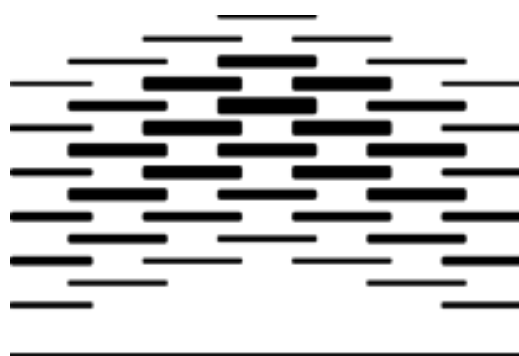


Ammeinformasjon på barsel

*Jordmødre og barnepleieres tanker om hvordan de kan gi
samsvarende ammeinformasjon og veiledning til nybakte mødre på
barsel*

Silje Heen Kletthagen og Silje Enger



**HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS**

Fakultet for helsefag, jordmorutdanningen, Pilestredet

MAJO5900, Master i jordmorfag

HØGSKOLEN I OSLO OG AKERSHUS

Hovedveileder: Zada Pajalic

Biveileder: Ellen Blix

Antall ord: 13643

27.10.2016

Silje Heen Kletthagen og Silje Enger

Masteroppgave i jordmorfag

Fakultet for helsefag

HØGSKOLEN I OSLO OG AKERSHUS

27.10.2016

Studentens navn: Silje Heen Kletthagen og Silje Enger
Utdanning og kull: Master i jordmorfag, MAJOR15
Dato: 27. Oktober 2016
Tittel: <i>Jordmødre og barnepleieres tanker om hvordan de kan gi samsvarende ammeinformasjon og veiledning til nybakte mødre på barsel</i>
Problemstilling: <i>«Hvordan kan jordmødre og barnepleiere på barselavdelingen gi samsvarende ammeinformasjon?»</i>
Sammendrag: <u>Bakgrunn:</u> Etter en gjennomgang av "ris og ros skjema" ved en barselavdeling, viser det seg at flere mødre opplever at de får sprikende ammeinformasjon, og blir utrygge og forvirret når det kommer til amming av sitt barn. <u>Formål:</u> Formålet med studien er å beskrive hva jordmødre og barnepleiere på barselavdelingen tenker om tilbakemeldingene fra nybakte mødre og hvordan de kan gi samsvarende ammeinformasjon. <u>Metode:</u> Det er en kvalitativ studie, med gruppeintervjuer med jordmødre og barnepleiere. Intervjuene ble analysert med kvalitativ manifest og latent innholdsanalyse. <u>Resultat:</u> Studien viste fire faktorer som var viktig for at ammeinformasjonen oppleves som samsvarende. Mødrenes mottagelighet, kommunikasjon, holdninger til amming og yrkesroller. <u>Konklusjon:</u> Resultatene viste viktigheten av at jordmødre og barnepleiere kan tilpasse ammeinformasjonen slik at mødrene føler de får samsvarende informasjon.
Nøkkelord: breastfeeding, process-oriented, , training, feel secure, experience support, knowledge, education, lactation,

Student name: Silje Heen Kletthagen og Silje Enger

Education: Master in midwifery

Date: 27. October 2016

Title: *Midwives' and nursery nurses' thoughts on how to provide the same information and guidance to new mothers in postnatal ward.*

Thesis question:

«How to make sure that midwives and nursery nurses provide the same information when it comes to breastfeeding in postnatal ward?»

Abstract:

Background: After performing a canvass at a postnatal ward and a thorough examination of the results, one can see that an increasing amount of mothers are getting mixed information about breastfeeding, which is making them unsure and confused when it comes to breastfeeding one's own child.

Goal: The goal of this study is to describe what midwives and nursery nurses, in a postnatal ward, think about the feedback that comes from these new mothers and how they can provide this group with same information about breastfeeding.

Method: This is a qualitative study, where group interviews with midwives and nursery nurses has been performed. The interviews were analyzed with a qualitative manifest and latent content analysis.

Result: Four factors are important to consider if one wants corresponding information about breastfeeding. The receptiveness of mothers, communication, attitudes towards breastfeeding and professional roles.

Conclusion: The results showed that the ability of midwives and nursery nurses to adjust the information about breastfeeding is important for the mothers if they are to feel as if they are getting corresponding information.

Keywords: breastfeeding, process-oriented, , training, feel secure, experience support, knowledge, education, lactation,

Forord – Takk til

Denne masteroppgaven har vært en lang og lærerik reise. Det er mange personer som har bidratt til at denne studien har blitt gjennomført. Vi vil først takke våre kjære menn som har holdt ut med oss mens vi har jobbet med studien. Den støtten vi har fått fra hjemmebane har vært avgjørende for å klare denne jobben. Tusen takk!

I tillegg vil vi takke alle deltagerne i studien, som tok seg tid til å stille opp på intervju. Det er vi veldig takknemlige for. En stor takk til avdelingsjordmor og seksjonsoverlege ved føde og barselavdelingen intervjuene ble gjort på, for at vi fikk gjøre denne studien.

Vi vil også få takke veilederen vår, Zada Pajalic, for all støtte, faglige tilbakemeldinger og tilgjengelighet gjennom hele perioden.

Tusen takk!

Silje Heen Kletthagen og Silje Enger

Lillehammer, oktober 2016.

Innhold

1.0	Introduksjon og problemstilling	7
1.1	Bakgrunn	7
1.1.1	Formål med studien	10
2.0	Teoretisk forankring	10
2.1	Kommunikasjon	10
2.1.1	Verbal- og nonverbal kommunikasjon	11
2.1.2	Informasjon og veiledning – en Empowerment prosessen	12
2.2	Sosiale holdninger	13
2.2.1	Theory of Planned Behavior/ Teori om planlagt atferd	13
2.2.2	Holdninger og amming	15
3.0	Metode	16
3.1	Kvalitativ metode	16
3.2	Gruppeintervju som datainnsamlingsmetode	17
3.2.1	Semistrukturerte intervjuer og intervjuguide	17
3.2.2	Gjennomføringene av intervjuene	18
3.3	Utvalg og rekruttering	18
3.4	Kontekst	19
3.5	Etiske overveielser	20
3.6	Transkripsjon og analyse	21
3.6.1	Transkripsjon	21
3.6.2	Analyse	22
4.0	Resultat	23
4.1	Ammeinformasjons kompleksitet	23
4.2	Mødrenes mottakelighet	24
4.3	Kommunikasjon	25
4.4	Holdninger i endring	28
4.5	Organisering av barselavdelingen	28
4.6	Yrkesroller	30
5.0	Diskusjon	31
5.1	Diskusjon av metode	31
5.2	Diskusjon av resultat	34
6.0	Konklusjon	40
7.0	Litteraturliste	42
8.0	Vedlegg	45

1.0 Introduksjon og problemstilling

Mødrene på barsel har gitt uttrykk for at de får forskjellig og sprikende ammeinformasjon fra jordmødre og barnepleiere på barselavdelingen. Dette kommer til syne gjennom anonyme tilbakemeldinger på ”Ris og Ros” skjema. Ut ifra disse tilbakemeldingene ønsket det med denne studien å finne ut av hvilke tanker jordmødre og barnepleiere ved avdelingen hadde om tilbakemeldingene og hvordan de kunne gi samsvarende ammeinformasjon. Videre ville vi vite hva som spilte inn på det å gi helhetlig ammeinformasjon. Om erfaringer, og for eksempel holdninger og kunnskap påvirker den informasjonen de gir, og om ammeveiledning kan håndteres på en annen måte. Ved å belyse dette kan kanskje jordmødre og barnepleiere gi ammeinformasjon som bidrar til at mødrene blir fornøyde og føler seg trygge. Vår problemstilling var derfor: *”Hvordan kan jordmødre og barnepleiere på barselavdelingen gi samsvarende ammeinformasjon?”*

1.1 Bakgrunn

Det finnes mange studier innenfor amming og ammeveiledning. Det er gjort studier på om det er forskjell på tilfredsstillheten til mødre som har fått veiledning av jordmødre og barnepleiere med ammekurs eller spesiell utdanning innen amming og på jordmødre eller barnepleiere uten denne spesifikke utdannelsen. Men vi har ikke funnet studier som sier noe konkret om hvordan jordmødre og barnepleiere kan unngå at mødre føler ammeinformasjonen spriker.

Det er mange fordeler med amming både for mor og barn. Studier viser at amming er med på å forebygge blant annet gastrorelaterte plager, respiratoriske infeksjoner, diabetes type 1 og 2 og atopisk eksem hos barn (Henderson & Redshaw, 2011). For mødre er det redusert risiko for eggstokkreft og brystkreft, diabetes type 2 og post partum depresjon hvis de ammer (Henderson & Redshaw, 2011). Det viser seg at amming fremmer tilknytning mellom mor og barn (Hannula, Kaunonen, & Tarkka, 2008). WHO anbefaler derfor fullamming til barnet er seks måneder gammelt, deretter delvis amming fram til 2 år (Helsedirektoratet, 2014). Likevel viser svenske studier at selv om nesten alle mødre ønsker å amme barnet sitt, er det cirka 20% som slutter etter en uke, av ulike årsaker. Etter to måneder har nesten 35% sluttet å amme (Palmér, Carlsson, Brunt, & Nyström, 2015).

Ammefrekvensen har variert gjennom årenes løp. På 1970 tallet var ammefrekvensen i nordiske land rekord lave. Dette kom av at mødre og barn ble skilt på barsel og hadde faste ammetider. Frekvensen økte igjen på midten av 70-tallet, da barnene i større grad fikk være sammen med mor (Svensson & Nordgren, 2002). Barselomsorgen i dag er lagt opp etter retningslinjer fra helsedirektoratet. De har kommet med retningslinjer som skal sikre at barselkvinnene får faglig forsvarlig barselomsorg, helhetlig pasientforløp, riktig prioriteringer og tilstrekkelig kvalitet på barselomsorgen (Helsedirektoratet, 2014). Det står skrevet i retningslinjene at kvinnene skal motta tilstrekkelig informasjon slik at de skal kunne ta informerte valg. Det står også at organiseringen mellom de ulike tjenestene i barseltiden, skal ha godt fordelte arbeidsoppgaver, og at det skal være helsepersonell med tilstrekkelig faglig kunnskap og tid (Helsedirektoratet, 2014).

I retningslinjene er forfatterne selv kritisk til at det ikke er lagt vekt på den korte liggetiden som er i dag. Fra den perioden familien reiser hjem fra sykehuset til det er en kontakt med kommunen, er det en kritisk periode. Det er derfor disse retningslinjene er kommet slik at det bør settes søkelys mot hvordan det bør være (Helsedirektoratet, 2014). Barselomsorgen er et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Men siden sykehusene har kortet ned liggetiden, har det gitt økt press på kommunen og helsestasjonene der. Forslaget om at jordmor skulle komme på hjemmebesøk etter fødsel kom i 1984, men det er fortsatt en lang vei igjen å få dette til i de fleste kommuner (Tegnander & Brunstad, 2010).

De første dagene etter fødselen skal det være fokus på at kvinnen blant annet skal få ro, hvile og næringsrik kost, at det er faglig kompetent personell som skal gi viktig informasjon, omsorg og pleie mens de er på barsel, og støtte til amming. Lengden på oppholdet på barsel bør være så lenge slik at individuelle behov i forhold til informasjon og veiledning er dekket (Helsedirektoratet, 2014). Når de reiser hjem skal det være helt klart for familien hvor de kan søke hjelp hvis det skulle være utfordringer. Når kvinnen reiser hjem anbefales det hjemmebesøk av jordmor innen første til andre døgn, og kontakten med helsesøster begynner cirka en til to uker etter fødsel. Man vet at mange kvinner reiser hjem før blant annet ammingen er skikkelig i gang, og melkemengden ikke er tilfredsstillende enda. Det oppstår ofte problemer med såre brystknopper og brystspreg de første dagene hjemme (Alquist, 2006). Derfor er det svært viktig at kvinnene får den støtten og omsorgen som kreves i denne perioden (Helsedirektoratet, 2014). Det er viktig å tenke på at den korte liggetiden kan påvirke ammingen negativt, spesielt hvis ikke kommunehelsetjenesten blir styrket (Helsedirektoratet, 2014). Det står beskrevet i retningslinjene at liggetiden bør være lenge nok

slik at melkemengden er tilfredsstillende og ammingen er kommet skikkelig i gang, spesielt hvis kommunen ikke har kapasitet til tidlig hjemme besøk (Helsedirektoratet, 2014). Halvparten av de kommunene som har jordmørtjeneste har bare jordmor i en 40 % stilling eller mindre (Flaa, 2016). Det vil si at når mødrene blir sendt hjem tidlig, er det ikke nok jordmødre til å følge opp ammingen når de kommer hjem (Flaa, 2016). I følge kvinnene selv så er det også barselomsorgen som kommer minst heldig ut av både svangerskap- og fødselsomsorgen (Sjetne, Kjøllestad, Iversen, & Holmboe, 2013). Det gjelder spesielt de få dagene de er på barsel. Det mange kvinner påpekte i denne studien var at de ønsket seg mer informasjon og veiledning, og det gjaldt spesielt i forhold til amming. Den samme studien var det også flere kvinner som ga uttrykk for at de hadde fått mye motstridende råd fra personalet. Med det tyder på at barselomsorgen er god, men den har tydelig forbedringspotensialet (Sjetne et al., 2013).

Barselomsorgen i Norge bygger på WHO sine 10 trinn for vellykket amming. 10 trinn for vellykket amming bygger blant annet på at skriftlig informasjon gis rutinemessig til alle kvinner på barselavdelingene og å tilby opplæring for at det er mulig for helsepersonell og gi god amnehjelp (Ammehjelpen, 2010) (vedlegg 6). En strategi for å fremme amming er Unicef/WHOs "*Baby friendly hospital initiativ*" (BFHI), i Norge kalles denne sertifiseringen av barselavdelinger "*Mor-Barn-Vennlig-Initiativ*" (MBVI) (Abrahams & Labbok, 2009). For å få denne sertifiseringen, må barselavdelingen innfri kravene til Ti trinn for vellykket amming (Helsedirektoratet, 2014). Det viser seg at mødre fullammet lengre hvis de ble fulgt opp på barselavdelinger som er sertifisert MBV (Abrahams & Labbok, 2009; Helsedirektoratet, 2014).

Blixt, Mårtensson og Ekström (2014) har gjort studier på hvordan "*process-oriented training*" i amming påvirker jordmødre og barnepleiere i å gi ammeveiledning. De kom frem til at jordmødre og barnepleiere som får ammekurs og opplæring som er basert på WHO sine ti trinn for vellykket amming, føler seg tryggere i forhold til å gi ammeveiledning til mødre. Studien viser også at mødre som fikk ammeveiledning fra jordmødre og barnepleiere som hadde gått på ammekurs, ammet lengre enn de som hadde fått veiledning fra jordmødre og barnepleiere som ikke hadde deltatt på tilsvarende kurs (Blixt, Mårtensson, & Ekström, 2014). En annen studie som er gjort på "*Process-oriented*" amming, viser at jordmødre og barnepleiere som blir kurset og utdannet i amming er mer positive og oppmuntrende ovenfor mødre når det gjelder amming. Mødrene føler seg tryggere, og blir bedre rustet til å amme (Anette Ekström, Kylberg, & Nissen, 2010).

Ved avdelingen i dag blir det gitt ut et ammehefte til alle mødre. I kommunehelsetjenesten blir det allerede i svangerskapet gitt ut en ammebok fra ammehjelpen ”*Hvordan du ammer ditt barn*”. Formålet med ammehefte og ammeboken er at mødre skal kunne slå opp på det de lurer på. En ting er skriftlig informasjon, men teori og praksis kan ofte være og oppleves forskjellig. Derfor innebærer også ammeinformasjon som barnepleiere og jordmødre gir på barselavdelingen, praktiske ferdigheter. Som å vise ulike ammestillinger, sugeteknikk, etc. Ved avdelingen er det også utarbeidet en ammeprosedyre, som bygger på de ti trinn for vellykket amming. I denne prosedyren står det at alle ansatte skal ha et eksemplar av prosedyren og at ansatte som har ansvar for ammeveiledning skal ha minst tolv timer med opplæring. Denne opplæringen innebærer tre timer med praktisk opplæring og ni timer med teoretisk opplæring i det å gi ammeinformasjon til mødrene (Vedlegg 5).

Flere studier viste at god ammeveiledning på barselavdelinger avhenger av kunnskap, holdninger og erfaringer hos jordmødre og barnepleiere som gir veiledning (Henderson & Redshaw, 2011; Persson, Fridlund, Kvist, & Dykes, 2011). Individuelt tilpasset ammeveiledning gjør at mødre føler seg tryggere og mer selvsikre på amming spesielt. Forutsatt at informasjonen som blir gitt er samsvarende og relevant (Persson et al., 2011).

