med hur dina personuppgifter behandlas har du rätt att ge in klagomål till Datainspektionen, som är tillsynsmyndighet.

Hur får jag information om resultatet av studien?

Du kommer att få möjlighet att läsa resultaten i en magisteruppsats som kommer att finnas tillgänglig gratis. Vid intresse, kan du kryssa i en ruta och fylla i din epostadress i medgivandebblanketten, så skickas uppsatsen till dig då den är publicerad. Vill du inte ta del av resultaten kommer ingen uppsats att skickas till dig.

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför, och det kommer inte heller att påverka din framtida vård eller behandling.

Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta någon av de ansvariga för studien (se nedan).

Ansvariga för studien

Ansvariga för studien är:

Ellen Alwall
Logopedstudent
Telefonnummer: XXX-XXXX
xxxxx.xxxxxxxxxx@student.lu.se

Ingrid Bjerner
Logopedstudent
Telefonnummer: XXX-XXXX
xxxxx.xxxxxxxxxx@student.lu.se

Handledare
Roland Rydell
Docent, överläkare
Telefonnummer: XXX-XXXX
Mail: xxxxx.xxxxx@med.lu.se

*Avdelningen för logopedi, foniatri och
audiologi,
Institutionen för kliniska vetenskaper i Lund,
Lunds Universitet
221 85 Lund*

Medgivandeblankett

Jag har mottagit information om studien och:

- är villig att delta och fyller i bifogad enkät.
- är *inte* villig att delta.
- hade *inte* problem med amning och kan därför inte medverka.

Barnets personnummer

Förälders namn

Datum

Förälders namnteckning

- Jag vill ha en digital kopia av den färdiga uppsatsen skickad till min mail

Förälders epost (för utskick av färdig uppsats)

Bilaga 2. Enkät

Formulär om vårdkontakter och amningsfunktion vid kort tungband

Dessa frågor berör ditt barn som varit i kontakt med öron-näsa-halskliniken på Skånes universitetssjukhus (SUS) på grund av kort tungband och amningssvårigheter. Enkäten fylls i av den förälder som ammar/ammade barnet.

1. Ditt barns personnummer:

2. Varför sökte du behandling av ditt barns korta tungband (vilka symptom upplevde du och ditt barn)?

Om du behöver mer svarsutrymme, var god lämna svar på sista sidan

3. Tror du att ditt barns korta tungband var en viktig anledning till amningsbesvären?

Ja Nej

4a. Har du fått någon professionell amningshjälp utöver din kontakt med öron-näsa-halskliniken vid SUS, exempelvis på BVC eller amningsmottagning?

Nej Ja

4b. Om Ja, beskriv hos vilken vårdgivare:

5a. Har ditt barns tungband blivit klippt?

Nej Ja, på öron-näsa-halskliniken på SUS

Ja, hos annan vårdgivare:

Fortsätter på nästa sida

5b. Anser du att tungbandsklippet gjorde nytta för din amningsituation?

- Ja Nej Mitt barns tungband klipptes ej
-

6. Har ditt barn följt sin viktkurva under sina första 4 månader?

- Ja Ja, men först efter tungbandsklipp/professionell amningshjälp Nej
-

7a. Ammade du ditt barn när barnet fyllde 4 månader?

- Ja, helammade Ja, delammade med ersättning Ja, delammade med smakprover

- Nej (gå direkt till 7c)

7b. Om du hel- eller delammade ditt barn, hur tyckte du att amningen fungerade vid 4 månader? (ringa in det alternativ som passar bäst)

Mycket bra Bra Varken bra eller dåligt Dåligt Mycket dåligt

7c. Om du delammade eller inte ammade ditt barn, vad berodde det på?

Om du behöver mer svarsutrymme, var god lämna svaret på sista sidan

8a. Är du nöjd med din kontakt med öron-näsa-halskliniken på SUS? (ringa in det alternativ som passar bäst)

Mycket nöjd Nöjd Varken nöjd eller missnöjd Missnöjd Mycket missnöjd

8b. Motivera gärna ditt svar!

Om du behöver mer svarsutrymme, var god lämna svaret på sista sidan

Fortsätter på nästa sida

9. Ytterligare kommentarer?

Bilaga 3. Gunnarsdottir, A. & Josefsson, M. (2019). *Kort tungband; information till BVC och distriktssjuksköterskor.*

Giltighetsid: 190201-210201



Kort tungband; information till BVC och distriktssjuksköterskor

Kort tungband – vad är det?

Medfödd variant av tungans anatomi, där barn föds med ovanligt kort eller tjockt frenulum (slemhinneveck/"band" under tungan) och dess fäste ligger långt fram i munbotten eller på insidan av tandvallen. Kort eller stramt tungband kan i sin tur hämma tungans rörelser. Mellan 4 och 11% av alla barn föds med kort tungband, och det är vanligare hos pojkar. Ibland har dessa barn samtidigt läppband. Om kort tungband inte är åtgärdat/klippt i spädbarnsålder brukar med tiden dessa tungband delvis sträckas och förlängas av sig själva. Förekomst av kort tungband har en viss, men inte uttalad, ärftlighet.

Vilka besvär kan kort tungband ge?

Oftast ger kort tungband INGA symptom. Hos ca 20% av barn med kort tungband kan det vara kopplat till amningssvårigheter; barnet kan ha problem med att få tag på bröstet, släpper taget lätt, eller modern upplever smärta vid amning.

Man har kunnat se i studier att modern kan uppleva mindre smärta vid amning de första veckorna efter att ett kort tungband hos barnet är åtgärdat/klippt. Vissa mödrar kan samtidigt uppleva att amning fungerar bättre för barnet än innan. Man har dock inte kunnat bevisa signifikant denna positiva effekt på amning, inte minst eftersom det saknas objektiva och randomiserade studier på vilken effekt åtgärd av tungband har på ammande barn och deras mödrar på längre sikt. Detta beror till stor del på att sådana studier är mycket svårutförda.

