

# **MASTEROPPGAVE**

**Master i Sykepleie – klinisk forskning og fagutvikling**

**Mai 2019**

Ammefremmende veiledning på nyfødt intensivavdeling

Margrete Juterud

**OSLOMET**

**OsloMet – storbyuniversitetet**

**Fakultet for helsevitenskap  
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid**

Kull: Heltid 2015

Veileder: Lisbeth Gravdal Kvarme

## FORORD

Arbeidet med masteroppgaven har vært lærerikt og spennende, men det har også tidvis vært tungt og jeg vil takke alle som har bidratt med oppmuntrende ord og råd underveis. Først en stor takk til veileder Lisbeth Gravdal Kvarme som har gitt gode konstruktive tilbakemeldinger og som har hjulpet meg til å alltid yte mitt beste.

Takk til avdelingsleder Birgitte Lenes Ekeberg som lot meg gjennomføre studien på egen arbeidsplass. En stor takk til Kristin Dikkanen som tok rollen som moderator under fokusgruppeintervjuene og kollega Tanja Berg for hjelp til å rekruttere alle mødrene til dybdeintervjuene. Jeg er veldig takknemlig for innsatsen dere begge har lagt ned, både av forarbeid og engasjement underveis. Jeg setter stor pris på at kollegaer velvillig har stilt opp og har vist entusiasme for prosjektet. En stor takk også til mødrene som deltok i studien.

Masterseminarer har vært til stor hjelp både ved å inspirere til progresjon i arbeidet og gode tilbakemeldinger og råd har bidratt til å holde motivasjonen og arbeidslysten oppe. Takk til medstudenter som har heiet fra sidelinjen og har oppmuntret underveis.

Til slutt vil jeg takke familien min. Takk til min snille mann Morten som har holdt ut med mine lange studiedager i 4 år. Jeg setter pris på at vi sammen har klart å finne løsninger som har gjort det mulig for meg å følge drømmen om å fullføre masteren. En stor takk til min far som tross sin byggetekniske bakgrunn har lest og gitt tilbakemeldinger hele veien, det har vært til stor støtte for meg! Jeg setter enormt stor pris på alle besteforeldre som velvillig har tilbudt barnepass for at jeg kan få studere noen timer uten forstyrrelser. Takk også til mine to barn som tålmodig har akseptert at jeg har sittet foran dataen både sent og tidlig, og som har gitt uttrykk for at det er verdt all jobbingen nå som arbeidet er i mål.

Margrete Juterud

Sande, mai 2019

# SAMMENDRAG

## Bakgrunn

Masteroppgaven består av en artikkel og en tematisk fordypning. Helseeffektene for mor og barn ved amming er godt dokumentert. Det er likevel en økt risiko for at premature- og syke nyfødte barn ikke ammes ved utskrivelse fra nyfødt intensivavdeling. En årsak kan være at mødre oftere opplever utfordringer relatert til amming enn mødre som føder friske barn til termin. Ammeveiledningen mødre får under innleggelsen kan ha betydning for om de ammer ved utreise selv om melkeproduksjonen er tilstrekkelig til å fullernære barnet.

## Hensikt

Erfaringer fra praksis er at enkelte mødre velger å gi morsmelk på flaske fremfor å amme, selv om melkeproduksjonen er tilstrekkelig. I tillegg viser en intern gjennomgang i avdelingen nedgang i antall barn som ammes ved utreise, og en ser behovet for å ha mer kunnskap om ammefremmende tiltak. Hensikten med studien er å forbedre ammeveiledningen og bidra til å fremme fullamming. I fordypningsoppgaven belyses hvorfor ammekompetanse er viktig ved veiledning av mødre på nyfødt intensivavdeling, og videre hvordan øke kompetansen hos sykepleierne.

## Metode

Studien har et kvalitativt eksplorativt og deskriptivt design. Det er gjennomført fem individuelle intervjuer av mødre til barn inneliggende på nyfødt intensivavdeling og to fokusgruppeintervjuer av sykepleiere. Analysene er utført ved systematisk tekstkondensering inspirert av Malterud og innholdsanalyse inspirert av Graneheim og Lundman.

## Resultater

Mødre og sykepleiere rapporterte at det å lære grunnleggende ammeteknikk var viktig og at veiledningen må tilpasses mors behov. Stort fokus på antall milliliter barnet dier til måltider kan sammen med tidlig utreise bidra til at flaske introduseres. Flere av mødre fortalte om usikre sykepleiere og at progresjonen i veiledningen stagnerte. Både mødre og sykepleiere ønsket fristilt ammeveileder som kan følge mor gjennom oppholdet. Sykepleierne fortalte om usikkerhet om ammekompetansen var tilstrekkelig, og ønsket at de ble mer samkjørte i rådene de gav mødre.

## Konklusjon

Tiltak for å fremme fullamming er oppfølging og veiledning av sertifisert ammeveileder, økte ammekunnskaper blant personalet og mindre fokus på antall milliliter barnet dier til hvert

måltid. Støtte fra personalet og individuelt tilpasset veiledning sammen med mindre fokus på tidlig utreise er tiltak som kan fremme fullamming.

### **Nøkkelord**

Kvalitativ metode, ammeveiledning, fullamming, nyfødt intensiv, prematur, nyfødte

# **ABSTRACT**

## **Background**

This Master's thesis consists of an article and a thematic specialization. The health benefits of breastfeeding are well documented. However, there is an increased risk that mothers of premature and sick infants do not breastfeed at discharge from the neonatal intensive care unit (NICU). One reason may be that mothers more often experience challenges related to breastfeeding than mothers of healthy term infants. The breastfeeding counselling and support mothers receive during admission may impact whether they breastfeed on discharge, even if their milk production is sufficient to ensure full nourishment of the baby.