1.1.1 Formål med studien

Formålet med studien er å beskrive hva jordmødre og barnepleiere på barselavdelingen tenker om tilbakemeldingene fra nybakte mødre og hvordan de kan gi samsvarende ammeinformasjon.

2.0 Teoretisk forankring

2.1 Kommunikasjon

God kommunikasjon er gjerne en forutsetning for gode relasjoner og kunne gi pasienten og pårørende den beste hjelpen og støtten, som i denne studien gjelder mødrene.

Kommunikasjonen skal legge til grunnlag for tillitt, skape trygghet, legge til rette for at mødre føler de mestrer en situasjon, og legge til rette for god informasjon. Men gode kommunikasjons- ferdigheter må gjerne trenes opp og utvikles og er spesielt viktig for jordmødre og barnepleiere, da god kommunikasjon gir grunnlag for tillitt, nærhet og gode

relasjoner (Eide & Eide, 2007). Eide & Eide (2007) beskriver begrepet kommunikasjon som å gjøre noe felles, gjøre en annen delaktig og ha forbindelse med. Det er en utveksling av tegn og signaler- nonverbal kommunikasjon og verbal kommunikasjon. Gode kommunikasjonsferdigheter skal fremme utvikling hos mødrene og deres kunnskap om amming. Siden mødrene er kort tid på barsel, så krever det at jordmødrene og barnepleierne har gode ferdigheter innenfor kommunikasjon. Da kan de på best mulig måte klarer å indentifisere hva ammesituasjonen krever, og unngå uheldige valg eller dårlige løsninger. For hvis kommunikasjonen er dårlig, er det en fare for profesjonelle feil og mangler (Eide & Eide, 2007).

Som helsepersonell, jordmødre og barnepleiere, kommuniserer vi med mødrene, babyen og andre kollegaer. Jordmødre og barnepleiere skal finne ut av hva pasienten trenger av informasjon, deretter tilrettelegge og gjøre at mødrene blir delaktige i den ammeinformasjonen de får. Det skal fremmes at mødrene kan ta selvstendige informerte valg, og få tilpasset informasjon (Eide & Eide, 2007). Det skal legges til rette for den nye livssituasjonen foreldrene er i, og fremme amming på en god måte. Jordmødre og barnepleiere har en viktig jobb når de skal informere og veilede i amming. Det krever kunnskap på både verbal- og nonverbal kommunikasjon. Mødrene er i en overgangsfase etter fødsel, og det skjer en del fysiologiske endringer med kroppen. Som for eksempel endringer i hormonnivå hos mor, de er også slitne etter en fødsel (Aksu, Kk, & Dzgn, 2011). Derfor kreves det, slik medforfatterne tolker litteraturen, at jordmødre og barnepleiere vet hvordan de best mulig kan kommunisere med mødrene, slik at de oppfatter det som blir informert om.

2.1.1 Verbal- og nonverbal kommunikasjon

Med den nonverbale kommunikasjonen innebærer det alle måter vi er på, mens det verbale kommunikasjonen ikke kan forstås uten den nonverbale kommunikasjonen (Weihe, 1997). Både verbal og nonverbal kommunikasjon må fortolkes. Ord har også sjelden bare en betydning. Det kan være alt fra vennlig til ironisk og sarkastisk. Den nonverbale kommunikasjonen er alt fra kroppsspråk til ansiktsuttrykk. Det er hvordan disse signalene fra både verbal og nonverbal kommunikasjon blir oppfattet som legger grunnlag for om det blir en god og trygg relasjon eller om det blir en avstand, forvirring eller mistillit mellom mennesker (Weihe, 1997). Slik medforfatterne tolker det kan dette overføres til jordmødre og barnepleieres møte med mødrene på barselavdelingen. Derfor blir det viktig, slik

medforfatterne ser det, at jordmødre og barnepleiere er oppmerksom på egne nonverbale tegn og signaler da dette oppfattes av mødrene.

Vi kommuniserer mye med nonverbale tegn og signaler. Som jordmødre og barnepleiere kan man vise med kroppsspråk og ansiktsuttrykk at vi enten er engasjerte med å smile, sette oss ned med mødrene og gi blikk-kontakt mens man gir ammeinformasjon. Eller vi kan vise med kroppsspråket at man egentlig er stresset og lite engasjert ved å se på klokka, gjespe, eller holde avstand mens man gir ammeinformasjon. Jordmødrenes og barnepleierens nonverbale kommunikasjon er kanskje viktigere enn man skulle tro, da det viser mødrene at vi er interesserte til å hjelpe, som igjen er avgjørende at mødrene føler seg ivaretatt og trygge (Eide & Eide, 2007).

2.1.2 Informasjon og veiledning – en Empowerment prosessen

I følge Tveiten (2007) defineres veiledning som en utdanningsprosess. Veiledning er også en del av Empowerment prosessen, hvor jordmor skal gi økt trygghet, kunnskap og være med på å øke mestringsfølelsen hos mødrene (Tveiten, 2007). I følge Tveiten (2007) definerer WHO (1998) Empowerment som omfordeling av makt, og som en prosess der, i dette tilfelle mødrene, får en større kontroll over tiltak og handlinger som berører dem selv og barna deres. Tilpasset informasjon til mødrene om amming er viktig. Det blir også viktig for jordmødre og barnepleiere å sikre seg at mødrene har forstått hva som er informert om (Bäckström, Wahn, & Ekström, 2010). Informasjon er ikke det som blir sagt, ifølge Vifladd, Hopen & Berg (2004), men det som faktisk blir oppfattet (Vifladd, Hopen, & Berg, 2004). Eide og Eide (2007) skriver i sin bok at for helsehjelperen er det å gi veiledning og informasjon en av de viktigste oppgavene. De trekker fram hvor viktig det er at helsehjelperen tilegner seg kunnskap om pasienten, slik at man har et best mulig grunnlag for å gi tilpasset med informasjon og veiledning. Slik medforfatterne tolker det er dette overførbart til jordmor og barnepleierens rolle i å gi ammeinformasjon og veiledning til mødrene. Videre skriver Eide og Eide (2007) at informasjon og veiledning blir en viktig del av Empowerment prosessen hvis den er med på at pasienten mestrer situasjonen bedre og blir mest mulig selvhjulpent. Økt kunnskap hos mødrene gir en følelse av kontroll. Spesielt hvis kunnskapen mestres praktisk. (Eide og Eide, 2007). Ved å gi tilpasset med informasjon, slik at mødrene sitter igjen med kunnskap om amming. Og i tillegg gi veiledning slik at de mestrer kunnskapen i praksis, vil man som jordmor og barnepleier kunne være med på å gi mødrene mestringsfølelse og Empowerment.

2. 2 Sosiale holdninger

Holdninger er noe vi mennesker har i oss, uansett om det er positive eller negative holdninger. Men hva er holdninger? Holdninger er et begrep som sier noe om det vi i utgangspunktet ikke kan observere, og man kan ikke beskrive det direkte. Det er hvordan en person uttrykker seg verbalt og gjennom handlinger (Raaheim, 2002). Ut ifra personens følelsesmessige reaksjoner og atferd i forskjellige situasjoner, trekker man en konklusjon på hva slags holdninger den personen har. Dette behøver da selvfølgelig ikke å stemme, da en person kan ha holdninger om en situasjon, men atferden kan være noe annet. Det kan for eksempel være at mødrenes holdning til amming kan være positiv, men allikevel viser atferden at de kanskje ikke ønsker det, eller viser initiativ til å ville det. Som Raaheim (2002) beskriver, vil de grunnleggende holdningene vi har til oss selv ha betydning for hvilke holdninger vi tilegner oss. Det betyr at vårt selvbilde har en stor betydning på hvilke oppgaver vi begynner med, og opplevelsen av mestring og kontroll. Mestringsforventning er et viktig begrep i denne sammenhengen. Det er vist at personer som har et positiv holdning til situasjoner, opplever å mestre situasjonen bedre (Raaheim, 2002). Det kan for eksempel være at hvis en mor har et positiv holdning til at hun kan klare å amme, så vil hun også lettere klare å takle en ammesituasjon. Dette er et eksempel på kognitive og atferdsmessige prosesser som påvirker holdninger. Holdninger kan også komme av ulike situasjoner som har preget livet som gjør at ettervirkningene kan bli vanskelig å bli kvitt (Raaheim, 2002). Det kan for eksempel være hvis en mor har veldig dårlig ammeerfaring fra første barnet, så kan det påvirke holdningene hun har i forhold til amming hvis hun skulle ammet et barn til.

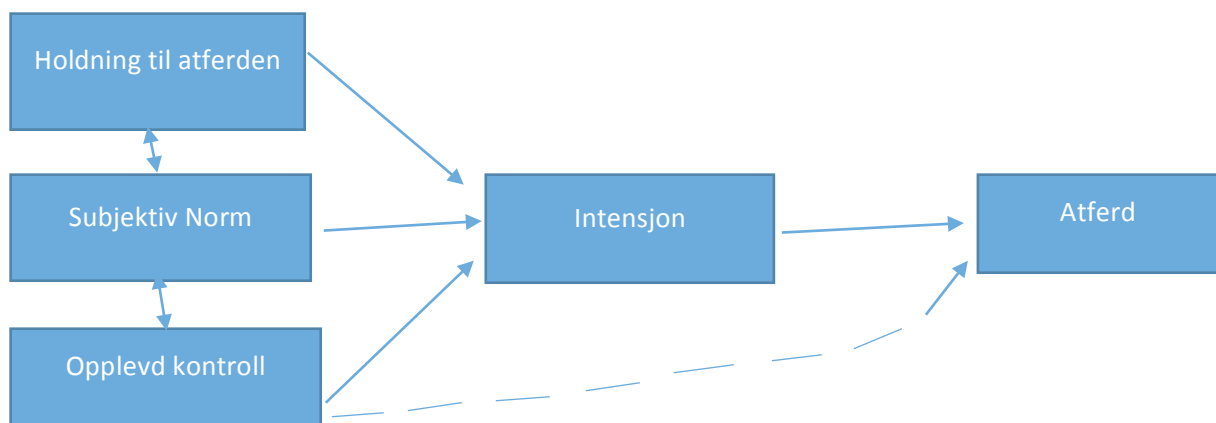
2.2.1 Theory of Planned Behavior/ Teori om planlagt atferd

Forholdet mellom holdning og atferd kan være i uoverensstemmelse. Helst vil mennesker at det skal stemme overens med det vi har som holdninger og det vi faktisk utøver i virkeligheten, altså at vi er konsistent. At menneskene skaper en balanse mellom det vi føler til et bestemt fenomen på den ene siden, og det vi faktisk gjør på den andre siden. Men dette behøver ikke alltid å stemme. Man kan ha en positiv holdning til amming, men kvinnen ammer allikevel ikke. Da må man se på muligheten som kvinnen har til amme, for det kan hende at det er en del betingelser som skal til for at kvinnen kan amme (Raaheim, 2002). Det

finnes flere teorier om at mennesker generelt ønsker en balanse mellom holdning og atferd, og en av disse teoriene er *The Theory of planned behaviour*/ Teorien om planlagt atferd.

I denne studien har medforfatterne valgt å trekke inn teorien om planlagt atferd. Teorien handler om at atferd kan forstås som en konsekvens av intensjonen individet har til å utføre en spesiell handling. Dette er igjen påvirket av tre faktorer som er opplevd kontroll, subjektiv norm og holdning til atferden (Raaheim, 2002). En kvinne kan ha en positiv holdning til amming, ved at hun vet at morsmelk kan beskytte barnet mot sykdommer. Denne holdningen er bestemt ved at kvinnen vet at amming vil ha en positiv konsekvens for barnet. Den subjektive normen er at kvinnen oppfatter det rundt henne om hva som er riktig å gjøre, og man ønsker å følge opp slike forventninger. Så kommer den siste faktoren som er opplevd kontroll. Det handler om at kvinnen faktisk viser en bestemt atferd, altså amming, som hun har tenkt å gjennomføre, men det bestemmes av opplevelsen av å kunne kontrollere atferden. Det at kvinnen kan kontrollere atferden handler om at hun føler hun vil klare å utføre en bestemt handling med et forventet utfall, altså amming. Men i denne teorien så skiller man også mellom faktisk kontroll og opplevd kontroll.

Figur 1.



(Figur hentet fra (Raaheim, 2002) s.100)

Når det er en direkte linje mellom opplevd kontroll og atferd (stipla linje figur 1), er det egentlig faktisk kontroll og ikke opplevd kontroll man tenker på. For vi kan oppleve å ha kontroll, men behøver nødvendigvis ikke å ha det. Det betyr at personlig kontroll er den faktoren som forklarer best om man utfører en handling eller ikke. Her svikter teorien litt da faktisk kontroll er egentlig subjektiv vurdering av opplevd kontroll, men man tenker allikevel

at opplevd kontroll har en sammenheng med atferd. Her kommer begrepet «*Self-efficacy*» inn, eller mestringsforventning som det kan oversettes med. Det handler om individets tiltro til egne muligheter for å håndtere ulike situasjoner og oppgaver (Raaheim, 2002). I følge denne teorien vil individets opplevelse av kontroll bestemmes av hva personen tenker om sine egne evner og ferdigheter til kunne nå et mål, og hva sannsynligheten er for at de skal klare det. Intensjonene til individet har også noe å si om de har kontroll eller ikke, og på den måten kommer til å utføre handlingen. Det er viktig å tenke på dette, fordi det å kunne forstå hvorfor ulike individer velger å ikke foreta seg noe, selv om holdningen til atferden er annerledes, har man en mulighet til å gripe inn her for å kunne hjelpe til med en holdningsendring (Raaheim, 2002).

2.2.2 Holdninger og amming

Psykososiale faktorer og holdninger er noe som i de senere årene har fått et større fokus når det gjelder amming (Poulsen et al., 2013). Det innebærer blant annet intensjoner, selvtillit, erfaringer, tradisjoner, kunnskap og forventninger. Det er vist gjennom flere studier at disse faktorene påvirker ammevarigheten mer enn hva sosialdemografiske faktorer betyr. Og det er en viktig faktor siden det er mulig å påvirke de psykososiale faktorene med informasjon og veiledning (Poulsen et al., 2013). Det står beskrevet i Poulsen et al. (2013) at faktorer som intensjon og selvtillitt er avgjørende faktorer. De kvinnene som planlegger å amme lenge, kvinner som er sikre på at de kommer til amme og kvinner som bestemmer seg for å amme tidlig, ammer lenger. Derfor er det viktig å kartlegge dette tidlig. Siden kvinner som bestemmer seg i graviditeten, er usikre på om de vil amme eller de som planlegger å amme bare en kort tid har særlig bruk for god ammeinformasjon fra jordmødre og barnepleiere (Poulsen et al., 2013). Om kvinnen også har negativ ammeerfaring fra før kan det gjøre at kvinnen mister troen på at hun kan amme. Da er det særlig viktig at jordmødre og barnepleiere kan gi god støtte og ammeinformasjon slik at holdningen til ammingen kan endres og slik at den negative erfaringen ikke vil påvirke ammehengden. Det er også vist at de som har mer kunnskap om de positive effektene av amming, og at de vet hva som skal til for at amming skal bli godt etablert, ammer lenger. I tillegg så har studier vist at kvinner som opplever ammingen som mer problematisk enn forventet, ammer kortere (Poulsen et al., 2013). Det kan tenkes at hvis jordmødre og barnepleiere er klar over disse faktorene, kan de derfor tilpasse ammeinformasjonen til hver enkelt mor, slik at holdningene til ammingen endres, og kan bidra til at de ammer lenger.

Det er ikke bare mors holdninger som er viktig i forhold til ammeinformasjon. Holdningene til jordmødrene og barnepleieren er også viktig. Det er flere studier som viser at holdningene blir preget av egne ammeerfaringer (Poulsen et al., 2013). Slik medforfatterne tolker dette betyr det at hvis jordmødrene og barnepleierne har negative ammeerfaringer selv, kan dette påvirke mødre i en negativ retning ved at man ikke har troen på at ammingen kan gå. Ammeinformasjonen til mødre blir da påvirket av dette, ved at informasjonen ikke er kunnskapsbasert eller følger retningslinjer. Undervisning om amming kan bidra til en positiv effekt på holdningene, kunnskapen og ferdighetene til jordmødrene og barnepleiere, slik at de kan gi den best mulig ammeinformasjonen til mødre.