Inga bevis finns för att kort tungband ger problem vid barnets språkutveckling och begränsad information finns om de problem som eventuellt kan vara vid artikulation senare i livet. Mycket kort tungband kan möjligtvis orsaka viss bettanomali, problem med oral hygien, sväljningssvårigheter eller dregling.

Hur bedömer man om tungband är kort och ger besvär?

För att kunna bedöma om barn har kort tungband är bäst att först låta barnet sitta eller ligga i förälders knä. Undersökare för sedan in ett finger på vardera sida under tungan och lyfter upp tungan och samtidigt lyser med pannlampa eller ficklampa in i munnen.

- Var fäster tungbandet in; i munbotten, eller fram på tandvallen?
- Vilken form har tungspetsen? Hjärtformad, kluven eller rund?
- Hur lätt lyfts tungan upp när barnet gråter? Lyfts enbart tungans kanter upp, eller lyfts tungan nästan inget alls?
- Kan barnet sträcka ut tungan? (Kan vara väldigt svårbedömt hos spädbarn) Kan barnet sträcka ut tungan utanför den nedre tandraden/tandvallen, eller utanför underläppen?
- Är tungbandet tjockt eller tunt?
- Obs: det finns ingen uppdelning i "främre" eller "bakre" tungband, så som många tror

När behövs kort tungband åtgärdas?

Kort tungband kan behöva åtgärdas (klippas) om man misstänker att det är orsak till problem vid amning.

Agnes Gunnarsdottir ST läkare inom ÖNH sjukdomar, SUS Lund/Malmö
Malin Josefsson specialist inom ÖNH sjukdomar och faniatri, SUS Lund/Malmö



Giltighetstid: 20201-210201

Sällan, men ändå i vissa fall, kan kort tungband behöva åtgärdas hos äldre barn om man misstänker att det ger artikulationssvårigheter (ex L, T eller främre R). I dessa fall skall barnet bedömas hos en logoped, som kan avgöra om svårigheterna kan förklaras av ett kort tungband och i så fall skicka till öron- näs och halsläkare.

Äldre barn med kort tungband kan i vissa fall ha problem med rengöring av tänder då tungan inte räcker till för att rensa tänderna från matrester. Oftast söker dessa patienter tandläkare på grund av sina bekymmer, och vissa tandläkare gör själva tungbandsklipp på denna patientgrupp.

Hur behandlar man kort tungband hos barn?

Om en kort tungband bedöms behövas åtgärdas görs det hos en ÖNH läkare när barnet är <12 månader. Barn som är äldre kan också få tungband åtgärdat av öronläkare, eller i vissa fall tandläkare. Oftast görs detta så att förälder sitter med barnet i knät, läkaren lyfter upp tungan och klipper sedan tungbandet med en sax, utan applicering av lokalbedövning. Ibland får barnet smaka sockerlösning innan ingreppet. Anledning till att ingen lokalbedövning ges är så att barnet skall kunna amma direkt efter ingreppet, men även eftersom själva ingreppet inte är mer smärtsamt än ett stick med bedövningsnålen. En mindre blödning kan förekomma, men den brukar sluta spontant. Kort tungband åtgärdas sällan hos barn mellan 1 och 3 år. Hos barn äldre än 3 år behövs oftast narkos, men från 6 år brukar barnen klara av behandlingen utan narkos men med lokalbedövning.

Klippning av kort tungband är ett litet ingrepp med få komplikationer. De vanligaste komplikationerna är blödning, smärta, ärrbildning eller ett senare behov för reoperation.

Det finns andra metoder att åtgärda tungband än att klippa; dessa görs t.ex. när tungbandet är väldigt kort eller stramt. Då kan göras så kallad frenuloplastik/ z-plastik. Denna metod används sällan på spädbarn.

Viktigt är att inte ge föräldrar för stora förväntningar inför ingreppet, då klipp av tungband ger positiv effekt hos endast en del av barnen. Ofta är amningssvårigheter ett multifaktoriskt problem, där tungband kan vara en del av förklaringen.

När skall man skicka barnet till bedömning hos ÖNH läkare?

- Synligt kort tungband OCH modern upplever amningsproblem som kan vara orsakade av kort tungband (barnet har svårt för att få tag i bröst vid amning, släpper lätt, eller mamman upplever smärta vid amning.)
- Bäst är om barnet är yngre än 3 månader gammalt, men absolut inte äldre än 1 år. För barn mellan 1-3 år görs sällan något ingrepp hos de med kort tungband.
- Om barn är äldre än 3 år och man misstänker artikulationssvårigheter i samband med kort tungband kan det ibland behövas bedömning hos ÖNH läkare – dock först efter bedömning hos en logoped.
- Äldre barn, eller tonåringar, kan ibland själva önska åtgärd av kort tungband av olika skäl

Referenser: CADTH 2016, Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. *Frenectomy for the correction of ankyloglossia: a review of clinical effectiveness and guidelines.* <http://www.cadth.ca/frenectomy-correction-ankyloglossia-review-clinical-effectiveness-and-guidelines>. (accessed 5th November 2018): RC0785-000.

O'Shea JE, Foster JP, O'Donnell CPF, Breathnach D, Jacobs SE, Todd DA, Davis PG. *Frenotomy for tongue-tie in newborn infants.* Cochrane Database Syst Rev. 2017 Mar 11; 3.

Agnes Gunnarsdóttir ST läkare inom ÖNH sjukdomar, SUS Lund/Malmö
Malin Josefsson specialist inom ÖNH sjukdomar och foniatr, SUS Lund/Malmö