## **Purpose**

Experience shows that some mothers, despite sufficient milk supply, choose bottle feeding, using mothers' milk, rather than breastfeeding. An internal review shows a decrease in the number of children being breastfed at discharge from the NICU. This indicates that more knowledge about breastfeeding counselling is needed. The purpose of this study is to promote exclusive breastfeeding through improved breastfeeding support and counselling.

The specialization assignment highlights why breastfeeding competence is important in counselling mothers of preterm or sick newborns. Further it describes how to increase this competence in nurses.

## **Method**

This study has a qualitative exploratory and descriptive design. Five individual interviews of mothers were conducted in the NICU and two focus group interviews were conducted with nurses working there. The analysis were carried out by systematic text condensation inspired by Malterud and content analysis inspired by Graneheim and Lundman.

## **Results**

Mothers and nurses reported that learning basic breastfeeding techniques was important and that counselling should be tailored to the needs of the mother. Increased focus on the amount of milk intake in conjunction with early departure, can lead to introduction of bottle feeding. Several mothers mentioned insecure nurses and that progression in counselling stagnated. Nurses felt insecure about their breastfeeding skills and wanted more coordination in counselling towards mothers. Both mothers and nurses wanted regular consultations from a lactation consultant throughout their stay.

## **Conclusion**

Measures to promote exclusive breastfeeding are support and counselling from a certified lactation consultant, increased breastfeeding skills among staff and less focus on the amount of babies' milk intake. Further, support from staff and individual counselling together with less focus on early departure can promote exclusive breastfeeding.

## **Keywords**

Qualitative method, breastfeeding, exclusive breastfeeding, NICU, premature, newborn

# INNHOLDSFORTEGNELSE

Forord.....	II
Sammendrag.....	III
Abstract.....	V
Innholdsfortegnelse.....	7
<b>1.0 Innledning.....</b>	<b>8</b>
<b>2.0 Artikkel.....</b>	<b>10</b>
<b>3.0 Teoretisk fordypning.....</b>	<b>30</b>
3.1 Opplæring.....	30
3.2 Nivåer av ammekompetanse.....	31
3.3 Kompetanse om morsmelkens egenskaper og oppstart av melkeproduksjon.....	33
3.4 Kompetanse om dieutfordringer hos barn som innlegges på nyfødt intensiv.....	35
3.5 Målet med veiledning er å fremme mestringsfølelse hos mor.....	36
<b>4.0 Hvordan øke fagkompetansen hos sykepleierne.....</b>	<b>39</b>
4.1 Teori- og observasjonslæring.....	39
4.2 Veiledning i praktiske situasjoner.....	40
4.3 Erfaringsdeling.....	42
4.4 Oppsummering.....	43
<b>5.0 Metodediskusjon.....</b>	<b>44</b>
5.1 Studiens styrker og svakheter.....	45
5.2 Forske på egen arbeidsplass.....	47
<b>6.0 Oppsummering.....</b>	<b>49</b>
Litteraturliste.....	50
Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD.....	54
Vedlegg 2: Forespørsel til mødre om deltakelse i forskningsprosjekt.....	57
vedlegg 3: Forespørsel til sykepleiere om deltakelse i forskningsprosjekt.....	59
vedlegg 4: Guide til dybdeintervju mødre.....	61
vedlegg 5: Guide fokusgruppeintervju sykepleiere.....	63
Vedlegg 6: Forfatterveiledning fra Sykepleien forskning.....	64

## 1.0 INNLEDNING

Masteroppgaven består av en artikkel og en fordypningsoppgave. Artikkelen er utformet etter retningslinjene til tidsskriftet Norsk Sykepleien Forskning, og presenteres som et publiserbart manuskript. Artikkelen presenteres først, etterfulgt av fordypningsoppgave.

Amming kan være komplisert og vanskelig, og likevel teoretisk så enkelt. De fleste mødre kan, biologisk sett, produsere melk (Rollins et al., 2016, s. 492). Melkeproduksjon handler prinsipielt om *tilbud og etterspørsel*. Barnet etterspør melk ved å die av mors bryst. Jo oftere barnet dier, *etterspør*, jo mer melk produserer mor, *tilbud*. Dette gjelder også når barnet er prematurt eller sykt, men da er etterspørselen ofte ikke tilstede. Da må mor stimulere brystene selv, enten ved håndmelking eller bruk av elektrisk pumpe slik at brystene fortsatt får *etterspørselen*. For å få til dette trenger mor veiledning av ammekyndig personale. Det er her veiledningen skiller seg fra ammeveiledningen mødre til friske terminfødte barn får ved føde- og barselavdelingen. Det kreves økt kompetanse om amming når mor føder prematurt eller barnet er sykt etter fødsel.

Artikkelen er basert på en kvalitativ studie utført på en Nyfødt intensivavdeling i Norge. Bakgrunnen for studien er erfaringer om at mange barn reiser hjem med flaske, selv om mor har tilstrekkelig melkeproduksjon til å fullernære barnet sitt. Jeg ønsker å undersøke mødres og sykepleieres erfaringer med ammeveiledning slik at denne kan forbedres og fullamming fremmes. Det antas å være forskjeller på ammefrekvens ved utskrivelse fra barsel og nyfødt intensiv. Tall fra 2013 viste at 84% av friske terminfødte barn i Norge ble fullammet to uker etter utreise fra barsel (Helsedirektoratet, 2014, s. 18). Det finnes ingen nasjonale registreringer på ammefrekvens ved utreise fra nyfødt intensiv. Eneste registrering er fra 1995-96 hvor Pia Häggkvist fant at 64% av premature og terminfødte barn i Norge fullammet ved utreise fra nyfødt intensiv (Maastrup, Bojesen, Kronborg & Hallström, 2012, s. 371). Hensikten med studien er å forbedre ammeveiledningen og bidra til å fremme fullamming.