3.0 Metode

3.1 Kvalitativ metode

Denne studien har et kvalitativt design. Kvalitativ metode egner seg når man ønsker å vite mer om menneskelige egenskaper og sosiale fenomener. Dette kan blant annet være erfaringer, holdninger, opplevelser og tanker (Malterud, 2011; Thagaard, 2009). Ved kvalitative studier undersøker man sosiale fenomener ved å få nærmere relasjoner med deltagerne med å bruke for eksempel intervju (Lund, Fønnebø, & Haugen, 2006; Thagaard, 2009). Ved å bruke kvalitativ metode har man i større grad muligheten for å oppnå dybdeforståelse (Lund et al., 2006). I denne studien ønsket det å få en bedre forståelse av hvordan jordmødre og barnepleiere kan gi samsvarende ammeinformasjon, og derfor vil denne metoden være best egnet for å oppnå de dataene man er ute etter.

Kvalitative metoder bygger på fenomenologi og hermeneutikk (Jørgensen, Christensen, & Kampmann, 2005; Malterud, 2011; *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*, 2010). Fenomenologisk tilnærming bygger på menneskelige erfaringer, mens hermeneutikk bygger på fortolkning (Thomassen, 2006). Denne studien har en hermeneutisk metodisk tilnærming, da hensikten er å undersøke menneskers ytringer og igjen fortolke dette. En måte å få tak i denne type data på er å samtale med jordmødre og barnepleiere, siden det er erfaringer som er opplevd av hvert enkelt individ og ikke kan observeres av medforfatterne (Postholm, 2005).

3.2 Gruppeintervju som datainnsamlingsmetode

Bruk av gruppeintervju er en vanlig måte å samle data på når man har valgt et kvalitativt design med hermeneutisk tilnærming. Når man ønsker å forske på deltageres opplevde erfaringer og forstå seg selv og sine omgivelser vil den beste metoden være å intervju dem (Bjørndal, Flottorp, & Klovning, 2013; Postholm, 2005; Thagaard, 2009). Ved et godt gjennomført gruppeintervju under optimale omstendigheter vil det gi et rikt materialet og derfor også tilstrekkelig med variabilitet (Malterud, 2011).

3.2.1 Semistrukturerte intervjuer og intervjuguide

I denne studien ble det brukt semistrukturerte gruppeintervjuer med intervjuguide.

Semistrukturerte intervjuer er å bestemme seg for noen temaer man ønsker å få belyst, men at man også er åpen for andre temaer og problemstillinger som kanskje dukker opp underveis i intervjusituasjonen. Intervjuet blir verken styrt eller åpent, men medforfatterne har prøvd å få til en god balanse. Hadde det blitt for styrt av moderatoren kunne viktig informasjon gått tapt, men hadde det blitt for åpent, kunne diskusjonen handlet om andre temaer enn det studien hadde som formål (Bjørndal et al., 2013; Lund et al., 2006; Malterud, 2011). Som det står beskrevet i Postholm har semistrukturerte intervjuer ofte en hensikt med å forstå temaet, istedenfor å forklare det som blir forsket på (2005, s. 73).

Ved arbeidet av prosjektplanen ble intervjuguiden utarbeidet. Spørsmålene ble formulert slik forfatterne mente ville gi gode og dype diskusjoner som kunne gi et rikt materialet. Etter første intervju kunne forfatterne se at det ga et bra materialet, og derfor ble ikke guiden revidert underveis. Alle spørsmålene ble stilt til alle tre gruppene. Derimot var det ikke satt en fast rekkefølge på spørsmålene, men de ble stilt der det følte naturlig i diskusjonen.

Intervjuguiden har vært til hjelp for moderatoren slik at samtalen mellom deltagerne ikke gikk utenfor de temaene som var meningen å forske på. Intervjuguiden inneholdt spørsmål som temaet studien ønsket å se på. Intervjuet startet med nøytrale emner, som for eksempel hvor lenge de har jobbet i yrket, hvor lenge de har jobbet med ammeveiledning og lignende. Det å starte med nøytrale emner kan være en fordel slik at deltagerne ble mer trygge på intervjusituasjonen og på den måten åpnet seg mer når de mer ladende spørsmålene kom (Thagaard, 2009). Deretter ble hovedspørsmålene tatt opp. Her kom oppfølgingsspørsmålene når det følte naturlig for moderatoren å stille dem (Vedlegg 4).

3.2.2 Gjennomføringene av intervjuene

Under intervjuet var begge medforfatterne med. Den ene forfatteren var moderator. Moderatoren hadde ansvaret for å stille spørsmålene fra intervjuguiden, og passet på at diskusjonen ikke kom utenfor temaet som ble diskutert. Oppgaven som moderator ble fordelt på forhånd, og begge fikk være moderator på hvert sitt intervju. Den andre forfatteren hadde ansvaret for det tekniske utstyret som båndopptageren, og hadde ansvaret hvis utstyret måtte bli byttet ut. Forfatter nummer to fungerte også som en sekretær som noterte om ulike forhold i intervjusituasjonen. Det kunne for eksempel være om deltagerne ga uttrykk for å ikke være trygge i intervjusituasjonen, eller om det var en deltager som styrte diskusjonen mer enn andre, slik at ikke alle kom til orde (Malterud, 2011; Morgan & Krueger, 1998). Det presiseres at kroppsspråket ikke skal være det som analyseres, men bare teksten som blir til i intervjuene. Men hvis det er tydelige tegn fra deltagerne som er med underveis i intervjuet som kan påvirke resultatet, blir dette eventuelt skrevet om i diskusjon av metode, som for eksempel hvis en deltager tok ordet mer enn andre. Forfatter nummer to stilte også oppfølgingsspørsmål hvis det var naturlig.

Intervjuene ble tatt opp på båndopptager og transkribert ordrett av medforfatterne. Intervjuene varte i 35 -75 minutter.

3.3 Utvalg og rekruttering

I denne studien ble det gjort et strategisk utvalg av deltagerne. Det begrunnes med at deltagere skulle ha kunnskap og erfaringer innenfor ammeveiledning, både praktisk og teoretisk. Strategisk utvalg av deltagere er satt sammen slik at problemstillingen skal best mulig besvares (Malterud, 2011; Thagaard, 2009).

Det ble rekruttert seks jordmødre og seks barnepleiere- i alt tolv deltagere. De ble fordelt i tre grupper. Det ble ønsket at gruppene skulle være heterogene, altså to jordmødre og to barnepleiere i hver gruppe. Det ble prioritert at gruppene skulle være heterogene fordi det ble tenkt at det gir større grad av mangfold som kunne gi mer data på temaet (Malterud, 2011). Inklusjonskriteriene for å kunne være med i studien var at jordmødrene og barnepleierne måtte ha jobbet minst ett år med ammeveiledning slik at de hadde opparbeidet seg en viss arbeidserfaring. Deltagerne måtte være involverte i ammeveiledning, både teoretisk og praktisk. Det kunne være både fast ansatt og vikarer som deltok i intervjuene. Det ble bestemt

at det skulle være både jordmødre og barnepleiere med i studien da det er to yrkesgrupper som er svært delaktig i ammeveiledningen. Det å utelate en arbeidsgruppe tenkte medforfatterne kunne ha en negativ virkning på studien da mye informasjon kunne gå tapt hvis for eksempel bare jordmødre ble intervjuet. Jordmødre og barnepleiere jobber tett sammen på en barselavdeling, og det ville derfor være gunstig å intervju disse sammen.

Deltagerne ble spurt direkte på arbeidsplassen om de ønsket å delta i studien. De ble informert kort om hva det handlet om, og at de deretter kunne tenke på det om de ønsket å være med. De fikk også med seg et informasjonsskriv hvor de kunne skrive under på om de ønsket å delta. De fleste ønsket å være med, og medforfatterne fikk inntrykk av at det var et tema som mange hadde interesse og meninger om, som de ønsket å belyse.

Deltagerne hadde forskjellig arbeidserfaring. Det var fra mellom 4-41 år.

I startfasen ble det rekruttert flere enn det var behov for. Når intervjuene skulle planlegges, passet det ikke alltid for alle. Derfor ble gruppene ofte satt sammen av deltagere som hadde mulighet til å være med på intervjuene den dagen. Det lyktes med at alle gruppene bestod av to jordmødre og to barnepleiere. Alle deltagerne var fast ansatt på føde-barsel avdelingen, men hadde forskjellig stillingsprosent. Møtene ble avtalt gjennom SMS og på arbeidsplassen.

3.4 Kontekst

Studien ble utført på et sykehus på Østlandet. Det er en mindre kvinneklinikk med omtrent 1200 fødsler i året. Kvinneklinikken er bygd opp med en fødeavdeling, og en barselavdeling. De aller fleste mødrene kommer på denne barselavdelingen før de drar hjem.

Intervjuene foregikk på avdelingen der deltagerne jobbet. Dette gjorde forhåpentligvis at deltagerne ble mer trygge, da det var kjente omgivelser for dem. Alle tre intervjuene foregikk på et møterom på barselavdelingen. Intervjuene ble utført da flest deltagere hadde mulighet, helst når flere av de enten hadde vært på dagvakt eller skulle på kveldsvakt. Det ble brukt vaktskiftet fra dagvakt til kveldsvakt, altså klokka halv fire på ettermiddagen. Medforfatterne fikk inntrykk av at deltagerne syntes dette var et gunstig tidspunkt å ha det på, selv om noen uttrykte at de var slitne etter dagvakt.

3.5 Etiske overveielser

Før studiens start ble det sendt inn forespørsel til Norsk senter for forskningsdata (NSD) om godkjenning for å gjennomføre forskningsprosjektet (Vedlegg 1). Et viktig etisk prinsipp i denne studien ble å anonymisere deltagerne, og behandle deltagerne med respekt (De Nasjonale forskningsetiske, 2010). Etter godkjenning fra NSD så ble samtykke innhentet fra avdelingsjordmor og seksjonssjef (vedlegg 2). Det var ikke nødvendig å sende søknad til REK, siden studien ville omhandle jordmødre og barnepleiere og ikke pasienter (forskningsetikk, 2015).

Helseforskningsloven ble fulgt når det gjaldt samtykke og frivillighet (Helseforskningsloven, 2008). Deltagerne fikk først informasjon om studien, og deretter informasjonsskrivet og samtykkeskjema som de kunne skrive under på om de ønsket å delta (vedlegg 3). Det ble påpekt at det er frivillig deltagelse, og det var også flere som takket nei til å være med. På informasjonsskrivet ble det også poengtert at deltagerne kan trekke seg når som helst fra studien. Ingen gjorde dette. De skrev under på en taushetsplikterklæring i forhold til hverandre, og det som ble sagt i gruppen. Samtykkeskjemaene ble oppbevart utilgjengelig for andre mennesker, og når studien blir avsluttet makuleres samtykkeskjemaene.

Under intervjuene ble det brukt båndopptager. Intervjuene ble aldri flyttet over på datamaskin, og transkriberingen foregikk direkte fra båndopptageren til skriftlig materialet på datamaskinen. Datamaskinen har vært passord beskyttet. Etter at studien er avsluttet blir intervjuene slettet, og det er ingen sikkerhetskopier på intervjuene. Ved transkriberingen ble det brukt forkortelser på barnepleier og jordmor og ikke fiktive navn. Det er ikke viktig for studien å vite hvem av deltagerne som har sagt hva, og derfor har det vært gunstig å bruke Bp1, Bp2, Jm1 og Jm2 under transkriberingen. På denne måten blir deltagerne også godt anonymisert. Ved omgjøringen fra tale til skrift ble dialekt utelukket for å ivareta deltagerens anonymitet. Dette ble prioritert også på grunn av at deltagerne er kollegaer av medforfatterne, og på den måten ha en ekstra forsikring på at ikke sitater blir gjenkjent. Det er også en liten arbeidsplass og deltagerne blir lett gjenkjennelig om sitater skulle vært på dialekt.

Avdelingsjordmor og seksjonsoverlege på barselavdelingen fikk først et informasjonsskriv og samtykkeskjema til å gjennomføre studien (Vedlegg 2). Deltagerne skal spørres direkte på

barselavdelingen av medforfatterne om ønske om å delta i en studie. Ved ønske å få deltagerne et informasjonsskriv og samtykkeskjema (Vedlegg 3).

3.6 Transkripsjon og analyse

3.6.1 Transkripsjon

Etter at intervjuene var utført begynte prosessen med å gjøre tale om til tekst. Det ble utført av begge medforfatterne, og det ble gjort manuelt. Transkripsjonen er første ledd i analysen, derfor utførte begge medforfatterne transkriberingen selv (Jørgensen et al., 2005). Det var også gunstig at medforfatterne som deltok under intervjuet også utførte transkriberingen slik at man fikk teksten mest mulig lik det som ble sagt under intervjuet. På den måten vil man kunne ivareta deltagerens erfaringer og meninger som ble formidlet i intervjuet best mulig ved overføringen fra tale til tekst (Malterud, 2011).

I denne studien ble det ordrett transkribert for å kunne beholde validiteten og reliabiliteten i det deltagerne sa (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2015). Derfor ble nonverbal kommunikasjon tatt med, som latter og pauser. Selv om ikke dette skal være med i analysearbeidet ble det tatt med for å gjøre det transkriberte materialet mest mulig tro til det deltagerne har fortalt. Det ble tatt høyde for at noe ble vanskelig å oppfatte av det som ble sagt, fordi det ble brukt gruppeintervjuer. Det var i perioder under intervjuene hvor deltagerne ble ganske engasjert og pratet mye i munnen på hverandre, og dette gjorde det vanskelig å transkribere, men det ble lyttet på av begge medforfatterne slik at essensen av det som ble sagt ble fanget opp. Selv om det alltid skjer en fordreining på materialet når det blir gjort om fra muntlig til skriftlig tekst, er det viktig å prøve å gjøre det på en slik måte at det deltagerne hadde å meddele blir representert på best mulig måte (Malterud, 2002).

3.6.2 Analyse

I denne studien er det valgt Graneheim og Lundmans manifest og latent innholdsanalyse. Analyseprosessen begynte allerede under intervjuene. Det var allerede da noen spesielle temaer som deltagerne tok opp som medforfatterne festet seg ved. Deretter når materialet ble transkribert ble medforfatterne godt kjent med materialet og kunne da finne likehetstrekk og uenigheter som ble sagt underveis i intervjuene. For å virkelig bli kjent med materialet ble det transkriberte materialet lest flere ganger. Begge medforfatterne leste det transkriberte materialet hver for seg, og skrev ned i margin på det skriftlige materialet det som fanget medforfatternes interesse. Det kunne gjerne være noe som var spesielt for de deltagerne i intervjuet, eller noe som gikk igjen i alle tre intervjuene. Etter å ha lest igjennom hver for seg, sammenlignet medforfatterne det som hadde fanget interesse for å se om det var noe av det samme. På denne måten ble det unike i hvert intervju fanget opp, samtidig som det alle tre intervjuene hadde til felles ble skrevet ned. Det var slik de meningsbærende enhetene ble indentifisert. For etter at materialet var gjennomgått flere ganger, begynte den systematiske gjennomgangen for å finne de meningsbærende enhetene. Da skilte medforfatterne ut det som de mente var relevant for studien.

Etter at de meningsbærende enhetene var blitt indentifisert, ble de plassert i arbeidsmatriser. Matrisene var ment som et hjelpemiddel for å få oversikt over materialet. Deretter ble det sett på om de meningsbærende enhetene hadde noe til felles. De ble plassert sammen i matrisen, og fikk en kode som viste at de handlet om det samme. Det kunne være koder som «uttrykker seg forskjellig» og «skriftlig og muntlig ammeinformasjon». Etter at kodene ble satt ble materialet igjen gjennomgått for å prøve å forstå hva kodene kunne bety. De ble igjen plassert i kategorier. Det ble tilslutt fem hovedkategorier som ble presentert i kapittel 4.0 Resultat.

Underveis i analyseprosessen deltok hovedveileder, for å kunne minimere risikoen for subjektive tolkninger av det transkriberte materialet.

Analyseprosessen er ingen lineær prosess når man analysere en tekst med hermeneutisk meningsfortolkning. Det er en prosess hvor man underveis i studien opparbeider seg nye forståelser på fenomenene. Medforfatterne har jobbet med å forstå teksten som en helhet, deretter fortolket denne i forskjellige deler som igjen har blitt satt sammen i en ny helhet. Det er dette som kalles den hermeneutiske sirkelen. Gjennom denne sirkelen har studien åpnet opp for en dypere forståelse av meningen i teksten (Kvale et al., 2015).