Fordypningsoppgaven er todelt hvor del én er en teoretisk utdypning om amming og veiledning, og del to omhandler metoden brukt i artikkelen. Utgangspunktet for del én er at mødre og sykepleiere i studien var samstemte om at det er behov for å øke sykepleiernes



kompetanse om amming. Innledningsvis beskrives de ulike kompetansenivåene til sykepleierne ved å bruke Patricia Benners videreutvikling av kompetansemodellen til Dreyfus og Dreyfus (Benner, 1995, s. 37).

Det er nødvendig for sykepleiere å ha kunnskaper om fagfeltet amming og veiledning. Kunnskap om amming og morsmelkens egenskaper kan stimulere mors motivasjon til å opprettholde melkeproduksjonen. Videre må sykepleiere også ha kunnskaper om utfordringer som følger av sykdom og prematuritet. Tidlig, systematisk og kontinuerlig veiledning sammen med ammetrening er essensielt for om mor starter og fortsetter å amme (Nyqvist et al., 2015, s. 15). Som et tiltak for å fremme fullamming har jeg fokus på hvordan amme- og veiledningskompetanse kan økes hos sykepleierne.

I del to av fordypningsoppgaven har jeg fokus på enkelte aspekter ved metoden brukt i den kvalitative studien. Validitet, reliabilitet og tanker om gjennomføring av studiet på egen arbeidsplass omtales her.

## **2.0 ARTIKKEL**

### **Ammefremmende veiledning på nyfødt intensivavdeling**

Margrete Juterud, sykepleier

Student ved OsloMet – Storbyuniversitetet

Master i sykepleie – Klinisk forskning og fagutvikling

Epost: [mjuterud@gmail.com](mailto:mjuterud@gmail.com). Mobil: 41720739

#### **Veileder**

Lisbeth Gravdal Kvarme, professor

OsloMet - storbyuniversitetet

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

[liskva@oslomet.no](mailto:liskva@oslomet.no)

Tlf: +47 67 23 60 37

Antall tegn med mellomrom: 19394

Antall ord: 3000

Antall tabeller: 3

## **SAMMENDRAG**

### **Bakgrunn**

Helseeffektene for mor og barn ved amming er godt dokumentert. Premature- og syke nyfødte barn har økt risiko for å ikke bli ammet ved utskrivelse fra nyfødt intensivavdeling.

Bakgrunnen for studien er erfaringer om at enkelte barn reiser hjem med morsmelk på flaske, selv om mor har tilstrekkelig melkeproduksjon til å fullamme barnet sitt. Ammeveiledningen mødrene får under innleggelse kan ha betydning for om de ammer ved utreise.

### **Hensikt**

Hensikten med studien er å forbedre ammeveiledningen og bidra til å fremme fullamming hos mødre som har tilstrekkelig melkeproduksjon.

### **Metode**

Studien har et kvalitativt eksplorativt og deskriptivt design. Det er gjennomført fem individuelle intervjuer av mødre til barn inneliggende på nyfødt intensivavdeling og to fokusgruppeintervjuer av sykepleiere. Analysene er utført ved systematisk tekstkondensering inspirert av Malterud og innholdsanalyse inspirert av Graneheim og Lundman.

### **Resultat**

Mødre og sykepleiere rapporterte at det å lære grunnleggende ammeteknikk var viktig og at veiledningen må tilpasses mors behov. Stort fokus på antall milliliter barnet dier til måltider kan sammen med tidlig utreise bidra til at flaske introduseres. Flere av mødrene fortalte om usikre sykepleiere og at progresjonen i veiledningen stagnerte. Både mødre og sykepleiere ønsket fristilt ammeveileder som kan følge mor gjennom oppholdet. Sykepleierne fortalte om usikkerhet om ammekompetansen var tilstrekkelig og ønsket at de ble mer samkjørte i rådene de gav mødrene.

### **Konklusjon**

Tiltak for å fremme fullamming er oppfølging og veiledning av sertifisert ammeveileder, økte ammekunnskaper blant personalet og mindre fokus på antall milliliter barnet dier til hvert måltid. Støtte fra personalet og individuelt tilpasset veiledning sammen med mindre fokus på tidlig utreise er tiltak som kan fremme fullamming

### **Nøkkelord**

Kvalitativ metode, ammeveiledning, fullamming, nyfødt intensiv, prematur, nyfødt

## **INTRODUKSJON**

Morsmelk er en optimal næringskilde for spedbarn. Dens artsspesifikke egenskaper bidrar til å beskytte barnet mot infeksjoner og bidrar til å utvikle og modne barnets immunsystem (1). For premature barn bidrar morsmelk i tillegg til å modne barnets tarm og reduserer forekomsten av blodforgiftning og tarmsykdom. For mødre bidrar amming til å redusere risikoen for brystkreft, kreft i eggstokker og type 2-diabetes (1). Ingen annen helseatferd kan påvirke mors- og barns helse som valget om å amme eller ikke amme (2). Globalt viser det seg at amming er mer utbredt i lavinntekts land enn i høyinntektsland (2). En av årsaken kan skyldes at kvinner i lavinntektsland ikke har et godt alternativ, og at amming utgjør forskjellen mellom liv og død for et spedbarn. I Norge har kvinner en større mulighet til å velge om de vil amme eller ikke. Ifølge Helsedirektoratet (3) sin landsomfattende undersøkelse viser det seg at færre kvinner ammet i 2013 sammenlignet med undersøkelsen fra 2006-07. Det finnes ingen nyere registreringer på hvor mange kvinner som ammer sitt barn etter opphold på Nyfødt Intensivavdeling.