4.0 Resultat

4.1 Ammeinformasjons kompleksitet

Gjennom analyseprosessen kom vi frem til et tema som vi har valgt å kalle «*Ammeinformasjons kompleksitet*». Under dette tema er det fem kategorier som vi presenterer grundigere i dette kapitlet. Disse fem underkapitlene er ”*Mors mottakelighet*”, ”*Kommunikasjon*”, ”*Holdninger i endring*”, ”*Organisering av barselavdelingen*” og ”*Yrkesroller*”. Under mors mottakelighet kommer det frem at hvor mottakelig mor er for informasjon, påvirker hvordan jordmor og barnepleier skal gi ammeinformasjon. Under kommunikasjon påpekes viktigheten av all kommunikasjon for å kunne gi samsvarende ammeinformasjon. Holdninger i endring går på hvordan holdninger til jordmødre og barnepleiere påvirker den informasjonen som formidles og hvordan disse holdningene har endret seg gjennom tidene. I kapitlet organisering av barselavdelingen, bringes tid, ressurser og bemanning opp, og hvordan dette kan påvirke hvordan ammeinformasjonen gis. I det siste kapitlet som heter yrkesroller kommer viktigheten av samarbeid og respekt for kolleger fram som viktig i forhold til å gi samsvarende informasjon. Vi bruker sitater fra intervjuene for å belyse tema.

Figur 2. Et eksempel som viser analyseprosessen.

Meningsbærende enheter	Kondensert meningsenheter	Koder
«Også ordlegger vi oss litt forskjellig... det er ikke til å komme forbi det altså»	Utrykker seg forskjellig. Bruker forskjellige ord	Utrykker oss forskjellig
” Det er mange som tror at amming går av seg selv. Mange som får seg en ørliten bakoversveis der tror jeg”	Urealistiske forventninger til amming. Tror det går av seg selv	Urealistiske forventninger
” At de får informasjon litt ut ifra behov da...men spesielt hva dem kan forvente seg”	Får informasjon etter behov. Hva de kan forvente seg på barsel.	Individuell informasjon

” Kontinuitet er viktig da. De samme få personene som forholder seg til de lenge”	Kontinuitet er viktig for pasientene	Kontinuitet
---	--------------------------------------	-------------

Figur 3. Et eksempel på hvordan vi grupperte underkategoriene, kategoriene og tema.

UNDERKATEGORIER	KATEGORIER	TEMA
Sårbarhet Tilstedeværelse	Mors mottakelighet	Ammeinformasjons kompleksitet
Respekt Kontinuitet	Yrkesroller	
Kroppsspråk Individuell informasjon	Kommunikasjon	
Personalets holdninger Mors holdninger	Holdninger i endring	
Bemanning Tidspress	Organisering av barselavdelingen	

Ammeinformasjon kan være sammensatt og innebære mer enn ”bare” å gi ut ammeinformasjon. Gjennom resultatene fra denne studien presenteres det flere faktorer som spiller inn på hvordan mødre mottar og opplever å få ammeinformasjon og veiledning. Samtidig kommer det også frem flere faktorer som påvirker hvordan jordmødre og barnepleiere gir ammeinformasjon og veiledning. Til sammen har dette en innvirkning på om mødre opplever å få samsvarende ammeinformasjon. Tema ble derfor ”*Ammeinformasjons kompleksitet*”, som beskriver at ammeinformasjon kan være utfordrende på flere nivå. Både for mødre og for jordmødre og barnepleiere.

4.2 Mødrenes mottakelighet

Deltagere i studien trekker frem mors mottakelighet som et viktig aspekt i det å gi og motta ammeinformasjon (som en mulig årsak til at ammeinformasjon ikke oppfattes som samsvarende). Mødrenes mottakelighet kan gå på hvor slitne dem er og klarer dem å oppfatte og ta inn over seg den informasjonen som blir gitt. Det trekkes også frem at samfunnet er i endring og det er et visst press om å være tilgjengelig hele tiden.

Jordmødrene og barnepleierne i studien påpeker at de ofte kan si det samme, men mødrene kan oppfatte det som blir sagt annerledes. Og det kan være at de ikke har fått med seg alt som har blitt sagt, men bruddstykker.

” En ting er hva vi mener vi har avtalt med dem, en annen ting er hva som sitter igjen hos dem. Det er vi kanskje ikke alltid like flinke til å sjekke ”

Nybakte foreldre har akkurat fått et nytt familiemedlem, og det er en stor omveltning og mye nytt som gir inntrykk. Slik medforfatterne tolker det, og slik deltagerne beskriver det, kan det være med på å påvirke mottakeligheten til foreldrene i forhold til ammeinformasjon.

Et annet aspekt som flere av deltagerne trekker frem er viktigheten av når man gir ammeinformasjon etter fødsel. Mange har kanskje født på natten eller på morgenen og holdt på med rier hele natten. Da er mødrene kanskje trøtte og ekstra sårbare på grunn av hormonelle forandringer og derfor mindre mottakelige for ammeinformasjon med en gang de kommer til barselavdelingen. Flere av jordmødrene og barnepleierne trekker fram at de da velger å vente med å gi ammeinformasjon, slik at mødrene får hvilt seg først. Men de påpeker at det er veldig individuelt, slik at man må tilpasse informasjonen og tidspunktet for informasjon til den enkelte.

«Hvis dem har ligget i fødsel hele natten, og kommer på barsel på morgensiden, så er det ikke gunstig å gi ammeinformasjon klokka 11 om formiddagen. Dem er gørrøtte»

Samfunnet er i endring. Det er nærmest påkrevd å være tilgjengelig tjuefire sju. Det gjelder også for nybakte mødre. De blir sittende med telefonen, iPaden eller Pcn for å surfe på sosiale medier. En deltager forteller om telefonen som «plinger, plinger og plinger», og når telefonen ikke er i bruk er det besøk. I tillegg er det mye besøk til barselkvinnene, som også kan virke inn på muligheten til å motta ammeinformasjon.

4.3 Kommunikasjon

Det blir påpekt under intervjuene at vi uttrykker oss forskjellig, og at måten ammeinformasjon blir kommunisert ut på er viktig. Deltagerne sier at de har forskjellige måter å gi ut ammeinformasjon på. Alle er individer som ordlegger seg forskjellig, og mødrene kan oppfatte noe annerledes enn det som egentlig menes. I tillegg er det ulike erfaringer som både de ansatte men også mødrene sitter på, som kanskje spriker med det som blir gitt av skriftlig informasjon fra avdelingen sin side. Deltagerne forteller at de kan sitte på vaktrommet å

diskutere hva de har informert om, og opplever at kollegaer har sagt det samme, men at mødrene har oppfattet det forskjellig allikevel.

Deltagerne forteller at de gir ut en ammebrosjyre ved avdelingen som alle får når de kommer på barsel. Noen av deltagerne sier at de bare leverer ut brosjyren først, for så å gå gjennom det som står når mor har hatt tid til å bla gjennom den selv. Mens andre sier at de går gjennom brosjyren sammen med mor med en gang. Deltagerne er enige om at det er viktig med både praktisk og teoretisk informasjon. Det gruppene mener er mest ideelt er å sitte sammen med mødrene en hel ammesekvens for å se hvordan barnet suger og om det må gjøres noen justeringer. Slik kan de få gitt individuelt tilpasset informasjon til mødrene.

Deltagerne påpeker viktigheten i at de som jobber ved avdelingen kan det som står i brosjyra. Slik at det som blir sagt også samsvarer med det mødrene leser i ammebrosjyra utgitt fra barselavdelingen.

Gruppene vi har intervjuet er enige om at det er viktig å gi tilpasset informasjon om det mest grunnleggende mens mødrene er på føden, og ved første gang barnet legges til brystet. Det kan være med på å gjøre ammeinformasjonen lettere å motta når mødrene kommer på barsel, i tillegg forhindre eventuelle ammeproblemer. Som at mor blir sår før hun har blitt flyttet over til barselavdelingen.

Flere av deltagerne i studien trekker frem at avdelingen tidligere har prøvd å ha felles ammeinformasjon. Noen av deltagerne er positive til dette. De tenker at det kan være med på at mødrene får lik grunnleggende informasjon. Samtidig blir det påpekt viktigheten av individuelt tilpasset informasjon. Mødrene er forskjellig, ungene er forskjellig og det vil være forskjellige behov ettersom på hvilke dager post partum mødrene og ungene er. Det kommer frem gjennom intervjuene at felles ammeinformasjon ble avvirket både på grunn av personalet og på grunn av mødrene som kanskje ikke turte å spørre om det de lurte på i plenum, og brant inne med en del spørsmål.

I tillegg til å gi informasjon og veiledning er det også viktig å lytte til mødrene.

Fleregangsfødende har ofte erfaringer om hva som fungerer for dem og hva som ikke fungerer så godt. Da er det viktig å se an situasjonen, gi tilpasset med informasjon og spørre mødrene om deres tidligere erfaringer og eventuelt hva de kan tenke seg av hjelp og veiledning på. Det blir også påpekt av flere av deltagerne at det er mødrenes barn og at deres valg i forhold til amming må respekteres. Som helsepersonellgruppe kan vi gi råd og veiledning, men til syvende og sist er det foreldrene som bestemmer over sin situasjon og sitt barn. Det er mye

snakk om mor-barn godkjenning og at barselavdelingen er mor-barn vennlig. Slik medforfatterne tolker resultat fra intervjuene, mener jordmødre og barnepleiere at mødre selv må ta et valg angående amming og at de må gjøre det som føles best for dem.

Deltagerne påpeker at det er viktig å informere mødre om at barnets behov forandrer seg fra dag til dag. Det som gjelder på første dag gjelder kanskje ikke på andre dag. Og at jordmødre og barnepleiere ved avdelingen må være tydelige på dette ovenfor kvinnen. Det blir sagt at dette er et område hvor avdelingen kan bli flinkere, siden forskjellig informasjon fra dag til dag kan bli forvirrende for mødre og gjøre at dem føler at ammeinformasjonen spriker. I intervjuene går det også fram viktigheten av å begrunne informasjon og veiledning. Fortelle mødre hvorfor det er slik akkurat nå, men kanskje annerledes i morgen.

Dokumentasjon blir tatt opp i alle intervjuene. I tillegg til muntlig rapport mellom kollegaer. Det er viktig å dokumentere og fortelle hva som har blitt avtalt og sagt på et rom med tanke på ammeinformasjon. Slik at den neste som skal inn på rommet vet hva som er sagt og hvilke avtaler som er gjort. I denne sammenheng blir det foreslått å ha en avkrysningsliste sammen med barnekurven. Hvor man kan gå gjennom ammeinformasjon sammen med mor og krysse av etter hvert som det er gått gjennom. Med det menes en mer detaljert liste enn den som i dag allerede finnes på barnekurven. En type sjekklister. Slik medforfatterne tolker det kan det være med på at mødre føler de får mer helhetlig informasjon.

Hvordan ammeinformasjonen blir mottatt kan ha noe med kjemi, kroppsspråk og hvordan ting blir lagt frem. Som det påpekes i det ene intervjuet så er vi bare mennesker, og alle er forskjellige. Noen går bedre overens med andre. Da er utfordringen å kommunisere på et profesjonelt nivå og få ut lik informasjon til den du har god kjemi med som den du kanskje ikke har like god kjemi med.

” Jeg kan se for meg at vi uttrykker oss på forskjellige måter, at vi innimellom kan gi litt sprikende ammeinformasjon ”

4.4 Holdninger i endring

Holdninger til amming endres ettersom samfunnet endres. Vi er vant til at ting blir ordnet kjapt. Det er bare å google det man lurer på også har man svaret. Derfor mener en jordmor i studien at kvinner som har født og som skal amme, gir opp lettere fordi de er vant til at ting ordner seg fort, og amming kan være krevende og vanskelig i starten.

«..Det er ikke bare personalet som kan jobbe på gammel vane, og være litt lei og kjei...men man ser jo og at det er en litt trend til, folk kjemper ikke så mye i dag»

Deltagerne tror at mange mødre opplever amming som mye vanskeligere enn de hadde forberedt seg på. Dette kan føre til at mødre blir frustrerte og føler at de ikke mestrer. Da er det viktig med riktig og passe med informasjon, slik at mødrene hjelpes og støttes videre i ammeprosessen. I tillegg påpeker en jordmor i ene intervjuet at helsepersonellet ved avdelingen må være positive og optimistiske i møte med mødre som synes amming er utfordrende, men som gjerne vil amme. Det blir påpekt gjennom intervjuene at personalets holdninger har mye å si på hvordan mødrene mottar informasjon og mestrer amming. Deltagerne forteller at de opplever at enkelte har inngrodde holdninger til amming, som gjør det vanskelig å samkjøre informasjonen som gis. I tillegg blir det nevnt at avdelingen skal følge ammeprosedyra, noe som er et verktøy for alle og som kan sikre at det blir gitt helhetlig og samsvarende informasjon til mødrene.

Holdninger til personalet blir påpekt i alle intervjuene som viktig for å gi ammeinformasjon og veiledning. Når det travelt i avdelingen er det kanskje ikke mulig å få til ammeinformasjon slik prosedyren tilsier. Men som deltagerne sier er det også de dagene som er rolige på barsel. Da er det viktig at personalet utnytter slike situasjoner og gir de mødrene som er på barsel de dagene ammeinformasjon og veiledning slik prosedyren sier. Også sitte der gjennom en hel ammesekvens, hvis situasjonen tilsier det.

4.5 Organisering av barselavdelingen

Bemanning er et tema som går igjen gjennom alle tre intervjuene. Det blir sagt at det tilstrebes, etter ammeprosedyra, at man sitter en hel ammesekvens for å observere hvordan barnet suger. Dette kan ta mellom 10-30 min, og man skal i tillegg veilede og gi informasjon som vil gjøre at sekvensen tar enda lengre tid. Deltagerne påpeker at hvis det er travelt på føden, blir det tatt personale fra barsel. Dermed kan det ofte være snaut med bemanning på

barselavdelingen. Ergo mener deltagerne at det ikke er tid til å sitte inne hos mødrene gjennom en hel ammesekvens.

«Det er nok lurest å sitte der en hel ammesekvens ja..men da er vi for lite folk. Det er ikke hverdagen»

Flere av deltagerne har ikke hatt noen spesifikk ammeutdannelse eller kurs i amming. Dette kommer fram under intervjuene, og det blir sagt at det hadde vært ønskelig. Deltagerne mener at det hadde vært med på å gi et bedre grunnlag for helhetlig og samsvarende ammeinformasjon på barsel. En jordmor forteller at hver enkelt nytilsatt ved avdelingen, uavhengig om hun eller han er jordmor eller barnepleier skal gjennom et satt opplegg i forhold til ammeopplæring.

Gjennom alle tre intervjuene tar deltagerne opp dette med bevisstgjøring og fokusområder. Personalet opplever at det er enklere å få ting gjennomført på en helhetlig måte når det settes i fokus. I tillegg blir det sagt at det føles som om barsel er nedprioritert og at det ikke satses på barselavdelinger. Deltagerne mener at dette kan være med på at personalet mister gløden for barselomsorgen og at det er med på at vi gir forskjellig informasjon til mødrene, siden kanskje amming ikke er satt nok i fokus. Det blir også nevnt at barselavdelingen har mor-barn vennlig godkjenning, og at i de periodene hvor det er regodkjenning oppleves det som at amming blir mer i fokus og at personalet er mer samstemte i forhold til informasjon og veiledning.

Liggetiden på barsel er det også flere av deltagerne som kommenterer. Det blir påpekt at det er en gylden middelvei mellom å ligge på barsel i mange dager og det å reise hjem på første eller andre dag. En jordmor forteller at hun ønsker at alle førstegangsfødende skal være på barsel i minimum tre dager. Også etter en normal fødsel. Dette for å komme ordentlig i gang med amming før de reiser hjem. Men det blir også sagt at det ikke er gunstig at mødrene ligger lenger enn tre-fire dager, hvis alt er normalt. Deltagerne mener at det kan være med på å gi mer sprikende informasjon, da mødrene må forholde seg til flere personer over lengre tid.

Deltagerne påpeker viktigheten av kontinuitet fra jordmødrene og barnepleiernes side. Noe de sier er vanskelig med tanke på tredelt turnus og små stillinger. Det bør tilstrebes at de samme personene forholder seg til de samme mødrene, så langt det er mulig.

4.6 Yrkesroller

Jordmor og barnepleierens roller blir tatt opp i intervjuene. I det ene intervjuet ble det belyst at jordmor og barnepleier ved avdelingen utfyller hverandre ved å ha en av hver yrkesgruppe på samme rom. Hvor barnepleieren i hovedsak har ansvar for barnet og jordmor for mor. Men at de utfyller og hjelper hverandre i de ulike daglige gjøremålene. Dette gjelder også i forhold til å gi ammeinformasjon til mødrene.

Samtidig blir det i et annet intervju påpekt at man kunne vært alene om ansvaret på et rom, uavhengig om man er jordmor eller barnepleier. Da ville man til enhver tid visst hva som ble sagt, og mødrene hadde hatt bare en person å forholde seg til per vakt. Den ene gruppen vi intervjuet mente at det ville være med på å redusere at mødrene sitter igjen med følelsen av å få sprikende ammeinformasjon.

” Jeg tenker at vi klarer å utfylle hverandre. Så jeg synes det er bra at både jordmor og barnepleier gir informasjon ”

” Jeg tror det hadde vært veldig greit å ha bare en person som forholder seg til det rommet. Jeg tenker at da er det færre ansikt å forholde seg til altså. Halvere informasjonsmengden ”

Samarbeid mellom yrkesgruppene blir tatt opp som avgjørende. Slik at for eksempel barnepleieren vet hva jordmor har sagt til den samme moren i forhold til ammeinformasjon. Dette går også litt under dokumentasjon, og viktigheten av å videreføre hva man har sagt og gjort til nestemann som skal inn til de samme mødrene.

Respekt for kollegaer er også tatt opp. Hvor det blir sagt at man må respektere den personen som har ansvaret for det og det rommet den dagen. Og henvise mødrene til personen som er ansvarlig. Slik medforfatterne tolker det kan det være med på å hindre at mødrene får forskjellig informasjon.

5.0 Diskusjon

5.1 Diskusjon av metode

Forforståelse er erfaringer, kunnskap om emnet og teoretisk referanseramme som medforfatterne innehar før studiens start (Malterud, 2011). Som sykepleiere og jordmorstudenter ansatt ved barselavdelingen, hadde vi opparbeidet oss både positive og negative erfaringer om ammeinformasjon som tema. Denne forforståelse gjorde at vi ønsket å undersøke dette nærmere. På tilbakemeldingene fra «ris-og ros skjemaene» kom det frem at mødrene opplevde å få sprikende ammeinformasjon. Medforfatterne hadde derfor allerede en forforståelse på at ammeinformasjonen ikke var optimal ved avdelingen. Dette gjorde vi oss oppmerksomme på før innhenting av data, slik at det ikke ville påvirke vår analyse. Ved å bevisstgjøre vår forforståelse på forhånd gjorde at vi var åpne for ny teori og kunnskap. Før innsamling av data diskuterte vi hva vi forventet å få som resultat slik at vi var klar over det på forhånd.

Når man har en hermeneutisk metode kan man vektlegge om man vil beskrive eller tolke en tekst. I denne studien er det valgt å innta en mer beskrivende holdning. Altså vi har valgt å ikke sette opp en detaljert teoretisk referanseramme siden det kan begrense hva vi finner av resultater når vi analyserer arbeidet. Det er også for å være tro mot deltagerne ved å ikke bli forstyrret av vår egen forforståelse og den teoretiske referanserammen (Malterud, 2011). Derfor ble den teoretiske referanserammen til etter hvert som analysen ble gjort slik at medforfatterne var åpne for nye temaer som eventuelt ville dukke opp.

Det ble valgt gruppeintervju. Det ble i prosjektplanen planlagt å ha fokusgruppeintervjuer, men det gikk medforfatterne bort ifra. Etter tilbakemeldinger fra hovedveileder og medstudenter. I tillegg hadde ikke medforfatterne noe erfaringer med intervju fra før, og fokusgruppeintervju ville blitt for komplekst å begynne med for medforfatterne. Det ble foretatt en vurdering at det ikke var nok tid til å utføre analyse av både samtalen og samspillet samtidig. I denne studien var medforfatterne fornøyd med tre gruppeintervju med fire deltagere i hver gruppe. Etter det siste intervjuet kom det ikke frem mye nytt materialet i forhold til de to første. Gruppene ble også sett på som store nok, og materialet ble ikke for uoversiktlig og uoverkommelig når analysen skulle begynne. Det ble bestemt at det skulle være både jordmødre og barnepleiere med i studien da det er to yrkesgrupper som er svært delaktig i ammeveiledningen. Det å utelate en arbeidsgruppe tenkte medforfatterne kunne ha en negativ virkning på studien da mye informasjon kunne gå tapt hvis for eksempel bare

jordmødre ble intervjuet. Jordmødre og barnepleiere jobber tett sammen på en barselavdeling, og det ville derfor være gunstig å intervju disse sammen. Samtidig hadde det vært spennende å sett om resultatet hadde blitt annerledes hvis det bare var med en yrkesgruppe i studien. Erfaringer med at gruppene ble satt sammen av to jordmødre og to barnepleiere er positive. Da vi mener det ble gode diskusjoner i gruppene. Men på en annen side hadde det vært interessant å sett om resultatet ble annerledes hvis gruppene hadde vært homogene, altså en gruppe med jordmødre og en gruppe med barnepleiere. Inntrykket var at alle deltagerne følte seg trygge på hverandre, og at de turte å si hva de mente, selv om de også var kollegaer. I intervju-situasjonen viste deltagerne respekt ovenfor hverandres yrkesgrupper og meninger. I de to første intervjuene ble båndopptakeren startet når moderatoren begynte å stille spørsmål fra intervjuguiden. Dette første til at samtalen ble noe anstrengt i starten. Under det tredje intervjuet ble derfor båndopptakeren startet med en gang deltagerne hadde satt seg rundt bordet. Det gjordet at deltagerne fikk pratet om andre tema enn ammeinformasjon først. Det ble informert om at båndopptakeren var allerede i gang. Medforfatterne har gode erfaringer med spørsmålene som var i den semistrukturerte intervjuguiden. Spørsmålene var åpne nok til at deltagerne klarte å diskutere forskjellige tema innenfor ammeinformasjon. Det var derimot vanskelig å stille oppfølgingsspørsmål som ikke var preget av forforståelse. Medforfatterne var oppmerksomme på dette etter det første intervjuet, og det ble derfor satt ekstra fokus på dette under de neste intervjuene. Som Malterud (2011) beskriver er det en kunst å være tilstrekkelig åpen, men samtidig være fokusert. Bruken av semistrukturerte intervjuer gjør at sterke personligheter i gruppen kan komme til tale mer enn andre, men medforfatterne opplevde ikke dette som en utfordring. De to første intervjuene var medforfatterne også noe utrygg på utførelsen av et intervju. Det var nytt for begge, og vanskelig å vite hvordan man skulle opptre. I intervju tre var medforfatterne mer forberedt og hadde mer erfaring i forhold til intervjusituasjonen. Deltagerne og medforfatterne var kjente med hverandre. Dette kunne bidra til at deltagerne følte seg tryggere på oss, og dermed åpnet seg mer. Men samtidig var det en risiko for at de ikke turte å si meningen sin fordi de kunne føle at de ble kritisk vurdert og redd for at de gjorde feil i forhold til ammeinformasjon. Det føltes unaturlig for oss som medforfattere og kollegaer å ikke være med i diskusjonen. En annen positiv side ved at deltagerne kjente medforfatterne var at rekrutteringen ikke var et problem. Vi fikk rekruttert for mange deltagerne slik at vi hadde flere å velge mellom når vi skulle sette opp tidspunkt for intervjuene. Deltagerne ga uttrykk for at de ville hjelpe oss med denne masteroppgaven.

Valget av Graneheim og Lundmans innholdsanalyse var en god metode i denne studien. Metoden er for å håndtere store mengder materialet, og brukes ofte når man skal tolke tekster som for eksempel ved transkriberte intervjuer (Graneheim & Lundman, 2004). Vi syntes at materialet ble oversiktlig og håndterbart ved bruk av arbeidsmatrisene. På de første intervjuene kom medforfatterne med mye bekreftende tale til det deltagerne fortalte. Dette ble utelukket under transkribering. Deltagerne hadde også mye bekreftende tale til hverandre, dette ble også utelukket da medforfatterne ikke fant dette relevant for studien. Men på en annen side kan det å utelukke bekreftende tale gjøre at viktig informasjon går tapt. Transkripsjonen ble utført av begge medforfatterne. Dette kan utgjøre en svakhet i studien ved at vi kan ha forskjellige måter å transkribere på (Kvale et al., 2015). Men hvis intervjueren var usikker på hva som ble sagt blant deltagerne, ble det lyttet på av den andre forfatteren. Polit og Beck (2004) sier at troverdigheten i en studie styrkes ved å reflektere over intervjusituasjonene, kontekst og analysen av materiale. I tillegg økes troverdigheten i en studie hvis flere vurderer datamaterialet (Polit & Beck, 2004).

Transferability eller overførbarhet handler om studiens relevans utover denne konteksten, og om studien kan anvendes i andre settinger (Polit & Beck, 2004). Det at studien har blitt inspirert av «ris-og ros skjemaene» ved denne barselavdelingen, gjør at resultatene ikke kan overføres til andre institusjoner. Da resultatene blir beholdt denne avdelingen, også på grunn av at det er erfaringer og tanker som jordmødre og barnepleiere ved denne avdelingen innehar, og at det ikke er representanter fra andre sykehus. Det hadde vært interessant å kunne hatt deltagere fra andre sykehus med i studien, på grunn av ulike erfaringer og måter å ha ammeinformasjon på. På grunn av tid, kapasitet og nybegynnere innenfor forskning var ikke det en mulighet. Det blir derfor en svakhet ved studien at det er brukt deltagere bare fra ett sykehus, men igjen gir det gode resultater for denne spesifikke avdelingen. Det er ikke direkte overførbart til andre barselavdelinger, men de resultatene som er funnet i denne studien er også funnet i andre studier som er utført. Det gjør at tiltakene som blir foreslått kan fungere og være til inspirasjon ved andre barselavdelinger også.

5.2 Diskusjon av resultat

I denne studien har det vist seg at jordmødre og barnepleiere mener at mors mottagelighet påvirker ammeinformasjon. Det kan være i form av tidspunkt når ammeinformasjon blir gitt, mors prioriteringer i forhold til ammeinformasjon og et krav til mødrene om å være tilgjengelige via sosiale medier. Deltagerne opplevde ofte at de hadde gitt den samme informasjonen, men at mødrene opplevde det annerledes. Dette støttes fra en studie (Aksu, Kk, & Dzgn, 2011), som sier at ammeinformasjon til mødrene kan bli påvirket i en negativ retning avhengig av når ammeinformasjonen blir gitt. Den sier at ammeinformasjon ofte blir gitt til mødrene rett etter fødsel, og det er ikke en optimal periode siden mødrene ofte er preget av den nye overgangen til å bli mor. Det er også en sårbar tid da man skal få kontakt med sitt nyfødte barn. I tillegg sier studien at etter fødsel er ofte mødrene slitne, og at de fortsatt opplever smerte som gjør at de ikke har fokuset mot ammeinformasjon. Studien forteller tilslutt at det var gunstig å ha ammeinformasjon tre dager etter fødsel (Aksu et al., 2011). Samtidig fremgår det i Tegnader (2010) at det finnes lite studier på når det er mest gunstig å gi ammeinformasjon, og at det trengs mer forskning på temaet. Medforfatterne har gjort søk i databaser etter relevant forskning, men det er lite studier å finne. I forhold til bruk av mobil og Ipad og hvordan dette påvirker ammeinformasjonen, er det også lite forskning på. Det har derimot vært mye i media den siste tiden på hvordan mobil tar vekk fokuset fra ammingen. Siden denne studien viser at mors mottagelighet påvirker ammeinformasjon som blir gitt, og det er med på mødrenes opplevelse av at ammeinformasjonen ikke er samsvarende. Forskning, økt kunnskap og fokus på dette, mener vi kan bidra til at jordmødrene og barnepleier ved avdelingen kan gi mer samsvarende informasjon. Samtidig kommer det også fram i denne studien at det er viktig at det grunnleggende ammeinformasjonen blir gitt ved første ammesekvens etter fødsel, men at denne må være konkret og være individuell tilpasset.

I denne studien kom det fram at individuelt tilpasset ammeinformasjon er viktig for å sikre at mødrene får den informasjonen de skal. Det ble også påpekt viktigheten av å informere om at ammesituasjonen forandrer seg fra dag til dag. Det som var riktig i går er ikke sikkert er riktig i dag. Måten ammeinformasjonen blir gitt på ble også tatt opp som viktig. At man viser at man har god tid og er interessert i hva mødrene tenker og lytter til mødrene. I en studie fra Australia ble det sett på mødrenes opplevelse av motstridende råd i forhold til

ammeinformasjon. Studien sier at individuelt tilpasset ammeinformasjon er viktig for at mødre skal føle seg trygge på amming, at de blir tatt på alvor og oppleve mestring. Studien viser også at nonverbal kommunikasjon er viktig. At jordmødre og barnepleiere tar seg tid til mødrene, er empatiske og lyttende til hva mødrene tenker om amming (Hauck, Graham-Smith, McInerney, & Kay, 2011). Dette støttes også av Tveiten (2007) som sier at økt kunnskap gir økt trygghet som igjen fører til økt mestringsfølelse. Eide og Eide (2007) sier også at tilpasset informasjon bør tilstrebes for at mødrene skal oppleve Empowerment og mestring over egen situasjon. En annen studie gjort i Calgary viser at jo mer kunnskap mødrene har om amming jo mindre sårbare er de for eventuell sprikende ammeinformasjon (Chaput, Adair, Nettel-Aguirre, Musto, & Tough, 2015). Ved å gi individuelt tilpasset informasjon som er basert på kunnskap, vil man gi mødrene økt kunnskap og trygghet i forhold til ammesituasjon. Dette vil være med på å gjøre dem mindre sårbare i forhold til sprikende informasjon. Ved å være bevisste på å informere om at amming er en dynamisk prosess, mener vi mye av følelsen av sprikende ammeinformasjon kan reduseres. Da vet mødrene at de vil få forskjellige råd ut ifra hva som er riktig der og da. Samtidig kom felles ammeinformasjon fram som et forslag til å sikre at informasjonen er samsvarende. Dette er tidligere utprøvd i avdelingen. Personalet synes det tok for mye tid borte fra avdelingen, og de opplevde at mødrene ikke turte å spørre om hva de lurte på i plenum. Deler av personalet ønsket ikke å fortsette med det fordi de i tillegg måtte gi ammeinformasjon individuelt, og følte at det ble dobbelt arbeid. En annen studie viser at videoinformasjon om amming er gunstig, men hvis man velger å ha felles videoinformasjon må man være bevisst på mødrenes kulturelle og individuelle behov (Hannula et al., 2008). Ved å ha felles ammeinformasjon på avdelingen, sikrer man at alle får samme grunnleggende informasjon. Videoinformasjon vil kunne være tidsbesparende for personalet, da de ikke nødvendigvis behøver å være tilstede under presentasjonen, men kan ta imot eventuelle spørsmål etterpå. Medforfatterne mener at en kombinasjon av individuell tilpasset informasjon hvor jordmødre og barnepleiere overværer en ammesekvens og felles videoinformasjon vil kunne gi samsvarende ammeinformasjon. Studien påpeker at skriftlig ammeinformasjon er viktig, men at personalet må sette seg inn i det som står i ammebrosjyren som deles ut ved avdelingen. Hvis ikke er det en risiko for at jordmødre og barnepleiere sier noe motstridende i forhold til det som står i brosjyren. Det vil gjøre at mødrene blir usikre og utrygge. Det kom også fram et forslag fra deltagerne om å ha en sjekklister eller en avkrysningsliste på hva som skal gjennomgås av ammeinformasjon til mødrene. Denne sjekklister kan ligge bak barnekurven slik at både mødre

og kollegaer kan se hva som er gjennomgått tidligere og hva som trengs å gå igjennom. Med en slik liste vil man sikre seg at informasjonen blir noenlunde lik.