### **Amming på Nyfødt Intensivavdeling**

Flere studier viser at spesielt premature barn har økt risiko for ikke å bli ammet etter innleggelse på nyfødt intensiv (4, 5). En årsak kan være at mødre oftere opplever utfordringer knyttet til amming enn mødre som får friske terminbarn (6). Den naturlige ammestarten kan forsinkes, som fører til at barnet trenger tid på å lære seg å die fulle måltider av mors bryst. Det er ikke uvanlig at mødrene kjenner på stress og usikkerhet i forbindelse med innleggelse av sitt barn, som kan være en barriere for vellykket amming (7, 8). Videre kan et langvarig opphold på nyfødt intensiv føre til ønske om snarlig hjemreise. Tidlig hjemreise og fullamming er ifølge Swanson og Nicol (9) motstridende mål. I sin studie fant forfatterne at kvinnene tok pragmatiske valg, og valgte flaske for å reise tidlig hjem med sitt barn.

For å fremme amming er det av stor betydning at mødre får støtte og veiledning fra personalet (4, 10). Det er ikke uvanlig at mødre til premature- og syke nyfødte opplever lav mestringsfølelse og lav selvtillit når det gjelder amming (5, 9). Positiv oppmuntring ved amming er en viktig kilde til økt mestringsfølelse og selvtillit. For å styrke mors selvtillit anbefales det bedre veiledning og mer kunnskap om amming blant sykehusansatte (5).

Det ammefremmende tiltaket «Mor-Barn-Vennlig Initiativ (MBVI)» har ført til økte ammeforekomster verden over (6, 14). De ti trinnene for vellykket amming innebærer en

kunnskapsstandard om amming som skal sikre et minimumsnivå av kompetanse. Fra 2009 er kunnskapen også rettet mot premature og syke nyfødte, hvor sertifiseringen bidrar til å heve standarden på veiledningen som gis til mødre (11-13). MBVI har likevel ikke ført til at de internasjonale målene om at 50% av barn i verden fullammes ved 6 måneders alder innen 2025 nås (15, 16).

### **Hensikten med studien**

En intern gjennomgang i avdelingen viser nedgang i antall barn som ammes ved utreise og en ser behovet for å ha mer kunnskap om ammefremmende tiltak. Erfaringer fra praksis er at enkelte mødre velger å gi morsmelk på flaske fremfor å amme, selv om melkeproduksjonen er tilstrekkelig. Hensikten med denne studien er å forbedre ammeveiledningen og bidra til å fremme fullamming.

## **METODE**

### **Design**

Studien har et kvalitativt eksplorativt og deskriptivt design med individuelle intervjuer og fokusgruppeintervjuer som metode. Det er anvendt en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming inspirert av Malterud (17) og Graneheim og Lundman (18).

### **Utvalg**

Deltagere til fokusgruppeintervjuer og dybdeintervjuer ble rekruttert ved en nyfødt intensivavdeling hvor inneliggende barn har enerom så de kan bo sammen med foreldre og eventuelt søsken.

To fokusgruppeintervjuer med sykepleiere ble gjennomført i november og desember 2017. Kriteriet for å delta var mer enn to års erfaring fra avdelingen og en stillingsbrøk på minst 50%. Det ble sikret et strategisk utvalg som representerer målgruppen det er hensiktsmessig å intervjuer for temaet i studien (17, 19, 20). Variasjonsbredde ble oppnådd ved at deltagere hadde ulik alder, ansiennitet og var medlem i ulike faggrupper i avdelingen.

Fem mødre med barn inneliggende på avdelingen ble rekruttert til dybdeintervjuene i perioden desember 2017 til mars 2018. En sykepleier med oversikt over avdelingens pasienter stod for rekrutteringen. Alle mødre hadde opprettet tilstrekkelig melkeproduksjon til å fullernære barnet sitt med morsmelk, og alle mødre hadde avbrutt fullamming til fordel for delamming og flaske. Barna hadde øvet på å die under innleggelsen og ingen hadde komplikasjoner i forhold til sugeevne ved utreise. Eksklusjonskriterier var hvis barnet fikk morsmelkerstatning, hadde sykdom eller hvis mor hadde komplikasjoner i brystene som vanskeliggjorde ammingen.

### **Datainnsamling**

En sykepleier med lang erfaring fra avdelingen stilte som moderator i fokusgruppeintervjuene mens førsteforfatter var tilstede som observatør. Hovedspørsmålene i den semistrukturerte intervjuguiden handlet om sykepleiernes erfaringer med å gi ammeveiledning, om ammeprosedyrer og hvordan bidra til å fremme fullamming blant mødre i avdelingen. Intervjuene varte i 80 og 90 minutter og foregikk på et møterom tilhørende avdelingen. En pilot på fokusgruppeintervju ble gjennomført i forkant, som førte til endringer i intervjuguiden.

Dybdeintervjuene ble gjennomført av førsteforfatter og foregikk på egnet sted som var trygge omgivelser for informantene. En pilot på et dybdeintervju ble utført i desember og ble i ettertid inkludert i studien fordi det ikke ble gjort vesentlige endringer i intervjuguiden. Spørsmålene i den semistrukturerte intervjuguiden handlet om mors erfaringer med ammetrening, opplevelse av å få ammeveiledning, opplevelse av mestring ved utreise og forslag til forbedringer slik at fullamming kan fremmes. Intervjuene varte fra 45 til 60 minutter. Alle intervjuer ble tatt opp på diktafon og transkribert av førsteforfatter.

## **Etiske hensyn**

Norsk senter for forskningsdata godkjente prosjektet før intervjuene ble gjennomført. Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk ble kontaktet og bekreftet at det ikke var nødvendig å søke tillatelse for gjennomføring av studien. Leder for Barneklubben og Nyfødt Intensivavdeling godkjente gjennomføringen av studien.