I denne studien kom det frem fra deltagerne at holdningene til både mor og jordmødre og barnepleiere var viktig i forhold til samsvarende ammeinformasjon. Deltagerne hadde inntrykk av at mødrene hadde en holdning til at amming var ukomplisert, og at de ofte får en overraskelse ved at amming ikke alltid er like enkelt. Det krever ofte læring både hos mor og barn før amming er godt etablert (Poulsen et al., 2013). Som flere i studien påpekte, gjør det at mødrene blir både frustrerte og føler at de ikke mestrer ammingen. Gjennom teori om planlagt atferd er det her jordmødre og barnepleiere spiller en viktig rolle. Ved å gi god ammeinformasjon slik at mødrene er mer forberedt vil det føre til en holdningsendring hos mor, som igjen fører til at ammevarigheten blir lenger. Ammeinformasjonen kan rettes mer mot at amming ikke er lett, slik at mødrene er forberedt på at det kan bli frustrerende. For har de en slik holdning, men intensjonen om å amme fortsatt er der, er det større muligheter for at mødrene ammer. Det er ikke bare holdningsendring i forhold til intensjon, men ved å gi god ammeinformasjon kan man øke mestringsforventningen, og det er en viktig faktor i teori om planlagt atferd. Hvis mødrene føler de mestrer amming, fører det igjen til at de ammer lenger. Det er selvfølgelig en balanse på hvor mye man skal legge vekt på at amming kan være vanskelig og krevende. Hos mange går dette ofte greit. Det er viktig at man ikke informerer slik at mødrene mister motet. Da er hensikten med holdningsendring borte. Resultatene fra vår studie samsvarer med andre studier på samme tema. En studie fra Danmark viste at faktorer som intensjon, tidligere erfaringer, støtte fra nettverket rundt mor- både personalet og familie, *Self-efficacy* (mestringsforventning) og kunnskap var viktig for å indentifisere mødre med risiko for disse faktorene slik at man kunne gi bedre støtte. Det ble påpekt i studien at de fleste handlinger som er av betydning er selvstyrt, og intensjonen om å handle faktisk er den avgjørende faktoren for å utføre handlingen. Mestringsforventningen var viktig i denne studien, da denne kunne påvirke intensjonen. Hadde mødrene lav mestringsfølelse hadde det en negativ virkning på ammefrekvensen (Kronborg & Vaeth, 2004). I en systematisk *review* om psykososiale faktorer, ble også her mestringsforventning utpekt som en viktig faktor, for å øke ammefrekvensen (de Jager, Skouteris, Broadbent, Amir, & Mellor, 2012). Får å øke mestringsforventningen er det viktig at man har kunnskap om dette, slik at ammeinformasjonen kan rettes mot å fremme mestringsforventningen hos mødrene.

Det er ikke bare holdningene til mødrene som kan påvirke ammingen. Jordmødre og barnepleiere har ofte egne erfaringsbaserte holdninger når det gjelder amming, det kommer

ofte i sensitive perioder som overgangen til å bli mor. Det gjelder like mye jordmødre og barnepleiere som det gjør hos andre kvinner. Uheldige holdninger vil da kunne gjøre at ammeveiledning til nybakte mødre kan bli forvirrende og ikke støttende (Anette Ekström et al., 2010). I studien fra Ekström, Kylberg & Missem (2010) inkluderte det å bli kjent med egne holdninger til amming i et ammeveiledningsprogram. Den viste at det ville være gunstig slik at de kunne distansere seg fra de negative holdningene og ikke overføre de over til mødrene (Anette Ekström et al., 2010). En holdningsendring kan noen ganger være nødvendig. Men det er ikke alltid like enkelt hvis det er holdninger som er veldig innarbeidet. Hvis en person skal ha en holdningsendring, må de kanskje innrømme feil eller at deres forståelse av en situasjon ikke var helt riktig. Det kan sitte veldig langt inne hos mange, og det er ikke så lett å gjøre uten å føle seg tråkket på (Raaheim, 2002). Flere deltagere i vår studie fortalte at jordmødre og barnepleiere hadde «inngrodde holdninger» til ammeinformasjon. At det de hadde praktisert i mange år, det fortsatte de med selv om det kanskje kunne føre til misvisende informasjon til mødrene. Det var ikke alle som fulgte de 10 trinnene for vellykket amming utarbeidet fra WHO. Når noen prøvde å følge disse, mens andre «kjørte sitt eget løp» ble ofte informasjonen misvisende. Flere påpekte at det ikke var enkelt å stå på sine meninger, når mange med mye erfaring sa imot, selv om de meningene ikke var i tråd med retningslinjene. Her kan man gjøre en holdningsendring hos jordmødrene og barnepleierne med tanke på teori om planlagt atferd. En annen studie viste akkurat dette. Hvis jordmødrene og barnepleierne klarte å distansere seg mot sine egne negative og erfaringsbaserte holdninger, ville det være gunstig i forhold til ammeinformasjonen. Da ville ikke det blir overført videre til mor, som igjen hadde blitt frustrert og følt at de ikke hadde fått samsvarende informasjon (A. Ekström, Widström, & Nissen, 2005).

Studien viser at økt fokus, utdanning og kunnskap vil kunne gjøre at ammeinformasjonen blir mer samsvarende. Ammeprosedyren som er utarbeidet ved avdelingen er et ledd i å øke kunnskapen til de ansatte, men det kommer frem i studien at deltagerne til tider synes det er vanskelig å følge prosedyren. Det er ikke nok tid og ressurser til å for eksempel sitte en hel ammesekvens. Kontinuitet og liggetid kommer også frem som faktorer som påvirker ammeinformasjon. Vi har funnet flere tidligere studier som kan bekrefte dette. En studie av Ekström, Kylberg og Nissen (2010) om *Process-oriented breastfeeding training program* viser at økt utdanning innen amming gir bedre og mer samsvarende informasjon fra personalet. Det gjør at mødrene blir tryggere på seg selv og ammingen, og de ammer lenger

(Ekström, Kylberg & Nissen, 2010). Dette støttes av en annen studie som sier at ved å øke kunnskapen om amming til personalet ved barselavdelingen, vil man gi bedre og mer samsvarende informasjon. Mødre som opplever å få god informasjon, empowerment og bli trygge i ammesituasjon har også mindre risiko for å oppleve at informasjonen spriker (Palmer, Carlsson, Brunt & Nyström, 2015). I retningslinjene står det at barselomsorgen skal gi mødrene tilstrekkelig med informasjon og at arbeidsoppgavene skal være godt fordelt slik at helsepersonell har tid til å utføre ammeinformasjon etter prosedyren (Helsedirektoratet, 2014). Helsedirektoratet (2014) har også satt fokus på den korte liggetiden på barsel. Den informasjonen som gis den korte perioden mødrene er på barselavdelingen må være relevant, kunnskapsbasert, samsvarende og gi mødrene Empowerment og en følelse av mestring. Dette forsterkes av en studie som viser at mødre oppgir tiden personalet har til å gi ammeinformasjon som en viktig faktor for å oppleve ammeinformasjon som samsvarende. Flere mødre har her oppgitt at jordmødre og barnepleiere med lite tid til ammeinformasjon gir sprikende informasjon (Blixt, Mårtensson & Ekström, 2014). Som nevnt i bakgrunnen følger avdelingen "*Mor-barn-vennlig initiativ*", og avdelingens ammeprosedyre bygger på dette og de 10 trinn for vellykket amming. I denne prosedyren står det at man bør tilstrebe å se på en hel ammesekvens, for å sikre seg at barnet suger riktig og for å kunne veilede og gi god informasjon underveis (Vedlegg 5 og 6). Ved økte ressurser og økt fokus på barselomsorgen mener medforfatterne at jordmødrene og barnepleierne ved avdelingen hadde hatt bedre tid til ammeinformasjon til hver enkelt. Økt fokus på amming og å gi ut ammeprosedyren til alle jordmødre og barnepleiere ved avdelingen mener vi kan være et ledd i å gi samsvarende ammeinformasjon. I tillegg til utdanning og kurs innen amming til flest mulig, slik at alle har det samme grunnlaget. Det ble etterspurt egne fagdager for barnepleierne, noe vi mener kan være med på å gi et ekstra løft og glød til yrkesgruppen. Dette vil kunne påvirke ammeinformasjonen, og gjøre at personalgruppen er mer samstemt. Kontinuitet er ikke like lett å få til i en avdeling med tredelt turnus og flere små stillingsbrøker. Økte stillingsbrøker og kontinuitet i hvem som er på barsel og hvem som er på føden vil være med på å gjøre at mødrene får færre personer å forholde seg til. Medforfatterne mener dette minimerer risikoen for at det blir gitt sprikende ammeinformasjon. Liggetiden på barselavdelingene har blitt kortere (Helsedirektoratet, 2014). Deltagerne i studien var uenige om liggetid ville påvirke hvordan jordmødre og barnepleiere gir ammeinformasjon. Noen mente at kort liggetid ville ha en negativ effekt da de ikke fikk nok informasjon før hjemreise. Mens andre mente at jo lenger mødrene var på barselavdelingen var det større sannsynlighet for å få informasjon som ikke samsvarte. Vi mener at kort liggetid kan føre til at viktig ammeinformasjon ikke blir gitt

før hjemreise. Det støttes av helsedirektoratet som er skeptisk til den korte liggetiden på barselavdelingen. Fra den perioden familien reiser fra sykehuset til de kommer i kontakt med kommunen er en kritisk periode (Helsedirektoratet, 2014). I en annen studie kommer det frem at på grunn av kort liggetid er det gunstig for ammevarigheten at de får ammeinformasjon hjemme 3 dager etter fødsel (Aksu et al., 2011). Derfor er det svært viktig med god kunnskapsbasert ammeinformasjon de få dagene de er på barsel, og det er viktig at jordmødre og barnepleiere er bevisst at informasjonen som blir gitt er samsvarende. På den måten vil mødrene være tryggere når de reiser hjem. Samtidig hadde det vært interessant å sett på om hva slags tilbakemeldinger mødrene ga hvis de var på barselavdelingen til ammingen er godt etablert. Jo lenger de er på sykehuset får mødrene informasjon fra flere ulike jordmødre og barnepleiere på grunn av tredelt turnus, og vanskeligheter med å få til kontinuitet.

Samarbeid mellom jordmor og barnepleier er viktig. Men studien viser at det er noe uenighet mellom deltagerne om hvordan de mener arbeidsfordelingen i avdelingen bør være for å redusere risikoen for sprikende ammeinformasjon. Noen deltagere mener at jordmødre og barnepleiere kan jobbe mer likestilte. At også barnepleiere kan ha ansvar for mor og jordmor ha ansvar for barn. Slik at bare en person har svar for både mor og barn. Dette mener noen av deltagerne vil være med på å redusere informasjonsmengden og gjøre det enklere å gi samsvarende informasjon. I tillegg vil dette være med på å spare ressurser. På en annen side mener deltagerne at jordmor og barnepleier utfyller hverandre, slik at ammeinformasjon som gis blir mest mulig. Vi finner lite litteratur på dette, men det er noe som kan forskes på mer i fremtiden. Respekt til hverandre som kollegaer og hverandres meninger kom også frem i studien. Det er viktig på en arbeidsplass at man ikke lager nye avtaler med mødrene, hvis en annen kollega allerede har lagt en plan videre. Det kan selvfølgelig være vanskelig da situasjonen også kan forandre seg. Men på samme vaktskift bør kollegaene respektere hverandre. Utifra dette blir det viktig å prate sammen underveis slik at de som jobber sammen den dagen vet hva slags plan som er lagt.

6.0 Konklusjon

Mødrene opplever at de ikke får samsvarende ammeinformasjon på barselavdelingen. Denne studien viser at det er flere faktorer som kan påvirke at mødrene føler de får sprikende ammeinformasjon.

Faktorene som kom frem i studien var mors mottagelighet, kommunikasjon, holdninger, organisering av barselavdelingen og yrkesroller. Resultatene fra denne studien sett i lys av teoretisk referanseramme og andre studier, er dette relevante funn. Disse faktorene er med på å bidra til at jordmødre og barnepleiere kan gi samsvarende ammeinformasjon. Mors mottagelighet var viktig med tanke på når det var gunstig å gi ammeinformasjon, og hvordan sosiale medier tar vekk fokuset fra ammingen. Men her var det gjort lite studier på temaet. Dette kan være interessant å forske på i fremtiden, da blant annet bruk av sosiale medier er stadig økende. Studien viser at kommunikasjon er svært viktig. Både hvordan vi kommuniserer via kroppsspråk og hvordan vi gir muntlig ammeinformasjon. Det viktigste funnet var det å gi individuelt tilpasset informasjon, noe som bekreftes av andre studier. Hvordan holdninger påvirker både mødre og jordmødre og barnepleiere i forhold til å gi ammeinformasjon ble også funnet som viktig ifølge denne studien. Holdningene mødrene har til amming, kan påvirke informasjonen de mottar, og hvordan intensjon og mestringsfølelse de har i forhold til amming. Jordmødrenes og barnepleierens «*inngrodde holdninger*» og erfaringsbaserte kunnskap, kan påvirke ammeinformasjonen som blir gitt til mødrene ved at de ikke samsvarer med avdelingens ammeprosedyre. Tid og ressurser ved avdelingen påvirker ammeinformasjon, det kommer fram i studien at det ikke alltid er tid til å følge ammeprosedyren. Det kan gjøre at mødrene opplever at de ikke får god nok informasjon og får forskjellige råd. Hvordan jordmødre og barnepleiere fodeler arbeidsoppgaver på avdelingen seg imellom kom også fram som relevant, i forhold til å kunne gi mest mulig samsvarende ammeinformasjon.

Gjennom studien har det kommet frem ulike forslag til forbedring, som går direkte på hvordan jordmødre og barnepleiere kan gi samsvarende ammeinformasjon. Økt fokus og mer utdanning blant jordmødre og barnepleiere vil ifølge denne- og andre studier gjøre at jordmødre og barnepleiere blir mer bevisst av hva de gir ut av ammeinformasjon. På denne måten kan de redusere risikoen for å gi sprikende informasjon om amming. Tid og ressurser ved avdelingen blir tatt opp som avgjørende for å gi god ammeinformasjon. Ved økte ressurser til barselavdelingen vil det kunne gi mer tid til å følge opp mødrene vedrørende amming, og gi tid til å for eksempel sitte sammen med mødrene en hel ammesekvens, som

ammeprosedyren sier. I følge ammeprosedyren skal også hver enkelt ansatt på barselavdelingen ha denne utskrevet. Dette kan være et tiltak for å sikre at jordmødre og barnepleiere vet hva som står i prosedyren og kan bli mer samsvarende i informasjonen de gir ut. Felles ammeinformasjon har kommet fram som et tiltak til å sikre at mødre får samsvarende informasjon. Dette kan for eksempel løses ved å ha videoundervisning til et fast klokkeslett hver dag. Slik vil mødre kunne få den samme grunnleggende informasjonen, uten at det tar tid og ressurser vekk fra avdelingen. Da kan disse ressursene brukes til individuell informasjon, til de som trenger det. Individuelt tilpasset informasjon er et av de viktigste funnene i studien. Det er viktig at jordmødre og barnepleiere viser med gode kommunikative ferdigheter at de lytter og har tid til mødrene. I tillegg sier studien at jordmødre og barnepleiere ved avdelingen må være flinke til å informere mødrene om at amming er en dynamisk prosess. Det forandrer seg fra dag til dag, kanskje fra vakt til vakt. Derfor vil det være ulike råd og ulik informasjon, som ikke nødvendigvis er motstridende. I studien kommer det fram at respekt for kolleger er viktig, slik at avtaler som er inngått mellom en kollega og en mor blir opprettholdt, uten at andre blander seg inn og sier noe annet. Sjekklistene kommer også fram i studien som et tiltak til å sikre samsvarende informasjon.

Det er viktig at jordmødre og barnepleiere er klar over disse faktorene slik at de kan gi mer samsvarende ammeinformasjon. Ut i fra disse faktorene kan jordmødrene og barnepleierne ved barselavdelingen ta tak i tilbakemeldingene fra *"ris og ros skjemaene"*, og på denne måten gi mer tilfredsstilte mødre. Gjennom arbeidet med denne studien har vi kommet frem til at ammeinformasjon er et komplekst tema. Men enkle tiltak i avdelingen kan gjøre at mødrene opplever ammeinformasjonen mer samsvarende.

7.0 Litteraturliste

- Abrahams, S. W., & Labbok, M. H. (2009). Exploring the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on trends in exclusive breastfeeding. *International Breastfeeding Journal*, 4, 11-11. doi:10.1186/1746-4358-4-11
- Aksu, H., Kk, M., & Dzgn, G. (2011). The effect of postnatal breastfeeding education/support offered at home 3 days after delivery on breastfeeding duration and knowledge: a randomized trial. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 2011, Vol.24(2), p.354-361, 24(2), 354-361. doi:10.3109/14767058.2010.497569
- Alquist, R. (2006). *Mødre som strever med amming* (Vol. 2006:7). Göteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.
- Ammehjelpen. (2010). 10 trinn for å bli godkjent om mor-barn-venlig sykehus.
- Bjørndal, A., Flottorp, S., & Klovning, A. (2013). *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Blixt, I., Mårtensson, L., & Ekström, A. (2014). Process-oriented training in breastfeeding for health professionals decreases women's experiences of breastfeeding challenges. *International Breastfeeding Journal*, 9(15). doi:10.1186/1746-4358-9-15
- Bäckström, C. A., Wahn, E. I. H., & Ekström, A. C. (2010). Two sides of breastfeeding support: experiences of women and midwives. *International Breastfeeding Journal*, 5, 20-20. doi:10.1186/1746-4358-5-20
- Chaput, K. H., Adair, C. E., Nettel-Aguirre, A., Musto, R., & Tough, S. C. (2015). The experience of nursing women with breastfeeding support: a qualitative inquiry. *CMAJ open*, 3(3), E305. doi:10.9778/cmajo.20140113
- de Jager, E., Skouteris, H., Broadbent, J., Amir, L., & Mellor, K. (2012). Psychosocial correlates of exclusive breastfeeding: A systematic review. *Midwifery*. doi:10.1016/j.midw.2012.04.009
- De Nasjonale forskningsetiske, k. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag* Retrieved from <https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/kvalitative-forskningsprosjekt-i-medisin-og-helsefag-2010.pdf>
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner : samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. rev. og utv. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ekström, A., Kylberg, E., & Nissen, E. (2010). A Process-Oriented Breastfeeding Training Program for Healthcare Professionals to Promote Breastfeeding (pp. 9). *Breastfeeding Medicine*.
- Ekström, A., Widström, A. M., & Nissen, E. (2005). Process-oriented training in breastfeeding alters attitudes to breastfeeding in health professionals. *Process-oriented training in breastfeeding alters attitudes to breastfeeding in health professionals*, 33(6).
- Flaa, J. (2016). Nyfødt er blitt en salderingspost. *Agderposten*. Retrieved from <http://www.agderposten.no/nyheter/nyfodte-er-blitt-salderingspost-1.1574457>
- forskningsetikk, R. k. f. m. o. h. (2015). Eksempler på virksomhet som ikke skal søke REK. Retrieved from https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/reglerogrutiner/soknadsplikt/sokerikkere?_p_dim=34999&_ikbLanguageCode=n
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Hannula, L., Kaunonen, M., & Tarkka, M. t. (2008). A systematic review of professional support interventions for breastfeeding (Vol. 17, pp. 1132-1143). Oxford, UK.
- Hauck, Y. L., Graham-Smith, C., McInerney, J., & Kay, S. (2011). Western Australian women's perceptions of conflicting advice around breast feeding. *Midwifery*, 27(5), e156-e162. doi:10.1016/j.midw.2010.02.003

- Helsedirektoratet. (2014). *Nytt liv og trygg barseltid for familien : Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen* Nasjonale faglige retningslinjer (Helsedirektoratet), Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-barselomsorgen-nytt-liv-og-trygg-barseltid-for-familien>
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>.
- Henderson, J., & Redshaw, M. (2011). Midwifery factors associated with successful breastfeeding. *Child: Care, Health and Development*, 37(5), 744-753. doi:10.1111/j.1365-2214.2010.01177.x
- Jørgensen, T., Christensen, E., & Kampmann, J. P. (2005). *Klinisk forskningsmetode : en grundbog* (2. udg. ed.). København: Munksgaard.
- Kronborg, H., & Vaeth, M. (2004). The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding. *Scandinavian journal of public health*, 32(3), 210.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lund, T., Fønnebø, B., & Haugen, R. (2006). *Forskningsprosessen*. Oslo: Unipub.
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Morgan, D. L., & Krueger, R. A. (1998). *The focus group guidebook* (Vol. 1). Thousand Oaks, Calif: Sage.
- Palmér, L., Carlsson, G., Brunt, D., & Nyström, M. (2015). Existential security is a necessary condition for continued breastfeeding despite severe initial difficulties: a lifeworld hermeneutical study. *International Breastfeeding Journal*, 10, 17. doi:10.1186/s13006-015-0042-9
- Persson, E.-K., Fridlund, B., Kvist, L. J., & Dykes, A.-K. (2011). Mothers' sense of security in the first postnatal week:: interview study. *Journal Of Advanced Nursing*, 67(1), 105-116. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05485.x
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research : principles and methods* (7th ed. ed.). Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins.
- Postholm, M. B. (2005). *Kvalitativ metode : en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Oslo: Universitetsforl.
- Poulsen, A., Brot, C., Nilsson, I., Schack-Nielsen, L., Jerris, T. V., & Danmark, S. (2013). *Amning : en håndbog for sundhedspersonale* (3. udg. ed.). København: Sundhedsstyrelsen.
- Raaheim, A. (2002). *Sosialpsykologi*. Bergen: Fagbokforl.
- Sjetne, I. S., Kjøllesdal, J. G., Iversen, H. H., & Holmboe, O. (2013). *Brukererfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen : nasjonale resultater* PasOpp-rapport, Vol. nr 4-2013.
- Svensson, K., & Nordgren, M. (2002). *Amningsboken* ([Ny utg.] ed.). Stockholm: Natur och kultur.
- Tegnander, E., & Brunstad, A. (2010). *Jordmorboka : ansvar, funksjon og arbeidsområde*. Oslo: Akribe.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (3. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker- : om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforl.
- Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. (2010). Retrieved from <https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/kvalitative-forskningsprosjekt-i-medisin-og-helsefag-2010.pdf>
- Vifladt, E. H., Hopen, L., & Berg, K. A. (2004). *Helsepedagogikk : samhandling om læring og mestring*. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom.

Weihe, H.-J. W. (1997). *Relasjonsarbeid og kommunikasjon*. Oslo: Tano Aschehoug.



Zada Pajalic
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO

Vår dato: 06.06.2016

Vår ref: 48638 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 12.05.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>48638</i>	<i>Hvordan kan jordmødre og barnepleiere på barselavdelingen gi samsvarende og helhetlig ammeinformasjon?</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Zada Pajalic</i>
<i>Student</i>	<i>Silje Enger</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 27.10.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

FORESPØRSEL OM DELTAGELSE I FORBINDELSE MED MASTEROPPGAVE

”Hvordan kan jordmødre og barnepleiere på barselavdelingen gi samsvarende og helhetlig ammeinformasjon?”

I forbindelse med masteroppgaven i jordmorfag ved Høgskolen i Oslo og Akershus, ønsker vi å gjøre en studie om amming. Studien tar utgangspunkt i anonyme tilbakemeldinger fra mødre på ”Ris & Ros” skjema, hvor de gir uttrykk for sprikende ammeinformasjon ved barselavdelingen.

Vi ønsker å intervjuere jordmødre og barnepleiere ved barselavdelingen, for å høre hva de tenker om tilbakemeldingene og om hvordan de gir ammeinformasjon og veiledning til nybakte mødre.

Vi spør derfor om Deres samtykke til å intervjuere jordmødre og barnepleiere ved avdelingen Deres.

Intervjuene vil foregå i fokusgrupper med 4 personer i hver gruppe. Vi ønsker å gjennomføre 2-3 fokusgruppeintervjuer. Hver gruppe vil vare i 1-2 timer. Det er ønskelig å gjennomføre intervjuene etter vaktskiftet fra dagvakt til seinvakt, da vi vil råde på flest deltagere. Kom gjerne med andre forslag og innspill.

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og data vil bli anonymisert i studien. Under intervjuene blir det brukt båndopptaker, lydopptakene vil bli slettet når sensur på oppgaven foreligger. Hver deltaker skal skrive under på samtykkeerklæring, hvor taushetsplikt inngår. Hver deltaker kan også trekke seg fra studien når som helst, uten å oppgi noen årsak. Eventuelle data som foreligger vil da bli slettet. Det er kun masterstudentene og veileder på oppgaven som vil ha tilgang til datamateriale.

Det er frivillig å delta i studien, og De kan trekke samtykke når som helst. Ta kontakt med masterstudent Silje Enger 975 94 532 eller masterstudent Silje Kletthagen 915 38 292 ved spørsmål om studien.

Masteroppgaven leveres 27.oktober 2016.

SAMTYKKE TIL DELTAGELSE

Jeg har mottatt informasjon om studien, og gir mitt samtykke til at masterstudentene kan intervju jordmødre og barnepleiere ved barselavdelingen.

.....

(Signert av leder, dato)

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Hvordan kan jordmødre og barnepleiere på barselavdelingen gi samsvarende og helhetlig ammeinformasjon?”

Bakgrunn og formål

Mødrene på barsel gir uttrykk for at de får forskjellig og sprikende ammeinformasjon. Dette kommer til syne gjennom anonyme tilbakemeldinger på ”Ris og Ros” skjema. Ut ifra disse tilbakemeldingene ønskes det med denne studien å finne ut av hva jordmødre og barnepleiere gir av praktisk og teoretisk ammeinformasjon. Om erfaringer, holdninger og kunnskap påvirker den informasjonen de gir og om ammeveiledning kan håndteres på en annen måte, slik at mødrene blir fornøyde og føler seg trygge.

Formålet med studien er å finne ut om jordmødre og barnepleiere på barselavdelingen gir den samme informasjonen til mødre angående amming. Vi ønsker å øke kunnskapen om hvordan ammeveiledning blir gitt ved barselavdelingen.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltagerne skal være jordmødre og barnepleiere på en barselavdeling. Målet er ca. tolv deltagere. De skal fordeles i 3 fokusgrupper, med à 4stk. Deltagerne skal ha jobbet i minimum et år på barselavdelingen. Både vikarer og jordmødre/barnepleiere med fast stilling kan være med i studien. Deltagerne må være involvert i ammeveiledning. Det vil si at de gir praktisk og teoretisk veiledning.. Det vil gjøres et strategisk utvalg på avdelingen. Intervjuene vil foregå på et møterom i barselavdelingens lokaler. Det blir brukt båndopptaker under intervjuene. Fokusgruppene vil vare i en til to timer.

Det vil være en moderator og en observatør under intervjuene. Det vil bli utarbeidet en intervjuguide med spørsmål moderatoren har å forholde seg til. Slik at det blir likt for alle gruppene. Men det er åpenhet for diskusjoner innenfor tema. Eksempler på spørsmål, se vedlegg 1.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt,, og data vil bli anonymisert i studien. Under intervjuene blir det brukt båndopptaker, lydopptakene vil bli slettet når sensur på oppgaven foreligger. Hver deltaker skal skrive under på samtykkeerklæring, hvor taushetsplikt inngår. Hver deltager kan også trekke seg fra studien når som helst, uten å oppgi noen årsak. Eventuelle data som foreligger vil da bli slettet. Det er kun masterstudentene og veileder på oppgaven som vil ha tilgang til datamateriale.

Lydfilene vil, straks intervjuene er utført, bli overført på passordbeskyttet PC, deretter makulert.

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 27.oktober 2016.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Silje Kletthagen 915 38 292, Silje Enger 975 94 532 eller veileder Zada Pajalic 0047 708-194073

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Intervjuguide til masteroppgave

”Hvordan kan jordmødre og barnepleiere på barselavdelingen gi samsvarende og helhetlig ammeinformasjon?”

Bakgrunnsspørsmål:

Alder?

Yrkestittel?

Hvor mange år har du jobbet innenfor dette yrket?

Har du tatt spesifikk ammeutdanning?

(Behøver du mer ammeutdanning?)

Hva innebærer ammeinformasjon for deg? Hvilke synspunkter og erfaringer har dere med ammeveiledning?

Hvor mye tid bruker du på informasjon og veiledning – hvordan gjøres det?

Spør dere mødre om hvilke råd de evt. har fått tidligere? Før dere gir råd?

Når gir du ammeinformasjon?

Hva tenker du om tilbakemeldingene mødre gir på ”Ris og Ros” skjema?

Hvorfor tror dere mødre sier det de sier?

Eventuelt hvilke tiltak tenker dere kan tilfredstille mødre?

1. **Ha en skriftlig ammeprosedyre som rutinemessig formidles til alt helsepersonell ved avdelingen.**

Ansvar: Avdelingslederne på føde-barsel og nyfødtintensiv

- Finnes i kvalitetssystemet og i ammepermen.
- Alle ansatte skal ha et eksemplar av ammeprosedyren.
- Avdelingsleder på Føde/barsel og nyfødtintensiv har ansvar for at prosedyren blir fulgt.
- Ammeprosedyren bør evalueres og revideres hvert 2.år. evt. oftere ved behov.
- WHO-koden for markedsføring av industrifremstilte melkeblandinger for spedbarn skal følges. (se eget vedlegg)

2. **Tilby opplæring slik at det er mulig for personalet å følge ammeprosedyren.**

Ansvar: Avdelingslederne på føde-barsel og nyfødtintensiv

- Avdelingene har egen opplæringsplan som avd. lederne har ansvaret for.
- Alle ansatte som har ansvar for ammeveiledning skal ha minst 12 timer med opplæring i ammeveiledning, hvorav 3 timer er praktisk rettet.
- Nyansatte får veiledning av erfaren sykepleier/ barnepleier eller jordmor i praktisk amnehjelp fra første opplæringsvakt.
- Alle ansatte som driver ammeveiledning har ansvar for å lese boka " Amming til barn med spesielle behov" av Anna- Pia Haggkvist og "Håndbog i VELLYKKET AMNING"- en vejledning til sundhedspersonale, samt se videoen "Bryst er best".
- Legene følger opplæringsplan MBVI "spesielt for leger"

Se vedlegg "Plan for opplæring av personalet" for fast ansatte, nyansatte, vikarer og kontinuerlig oppdatering, med sjekklister for føde-og barselavdelingen.

3. **Bidra til å spre informasjon til gravide om fordelene ved brvsternæring og om hva de kan gjøre for å få til ammingen.**

Ansvar: Se spesifisert under hvert punkt

- Svangerskapspoliklinikken: Se egen prosedyre for ammeinformasjon (Ansvar: jordmor sv.sk.pol.)
- Avdelingene anbefaler at primærhelsetjenesten ved jordmor deler ut brosjyren: "Hvordan du ammer ditt barn" ved svangerskapskontroll i løpet av 2.trimester, samt informerer om amming. (Ansvar: jordmor i sv.skapskontrollen)
- Fødeavdelingen kontakter nyfødtavdelingen slik at de kan besøke inneliggende gravide der det forventes at barnet overflyttes etter fødselen. De skal gi generell informasjon om avdelingen og forventet forløp for barnet. Tilby besøk på nyfødtintensiv for mor og far før fødsel. Informasjonen skal også omfatte betydningen av tidlig stimulering og barnets evne til å die. (Ansvar: sykepleier nyfødt intensiv)

- Inneliggende gravide med et sykehusopphold på > 3 døgn skal få informasjon om fordelene ved brysternæring / amming på føde/barsel hvis dette ikke har vært gitt av primærhelsetjeneste. Se prosedyre "Ammeinformasjon til gravide inneliggende".

4. Sørge for at mor og barn etter en normal fødsel kan ha uforstyrret hudkontakt i minst en time, eller til barnet er rede til å suge og den første ammingen har funnet sted.

Ansvar føde-barselavd: Barnepleier ved fødsel i samarbeid med jordmor.

Ansvar nyfødtintensiv: Sykepleier

- Tilstrebe at mor og barn får mest mulig uforstyrret hudkontakt de to første timene etter fødselen.
- Ved sectio, prematur fødsel eller komplikasjoner hos mor eller barn, bør mor få hudkontakt med barnet innen en halv time etter at de er i stand til å forholde seg til hverandre. Se for øvrig prosedyre: "Ansvar og samarbeidforhold for å fremme tidlig mor-barn kontakt når mor er på oppvåkning-/ intensivavdeling."
- Er mor forhindret, oppfordres far til hudkontakt med barnet.
- Gi mor kort veiledning i ammestilling, sugetak og sugeteknikk.
- Barnet skal selv søke brystet, **ikke bruke tvang**.
- Har ikke barnet sugd effektivt på brystet i løpet av en time, skal vi tilby hjelp.
- Virker barnet lite interessert i å suge, bør mor oppfordres til å klemme ut colostrum/morsmelk og la barnet lukte/slikke på dette. Observer søke-, gape- og sugerefleksen til barnet.
- Gi mor forståelse av at hudkontakt er viktig, spesielt dersom ammestarten er litt vanskelig.
- Har ikke barnet sugd innen overflytting barsel, dokumentere dette grundig skriftlig og gjerne muntlig. Hvorfor har ikke barnet sugd? Hva gjør barnet? Hva er prøvd? o.s.v.
- Hvis barnet overflyttes nyfødtintensiv umiddelbart etter fødselen, og ikke har diet, bør mor få veiledning og hjelp til å håndmelke.

5. Vise mødre hvordan de skal amme og hvordan de kan opprettholde melkeproduksjonen selv om de midlertidig skilles fra sine spedbarn.