Deltagere fikk skriftlig og muntlig informasjon om studien og samtlige samtykket muntlig til deltagelse. Deltagerne ble informert om at de når som helst og uten begrunnelse kunne trekke seg fra studien. Informasjon om studien ble gjentatt ved oppstart av hvert intervju. Det ble ikke samlet inn personidentifiserende opplysninger om deltagerne og etiske retningslinjer knyttet til konfidensialitet av datamaterialet ble ivaretatt (21).

## **Analyse**

Alle intervjuer ble analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering i fire trinn med en fortolkende tilnærming (22). Analysen er i tillegg inspirert av Graneheim and Lundman (18) sin fremgangsmåte for innholdsanalyse for å identifisere likheter og forskjeller mellom fokusgruppeintervjuene med sykepleiere og dybdeintervjuene med mødrene. Gjennom fenomenologien søker en å forstå informantenes erfaringer og opplevelser (17), og se delene i lys av helheten ved hermeneutisk fortolkning.

Fokusgruppeintervjuene og dybdeintervjuene ble analysert hver for seg. Transkribert tekst ble lest flere ganger for å få en opplevelse av helhet. All tekst ble delt inn i meningsbærende enheter, kondensert og kodet. Analysert tekst fra fokusgruppeintervjuer ble lest igjennom på nytt for å se på likheter og ulikheter, deretter ble temaene satt i tabell for å synliggjøre hva sykepleierne mener fremmer og hemmer fullamming. Temaene fra dybdeintervjuene med mødrene ble satt i egen tabell, en kolonne for hver deltager for å se på likheter og ulikheter

mellom mødrene. Avslutningsvis ble all kondensert tekst fra dybde- og fokusgruppeintervjuene lest på nytt i lys av forskningsspørsmål og intervjuspørsmål.



## RESULTATER

Resultater fra dybdeintervjuene med mødrene presenteres før resultatene fra fokusgruppeintervjuene med sykepleierne. Hovedtemaene ut fra analysene er; mødrenes opplevelse av å få ammeveiledning og følelse av overvåking og ønske om hjemreise og sykepleiernes erfaringer med ammeveiledning, fagkompetanse og fristilt ammeveileder.

### **Mødrenes opplevelse av å få ammeveiledning**

Alle mødrene i denne studien hadde et ønske om å amme barnet sitt. To mødre uttrykte et stort ønske om å fullamme. De resterende mødrene ytret også ønske om å amme, men var imidlertid mer opptatt av at barnet ble fullernært med morsmelk, enten fra bryst eller flaske. Flere av deltagerne var fornøyd med ammeveiledningen og fortalte at det å lære grunnleggende ammeteknikk som hvordan holde barnet og få barnet til å ta brystet hadde stor betydning for dem. En mor sa; *«Jeg har opplevde stor villighet til at jeg skal øve på å amme»* og flere rapporterte at rolige sykepleiere bidro til at mor slappet av i ammesituasjoner. Noen mødre fortalte om samkjørte råd og god kontinuitet i ammeveiledningen, mens andre rapporterte om usikre sykepleiere som ofte hadde behov for å rådspørre kollegaer. Mødrene fortalte at det var en tendens til at veiledningen var standardisert, at den bar preg av rutine og de opplevde at enkelte sykepleiere bare var delvis interessert i å gi veiledning. En mor sa; *«Veiledningen har vært litt ad hock, jeg synes ofte de har hentet noen som kan dette bedre. (...) jeg har ikke følt kontinuitet eller at det har vært dedikert, litt sånn løpebåndprinsipp kanskje»*. Flere mødre fortalte at de fikk motstridende råd som førte til usikkerhet og de savnet at det ble satt av tid til ren ammeveiledning med en ammekyndig person.

### **Følelse av overvåking og ønske om hjemreise**

Et tema mødrene tok opp var opplevelse av overvåking i ammesituasjoner, hvor flere mødre beskrev det som stressende og påtrengende at sykepleierne hang over dem for å observere hvordan barnet lå til brystet. En mor beskrev en typisk veiledningssituasjon slik; *«Jeg fikk beskjed om å ringe på når hun var sulten og så kom det inn, ja, en person som enten stod og liksom lente seg over deg, ganske nærme, eller så satt hun seg ved siden av»*. Andre deltagere beskrev lignende veiledningssituasjoner hvor opplevelse av overvåking var fremtredende. Mødrene uttrykte forståelse for sykepleiers behov for ammeobservasjon, men de ønsket å prøve selv etter at sykepleieren hadde tatt en rask titt. Flere mødre tok initiativ til å snakke om reduksjon av melkemengde for å trigge sugelyst hos barnet. Ikke alle opplevde å få nok informasjon før melkemengden ble redusert, og sa de ikke ble rådspurt om de eller barnet var

klar for spisetreningen. Flere forsøk på redusert døgnmengde påvirket mødrenes motivasjon negativt og ønsket om hjemreise ble for flere av mødre avgjørende for valget om å introdusere flaske. Veiing før og etter amming og fokuset på antall milliliter barnet diet til ethvert måltid var slitsomt og skapte press. En mor fortalte at hun gruet seg til å fortelle hvor lite barnet hadde spist; *«(...) en føler seg på en måte litt mislykket, det er det presset skaper»*. Konsekvensen av kontroll på melkeinntaket hos barnet medførte usikkerhet ved utreise, og mødrene fortalte at muligheten til å kunne gi ekstra morsmelk på flaske føltet betryggende.

### **Sykepleiernes erfaringer med ammeveiledning**

Sykepleierne var opptatt av å gi mødrene en god start på ammetreningen. Dette kan oppnås ved å veilede i grunnleggende ammeteknikk og å redusere fokuset på hvor mange milliliter barnet dier til hvert måltid. En sykepleier sa; *«Vi opererer med at mat er medisin, vi noterer og vi veier – tror du ikke vi påvirker hvordan mødrene tenker rundt det?»*. De mente at mødrene bør veiledes mer i å se og lytte på om barnet svelger, og de må trygges i å lese et tilfreds barn. Begge fokusgrupper var opptatt av å kartlegge mors tidligere ammeerfaringer samt hennes nåværende behov. Flere sykepleiere sa de tror ammeveiledningen kan oppleves som intens for mødrene selv om veiledningen gis i beste hensikt. En sykepleier fortalte *«(...) jeg føler mange ganger på at vi pusher mammaene litt for mye»* og uttrykte at en sliten og oppgitt mor raskere kan velge flaske som matemåte fremfor å fortsette ammetreningen. I den ene gruppen diskuterte sykepleierne at det må en holdningsendring til i avdelingen for at sykepleierne skal bli mer samkjørte i veiledningen som gis, samt være mer restriktive i bruk av flaske. Mange understreket viktigheten av å avvente flaske til ammingen er etablert, men sa at utfordringen kommer når barnet skal ha vitaminer og ikke lenger har sonde.

### **Fagkompetanse og fristilt ammeveileder**

Sykepleierne rapporterte at ammeveiledning er en viktig og utfordrende del av deres arbeid. Usikkerhet i veiledningssituasjoner var en gjennomgående faktor og de begrunnet dette med manglende ammekompetanse og at de har liten tid til å oppdatere seg på faget. Samtidig sa sykepleierne at kunnskapen de har om amming er tilstrekkelig i vanlige veiledningssituasjoner. En erfaren sykepleier fortalte; *«Det er så mye jeg ikke kan, selv om jeg kan det basale som sikkert er godt nok for de fleste»*. Det var bred enighet blant deltagerne at de ønsker seg mer kompetanse om amming, og at kollegaer oftere rådspørres enn å søke ny litteratur om amming selv. Sykepleierne uttrykte ønske om mer faglige diskusjoner om amming, fagdag med teori og sertifiseringsdag for amming som tiltak for å fremme

fullamning i avdelingen. De fortalte om hektiske arbeidsdager hvor mange ulike arbeidsoppgaver og flere barn per sykepleier bidrar til liten tid til ammeveiledning. Et flertall av sykepleierne fremmet ønske om at en ammeveileder fristilles et par dager i uken for å gi mødrene i avdelingen generell informasjon om amming samt ammeveiledning. En sykepleier sa «*Det må være litt godt for mor også at 'nå kommer ammeveilederen inn' for da blir det litt fokus på det, og det er kanskje mer rom for å prate og stille spørsmål*».

## **DISKUSJON**

Funnene i studien viser at ammeveiledning er nødvendig og viktig, men også utfordrende. Alle mødrene ønsket å amme og mente det var fint og nødvendig å lære grunnleggende ammeteknikk. Mødrene rapporterte om god kontinuitet og rolige sykepleiere som bidro til at mor slappet av i ammesituasjoner. Andre fortalte om rutinepreget veiledning og at sykepleierne var delvis interessert i å veilede. Veiledning i ulike ammeteknikker er nødvendig mener Henshaw og Fried (23) og viser til at veiledningen også bør ta sikte på å styrke mødrenes selvtillit og deres tro på at de kan lykkes med ammingen. Støtte og riktig veiledning fra personalet har stor betydning for mors mestringsfølelse og om de takler ulike ammeutfordringer (8, 10). Individuelt tilpasset veiledning de to første dagene etter fødsel har spesielt stor betydning for mors mestringsfølelse, samt om hun ammer etter 6 uker (23).

Sykepleierne i studien fortalte at deres kunnskaper om amming var tilstrekkelige i vanlige veiledningssituasjoner. Likevel følte sykepleierne seg ofte usikre på egen ammekompetanse og mente at det var nødvendig å bli mer samkjørte i veiledningen. Flere mødre fortalte at motstridende råd førte til usikkerhet. Råd som forvirrer mødre og ikke er entydige virker som en barriere mot fullamming (9, 10, 24). Ikonen og Aho (10) skriver at det virker å være en tendens til at veiledning som gis av personalet er inkonsekvent og ikke tar nok hensyn til morens individualitet.

### **Fristilt ammeveileder**

Flere av mødrene opplevde at progresjonen i veiledningen stagnerte og at sykepleiernes ammekompetanse ikke dekket deres behov utover grunnleggende ammeteknikk. Mødre og sykepleiere beskrev et ønske om veiledning fra sertifisert ammeveileder under hele oppholdet. Dette for å sikre tidlig og individuell veiledning og sikre progresjon frem mot utreise. Manglende systematisk veiledning virker hemmende for om mødre ammer ved utreise (25). Bruk av sertifisert ammeveileder kan ha stor positiv effekt på antall barn som ammes ved utreise fra nyfødt intensiv (4, 6, 10, 26, 27). Renfrew et al. (27) mener det er kostnadseffektivt at ammeveileder får tid alene til veiledning med mødrene fordi det fører til at flere mødre ammer barna sine under oppholdet og ved utreise. Det anbefales at mødre får veiledning av ammeveileder før fødsel om forventningene basert på barnets forutsetninger (28). Videre bør mødre tilbys veiledning rett etter fødsel og innen 24 timer etter fødsel (4, 26). I tillegg kan det med fordel settes av tid ved oppstart- og vedlikehold av melkeproduksjon, tid til å lage en plan for ammetrening samt avsatt tid til generell ammeveiledning og spørsmål fra mor (27).

## **Individuell veiledning**

Enkelte mødre fortalte at ammeobservasjon opplevdes som overvåking. Det er ikke funnet litteratur om hvordan observasjon i ammesituasjoner påvirker mors opplevelse av stress og mestring. En artikkel viste at mødre opplevde det å utvikle et forhold til pleierne som positivt, og støtten de gav ved å titte, lytte og veilede hadde positiv effekt på mestringsfølelsen (9). Et tiltak vil være å bedre kartlegge mors ønsker og behov, og deretter tilpasse observasjon og veiledningen individuelt (23).