Ansvar føde-barselavdelingen: Barnepleier/jordmor

Ansvar nyfødtintensiv: Sykepleier

- Senest seks timer etter fødselen bør mor- barn relasjonen observeres og det legges til rette for ny amming innen denne tid. Dette dokumenteres i rapport barn.
- Observere/veilede i ammestilling, sugetak og sugeteknikk.
- Dersom barnet ikke vil suge, prøv å finne årsak og tilby veiledning/praktisk tilrettelegging. Se ellers under punkt 4 og 8.

INNKOMSTSAMTALE på barsel snarest mulig, men senest 12 timer postpartum.

Se eget skjema

- Alle skal få tilbud om opplæring, både skriftlig og praktisk, i håndmelking under barseloppholdet. (Henvise til eget skriv om håndmelking i info.perm, heftet "Hvordan ammer du ditt barn" og DVD "Bryst er best")
- Det dokumenteres på barnekurven at denne informasjon/opplæring er gitt.

Se egen prosedyre: Stimulering av melkeproduksjonen ved pumping/håndmelking.

- Ved adskillelse mor og barn, gi informasjon om bryststimulering så raskt mor er klar for det. Innen 6 timer etter fødselen bør mor ha fått hjelp til håndmelking/pumping hvis hennes tilstand tillater det.
- Nyfødteintensiv har egen sykepleiesamtale om hvordan ammeforløpet kan forventes å bli med det nyfødte barnet og det premature barnets modningsprosess.
Se egen prosedyre: "Sykepleiesamtale på nyfødteintensiv".
- Sammen med mor lages en individuell ammeplan inkludert håndmelking/ pumping som vurderes fortløpende.

6. Ikke gi nyfødte barn noen annen form for næring eller drikke enn morsmelk, unntatt når det er medisinsk grunn til det.

- Vi følger Prosedyre: "Blodsuktermåling av nyfødte og medisinske kriterier for bruk av tillegg v/føde-barselavd" eller etter ordinasjon fra lege.
- Vi plikter å innhente tillatelse fra mor evt. far til å gi morsmelkerstatning.
- Vi bruker primært Nutramigen/Ha1Nan som tillegg. Foreldrene informeres om hvorfor.
- All bruk av tillegg dokumenteres og begrunnes.
- Tillegg bør gis med kopp/skje/sonde/hjelpebryst evt. fingermating.
- Avdelingspersonalet skal veilede mødre om riktig tilberedning av morsmelkerstatning når det er behov for det. (Se egen prosedyre) Det dokumenteres i rapport-MOR at denne informasjon/opplæring er gitt.

7. Gi mor og barn anledning til å være sammen 24 timer i døgnet.

Ansvar føde-barselavdelingen: Barnepleier og jordmor

Ansvar nyfødteintensiv: Sykepleier

- Oppfordre og begrunne hvorfor mor bør være sammen med barnet så mye som mulig hele døgnet.
- Oppfordre mor/foreldrene til å utnytte de stille timer, og begrense besøk/telefoner fra pårørende og venner.
- Oppfordre mor til å utnytte barnets søvnperioder til egen hvile.
- Legge til rette for at fedre kan overnatte i avdelingen ved behov. Han skal da delta i omsorgen for mor og barn.
- Barn på nyfødt får permisjon til barsel så snart det er medisinsk forsvarlig.
- Vi avlaster mor ved behov, slik at hun får krefter til barnet.

8. Oppmuntre til amming etter behov, såkalt selvregulering.

Ansvar føde-barselavdelingen: Barnepleier og jordmor

Ansvar nyfødteintensiv: Sykepleier

Informere foreldrene om at friske, fullbårne nyfødte barn:

- Bør få suge så snart de viser tegn til sult. Informere om tidlige tegn: for eksempel føre hånden til munnen, smatter med tungen, beveger armer og ben, gir fra seg litt lyder, osv.
- Bør ha minst 6-8 måltider i døgnet. Informere om alle positive effekter av nattamming.
- Bør ha ubegrenset sugetid, innen rimelighetens grenser. Tilstrebe mest mulig ro rundt måltidssituasjonen.

- Dersom moren har såre brystvorter, og ammingen gjør vondt til tross for riktig teknikk/sugetak, kan det være nødvendig og forbigående begrense sugetiden og eventuelt håndmelke.
- Dersom det går for lang tid mellom måltidene eller moren har melkespreng, bør barnet stimuleres til å die. Hvis barnet bruker svært lang tid ved brystet, bør ammeteknikk/sugetak kontrolleres.

Informere foreldre med barn på nyfødtintensiv om at:

- Dersom mor ikke er til stede på nyfødtintensiv og barnet er sugelystent, tar sykepleier på nyfødtintensiv kontakt med henne.
- Nyfødtintensiv benytter "Ammehjulet" i sin tilvenning av premature/syke nyfødte til brystet.

9. Unngå bruk av narresmokk eller flaskesmokk til brystbarn, i alle fall til amming er veletablert.

Ansvar føde-barselavdelingen: Barnepleier/jordmor

Ansvar nyfødtintensiv: Sykepleier

- Informere foreldrene hvorfor vi anbefaler å unngå narresmokk/ flaskesmokk til friske, fullbårne nyfødte.
- Foreldrene kan på informert grunnlag velge at barnet skal ha narresmokk/ flaskesmokk.
- På nyfødtintensiv brukes narresmokk som trøst, ved smertefulle prosedyrer, og når mor ikke er til stede.
- Tillegg gis med kopp/skje/sprøyte/sonde/hjelpebryst/evt. fingermating.
- Dersom det er behov for tillegg, bør mor få opplæring i koppmating.
- Ved sonding bør barnet stimuleres til å suge/ta kontakt med mors bryst. Suging på smokk/brystknopp under sonding forbedrer fordøyelsen av melken.
- Brystskjold anbefales ikke, men kan benyttes i noen tilfeller. Se prosedyre for bruk av brystskjold.

10. Bidra til at det etableres en enhetlig arbeidende tiltakskjede mellom svangerskapsomsorgen, føde-barselavdelingen og helsestasjonen. Helsetjenesten bør informere om Ammehjelpen, og støtte opprettelsen av ammehjelpgrupper.

Ansvar: Se spesifisert

- Helsesøster informeres per brev om det enkelte barns ernærings situasjon ved utreise. Der ernærings situasjonen tilsier særskilt oppfølging skal kontakten skje telefonisk ved utreise. (Ansvar: jordmor føde-barselavd.)
- Mødrene bør få mulighet til kontakt med helsestasjonen innen 2 virkedager etter hjemreise.
- Under oppholdet ved avdelingene gjøres foreldrene kjent med ammehjelpen og Foreldreforeningen for premature barn gjennom brosjyrer/plakater. Vi er behjelpelige med informasjon om andre foreldreforeninger. (Ansvar: barnepleier, jordmor, sykepleier ved begge avdelinger)
- Barsel har åpen telefonlinje 24 timer i døgnet de første ukene etter utreise.
- Føde-/barselavdelingen skal sørge for at de som arbeider i svangerskapsomsorgen og på helsestasjon er kjent med avdelingenes amme prosedyre. Dette gjøres ved samarbeidsmøter mellom avdelingen og primærhelsetjenesten minst en gang per år. (Ansvar: avdelingsjordmor føde-barselavdelingen)

10 TRINN FOR VELLYKKET AMMING

Med utvidede kommentarer.

Et Mor-barn-vennlig sykehus skal:

1. Ha en skriftlig ammeprosedyre som rutinemessig formidles til alt helsepersonell ved avdelingen.

Over/avdelingsjordmor har ansvaret for at det utarbeides en skriftlig ammeprosedyre som inngår i sykehusets kvalitetssystem. Ammeprosedyren skal forklare hvordan WHO/UNICEFs 10 trinn blir iverksatt på avdelingen og hvordan WHO-koden for markedsføring av industrifremstilte melkeblandinger for spedbarn følges. Prosedyren skal finnes lett tilgjengelig, og alt helsepersonell som tar hånd om mor og barn, skal være kjent med den og følge den i sin praksis. Over/avdelingsjordmor har ansvaret for at prosedyren blir fulgt og for at den blir oppdatert jevnlig.

2. Tilby opplæring slik at det er mulig for personalet å følge ammeprosedyren.

Over/avdelingsjordmor har ansvaret for at det foreligger en opplæringsplan, som også angir hvordan vikarer skal informeres. Planen skal sikre at alt helsepersonell som er i kontakt med gravide, mødre og spedbarn har oppdatert kunnskap om morsmelk og amming, slik at de er i stand til å følge ammeprosedyren i sin praksis. Opplæringen skal også omfatte hvordan man kan veilede og støtte mødre som ikke ammer. Opplæringen skal omfatte teori og klinisk praksis; minst 12 timers opplæring i ammeveiledning hvorav minst 3 timer med kvalitetssikring av de praktiske ferdighetene. Opplæringen skal ha vært gjennomført i løpet av de siste 3-5 årene. Nyansatte skal få opplæring så snart som mulig, gjennomført senest innen 3 måneder. Over/ avdelingsjordmor har ansvar for dokumentasjon av gjennomført opplæring. Planen bør angi hvordan fortsatt oppdatering av kunnskaper og ferdigheter skal foregå, etter at hovedopplæringen er gjennomført.

3. Bidra til å spre informasjon til gravide om fordelene ved brysternæring og om hva de kan gjøre for å få til ammingen.

Sammen med faglig ansvarlig ved svangerskapspoliklinikken, har overjordmor ansvaret for at gravide som får mesteparten av svangerskapsomsorgen ved sykehuset, blir informert om brysternæring innen 28. svangerskapsuke. Også inneliggende gravide med et sykehusopphold av minst 3 døgn varighet skal ha fått denne informasjonen. Det skal foreligge en kortfattet, skriftlig oversikt over hvilken ammeinformasjon gravide skal få, og det skal dokumenteres at informasjon er gitt, f.eks. på helsekort for gravide. Samtalen med den gravide skal belyse fordelene ved brysternæring, samt anbefalingene om eksklusiv amming de første 6 månedene og en fortsatt ammeperiode på minst ett år. Det skal også informeres om betydningen av ro og hudkontakt med barnet etter fødselen, at barnet tidlig får komme til brystet, selvregulering, godt sugetak, samt tilbudet om å ha barnet hos seg hele døgnet. Informasjonen må gis individuelt med utgangspunkt i den gravides kunnskaper og evt tidligere ammeerfaring. (Se punkt 10 om samarbeid med primærhelsetjenesten.)

4. Sørge for at mor og barn etter en normal fødsel kan ha uforstyrret hudkontakt i minst én time, eller til barnet er rede til å suge og den første ammingen har funnet sted.

Gjøre mødrene oppmerksomme på tidlige tegn på sult/sugebehov hos barnet. Mødre skal normalt gis anledning til å få barnet til seg rett etter fødselen med uforstyrret hudkontakt i minst én time, eller til barnet er rede til å die og den første ammingen har funnet sted. Dersom barnet ikke selv søker brystet innen en times tid, bør det dokumenteres og legges til rette for nytt forsøk når barnet er klar for det. Mødre forløst ved keisersnitt skal få anledning til å få barnet til seg innen en halv time etter at de er i stand til å forholde seg til den nyfødte. De bør få anledning til å ha hudkontakt med barnet i minst én time, og de skal få tilbud om hjelp til ammingen. Det skal foreligge en skriftlig prosedyre som klargjør ansvars- og samarbeidsforhold mellom føde-, oppvåknings- og barselavdelingen for å sikre hudkontakt med barnet og tidlig amming for mødre forløst ved keisersnitt.

5. Vise mødre hvordan de skal amme og hvordan de kan opprettholde melkeproduksjonen selv om de midlertidig skilles fra sine spedbarn.

Avdelingsjordmor skal kunne bekrefte at førstegangsfødende og kvinner som tidligere har hatt ammeproblemer får ekstra oppfølging. Mødrene skal følges opp slik at de helt fra begynnelsen får en god ammestilling og barnet et godt sugetak. Neste amming, senest innen 6 timer etter fødselen, bør observeres. Veiledning og praktisk hjelp gis ved behov. Under oppholdet på barselavdelingen skal mødrene få skriftlig informasjon og praktisk opplæring i håndmelking. Mødre med barn på nyfødt/barneavdelingen skal få hjelp til å etablere og opprettholde melkeproduksjonen ved håndmelking/pumping innen 6 timer etter fødselen. Det bør foreligge en prosedyre som sikrer at denne informasjonen/opplæringen blir gitt. Avdelingspersonalet skal kunne bekrefte at de veileder mødre om riktig tilberedning av morsmelkerstatning når det er behov for det.

6. Ikke gi nyfødte barn noen annen form for næring eller drikke enn morsmelk, unntatt når det er medisinsk grunn til det.

Ikke gi brystnærte barn tilleggsnæring eller vann, unntatt når det er medisinsk grunn til det (jfr. vedlagte medisinske kriterier for bruk av tillegg til brystnærte barn på barselavdelingen). Evt. tillegg skal gis med kopp, skje e.l., ikke med flaske. Bruk av tillegg skal registreres og grunngis, og bør gis i samråd med moren. Reklame for morsmelkerstatning, flasker og smokker skal ikke forekomme på avdelingen, i tråd med WHOs internasjonale kode for markedsføring av industrifremstilte melkeblandinger for spedbarn.

7. Gi mor og barn anledning til å være sammen 24 timer i døgnet.

Mødre med friske, fullbårne barn skal få tilbud om og oppmuntres til å være sammen med barnet hele døgnet. Tilsvarende skal keisersnittforløste få anledning til å ha barnet hos seg hele døgnet når de er i stand til å forholde seg til det. Forholdene må legges til rette, og mor må få omsorg så hun får krefter til barnet *. * Tiltak som legger til rette: Innføre hviletid, begrense besøks-/telefonid, oppfordre mor til å be om hjelp og avlastning ved behov, uoppfordret tilby avlastning ved urolige barn, hjelpe til med stell og matservering.

8. Oppmuntre til amming etter behov, såkalt selvregulering.

Mødre med friske, fullbårne barn skal være kjent med at brystmåltidenes antall eller varighet vanligvis ikke begrenses *, og at barnet bør få minst 6-8 måltider i døgnet. Mødrene skal ha fått råd om å gi barnet bryst så ofte det viser tegn til sult/sugebehov. Dersom det går for lang tid mellom måltidene eller moren har melkespreng, bør barnet stimuleres til å die. Dersom barnet bruker svært lang tid ved brystet, bør ammeteknikk/ sugetak kontrolleres. * Dersom moren har såre brystknopper, og amming gjør vondt til tross for riktig teknikk/sugetak, kan det være nødvendig og forbigående begrense sugetiden og eventuelt håndmelke.

9. Unngå bruk av narresmokk eller flaskesmokk til brystbarn, iallfall til ammingen er veietablert.

Unngå bruk av tåteflaske eller narresmokk til brystbarn, iallfall til barnet har etablert et godt sugetak og viser tilfredsstillende vektøkning, og mor har rikelig med melk. Eventuelt tillegg skal ikke gis med flaske. Dersom barnet får tillegg, bør mor få opplæring i koppmating. Mødrene skal være kjent med begrunnelsen for å fraråde smokk de første 2-4 ukene.* Det bør finnes skriftlige retningslinjer for bruk av brystskjold. * Mødrene kan på informert grunnlag velge å gi smokk/ flaske til sine barn. Unngå om mulig også brystskjold. Brystskjold fører bl.a. til at melkeproduksjonen blir dårligere stimulert. Dersom mor bruker brystskjold ved utreise, bør helsesøster kontaktes slik at mor kan få hjelp tidligst mulig til å avvikle bruken.

10. Bidra til at det etableres en enhetlig arbeidende tiltakskjede mellom svangerskapsomsorgen, føde/barselavdelingen og helsestasjonen.

Helsetjenesten bør informere om Ammehjelpen, og støtte opprettelsen av ammehjelpgrupper. Føde/barselavdelingen skal om mulig sørge for at de som har ansvaret for svangerskapsomsorgen i sykehusets opptaksområde er kjent med ammeprosedyren. I samarbeid med de ansvarlige for svangerskapsomsorgen i primærhelsetjenesten skal føde/barselavdelingen bidra til å utarbeide et opplegg som sikrer at gravide får informasjon om brystnæring og sykehusets ammerutiner. Mødrene skal få opplysning om hvor de kan henvende seg ved behov for ammehjelp etter utskrivning, og hvilken helsestasjon de søker til. Helsestasjonen bør få informasjon om hjemreise fra barsel og ammestatus for alle mødre ved hjemreise. Mødrene bør få mulighet til kontakt med helsestasjonen innen 2 virkedager etter hjemreise. Barselavdelingen bør ta kontakt med helsestasjonen telefonisk hvis en kvinne reiser hjem med ammeproblemer. Personalet skal kjenne til og sørge for at mødrene blir informert om Ammehjelpen.