Fokus på antall milliliter barna dier til hvert måltid bidrar ifølge mødre og sykepleiere til å skape stress. Ammefremmende tiltak kan være å fokusere mer på å lese barnets signaler og trygge mor i å lese et tilfreds barn (28). Å lese sitt barns signaler bidrar også til at foreldrene føler seg mer kompetente i rollen som omsorgsperson og kan for mor føre til at hun får mer tro på egen evne til å amme (24). Det er en forutsetning at barnet har mye hudkontakt med mor for at hun skal oppdage tidlige signaler på sugelyst (28).

Tidlig utreise fra avdelingen medfører usikkerhet hos mødre i forhold til om barna dier tilstrekkelig. Mødrene fortalte at kontrollen på melkeinntaket gjorde dem usikre på om barna fikk i seg tilstrekkelig melk, og de fortalte at muligheten til å kunne gi ekstra morsmelk på flaske føltes betryggende. Swanson og Nicol (9) har rapportert at mødre til premature barn ofte velger å reise hjem med flaske fremfor å fortsette ammeøving dersom det medfører lengre sykehusopphold.

## **KONKLUSJON**

Tiltak for å fremme fullamming er oppfølging og veiledning av sertifisert ammeveileder, økte ammekunnskaper blant personalet og mindre fokus på antall milliliter barnet dier til hvert måltid. Støtte fra personalet og individuelt tilpasset veiledning kan bidra til å styrke mødrenes tro på at hun kan lykkes med ammingen. Videre kan det fremme fullamming å lære grunnleggende ammeteknikk og ha mindre fokus på tidlig utreise. Videre forskning om ammeveiledning kan med fordel inkludere flere informanter fra ulike sykehus. I tillegg kan observasjon av ammeveiledning etterfulgt av intervjuer av mødre og sykepleiere styrke troverdigheten i fremtidige studier.

## **STUDIENS BEGRENSNINGER**

Begrensene for studiens troverdighet er at studien er liten med få informanter og at den er utført på førsteforfatters arbeidsplass. Nyfødt intensivavdeling har enerom til sine inneliggende barn. Studien er ikke direkte overførbar til andre avdelinger hvor ammeveiledningen skjer på åpne stuer med flere mødre. Funnene i studien støttes i stor grad av tilgjengelig litteratur, og kan være relevant for avdelinger som tilbyr ammeveiledning til premature- og syke nyfødte barn.

## LITTERATURLISTE

1. Løland BF, Bærug AB, Nylander G. Morsmelk, immunrespons og helseeffekter. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2007;127(18):2395-8.
2. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. The Lancet. 2016;387(10017):475-90.
3. Helsedirektoratet. Amming og spedbarns kosthold, Landsomfattende undersøkelse 2013. 2014.
4. Dereddy NR, Talati AJ, Smith A, Kudumula R, Dhanireddy R, Pérez-Escamilla R, et al. A Multipronged Approach Is Associated with Improved Breast Milk Feeding Rates in Very Low Birth Weight Infants of an Inner-City Hospital. Journal of Human Lactation. 2015;31(1):43-6.
5. Wang Y, Briere CE, Xu W, Cong X. Factors Affecting Breastfeeding Outcomes at Six Months in Preterm Infants. Journal of Human Lactation. 2018
6. Parker M, Burnham L, Cook J, Sanchez E, Philipp BL, Merewood A. 10 Years after Baby-Friendly Designation: Breastfeeding Rates Continue to Increase in a US Neonatal Intensive Care Unit. Journal of Human Lactation. 2013;29(3):354-8.
7. Rossman B, Greene MM, Meier PP. The Role of Peer Support in the Development of Maternal Identity for “NICU Moms”. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing. 2015;44(1):3-16.
8. Chourasia N, Surianarayanan P, Adhisivam B, Vishnu Bhat B. NICU Admissions and Maternal Stress Levels. The Indian Journal of Pediatrics. 2013;80(5):380-4.
9. Swanson V, Nicol H, McInnes R, Cheyne H, Mactier H, Callander E. Developing Maternal Self-Efficacy for Feeding Preterm Babies in the Neonatal Unit. Qualitative Health Research. 2012;22(10):1369-82.
10. Ikonen R, Aho AL, Kaunonen M. Validity and reliability of breastfeeding advice and coping with breastfeeding instruments. Neonatal Network. 2014;33(6):322-8.
11. Nyqvist K, Häggkvist A, Hansen M, Kylberg E, Frandsen A, Maastrup R, et al. Expansion of the Baby-Friendly Hospital Initiative Ten Steps to Successful Breastfeeding into Neonatal Intensive Care. Journal of Human Lactation. 2013;29(3):300-9.
12. ILCA. The Neo-BFHI: The baby-friendly hospital initiative for neonatal wards ilca.org. 2016. Tilgjengelig fra: <http://www.ilca.org/main/learning/resources/neo-bfhi>. (Nedlastet 01.03.2017).
13. World Health Organization. Baby-friendly Hospital Initiative 2018. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/nutrition/bfhi/en/>. (Nedlastet 02.03.2019).
14. Hannula L, Kaunonen M, Tarkka Mt. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. Oxford, UK2008. p. 1132-43.
15. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhay N, Horton S, Lutter C, Martinez J, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? The Lancet. 2016;387:491-504.
16. WHO WHO. Global targets 2025 - To improve maternal, infant and young child nutrition 2018 [updated Oktober 2018. Tilgjengelig fra: [https://www.who.int/nutrition/global-target-2025/infographic\\_breastfeeding.pdf](https://www.who.int/nutrition/global-target-2025/infographic_breastfeeding.pdf). (Nedlastet 02.03.2019).



17. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
18. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004;24(2):105-12.
19. Johannessen A, Christoffersen L, Tufte PA. Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. 4. utg. Oslo: Abstrakt; 2010.
20. De nasjonale Forskningsetiske komiteer. Utvalgsstrategi 2010. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/3-Utvalgsstrategi/>. (Nedlastet 06.07.2018)
21. De nasjonale forskningsetiske komiteene. Generelle forskningsetiske retningslinjer Oslo; 2014. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>. (Nedlastet 06.07.2018)
22. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2013.
23. Henshaw EJ, Fried R, Siskind E, Newhouse L, Cooper M. Breastfeeding Self-Efficacy, Mood, and Breastfeeding Outcomes among Primiparous Women. *Journal of Human Lactation*. 2015;31(3):511-8.
24. Alves E, Rodrigues C, Fraga S, Barros H, Silva S. Parent's views on factors that help or hinder milk supply in neonatal care units: systematic review. *Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal Edition*. 2013;98(6).
25. Castrucci BC, Hoover KL, Lim S, Maus KC. Availability of Lactation Counseling Services Influences Breastfeeding among Infants Admitted to Neonatal Intensive Care Units. *American Journal of Health Promotion*. 2007;21(5):410-5.
26. Dweck N, Augustine M, Pandya D, Valdes-Greene R, Visintainer P, Brumberg HL. NICU lactation consultant increases percentage of outborn versus inborn babies receiving human milk. *Journal of Perinatology*. 2007;28(2):136.
27. Renfrew M, Craig D, Dyson L, McCormick F, Rice S, King S, et al. Breastfeeding promotion for infants in neonatal units: a systematic review and economic analysis. *Health Technol Assess* 2009. p. 1-+.
28. Briere CE, McGrath J, Cong X, Cusson R. An integrative review of factors that influence breastfeeding duration for premature infants after NICU hospitalization. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 2014;43(3).

## VEDLEGG: TABELLER

Tabell 1 – Utvalg

	Alder	Tidligere erfaring	Ansiennitet / lengde på opphold	Matemåte ved utreise	Hvem foreslo flaske?
<b>Fokusgruppe sykepleiere</b>	<40: 6 >41: 9	11 deltagere med kurs i ammeveiledning. 2 deltagere med videreutdanning i amming.	<10 år: 9 >11 år: 6		
<b>Mødre</b>	< 35: 3 > 36: 2	4 mødre hadde ingen tidligere ammeerfaring. 1 mor hadde tidligere positiv ammeerfaring.	< 3 uker: 2 3-6 uker: 3	4 mødre ammet og gav morsmelk på flaske ved utreise. 1 mor gav morsmelk på flaske ved utreise.	2 mødre ba selv om flaske. Hos 3 av mødrene foreslo sykepleier å introdusere flaske.

Tabell 2 – Eksempel på analyse fra fokusgruppeintervju med sykepleiere

Meningsbærende enhet	Meningsfortetning	Subtema	Tema
Jeg synes ammeveiledning er noe av det vanskeligste vi gjør på nyfødt intensiv. Jeg synes det er kjempevanskelig.	Vanskelig å gi ammeveiledning	Ammeveiledning er vanskelig	Ammeveiledning er utfordrende og viktig
Ammeveiledning er en viktig del av jobben vår, vi bruker jo mye tid på det.	Viktig med ammeveiledning	Viktig	
Jeg legger kanskje lista litt høyt, for jeg tenker at det er så mye jeg ikke kan. Jeg har nok en tendens til å snu meg til de som kan enda mer enn meg og spørre de til råds.	Usikker på egen kunnskap  Legger lista høyt	Usikker på egen kompetanse	Ammekompetanse

<b>Meningsbærende enhet</b>	<b>Meningsfortetning</b>	<b>Subtema</b>	<b>Tema</b>
Når du har utfordringer rundt det med amming så prøver jeg å trekke inn en ammeveileder, det er en kjemperessurs synes jeg. Når du føler du står litt fast så kommer de med så mye fornuftige tips.	Utfordrende ammesituasjoner, bruk av ammeveileder  Ammeveileder en ressurs	Bruk av ammeveileder  Ressurs	Ammeveileder
Mødre får jo et unaturlig forhold til det med mating av nyfødte. Jeg tenker på de signalene vi gir da, når babyen har sugd godt av mor og er fornøyd og så er vi usikre på om barnet har spist fordi vi har glemt å veie. Vi må gi mor god veiledning i hva hun skal se etter, svelger barnet melk?	Mødre unaturlig forhold til mating av barnet  Usikre sykepleiere  Lese barnet signaler	Unaturlig forhold til mating  Usikre  Barnets signaler	Lese barnets signaler
Vi må kunne veilede på morens premisser, å tenke at her skal ikke jeg komme med en masse råd, men tar det litt etter hva mor trenger.	Veilede på mors premisser  Ikke komme med masse råd	Veilede etter mors behov	Tilpasse veiledningen individuelt

**Tabell 3 – Eksempel på analyse fra dybdeintervju av mødre**

<b>Meningsbærende enhet</b>	<b>Meningsfortetning</b>	<b>Subtema</b>	<b>Tema</b>
Det har vært av stor betydning å lære disse teknikkene, om hvordan legge han til og hvordan han får tak og sånn, for det hadde jeg ikke noe kunnskap om.	Fint å lære teknikker	Lære teknikker	Amme-teknikker
Jeg synes egentlig det har vært veldig slitsomt å øve på å amme. Jeg ønsket jo veiledning og det har jeg fått, men samtidig så er det litt sånn press,, fordi du blir jo litt overvåket føler jeg.	Slitsomt å øve å amme  Litt press fordi du blir overvåket	Slitsomt å ammetrene  Press og overvåking	Følelse av overvåking
Jeg har følt press på at hun ikke har klart å spise nok, at det bare var 5-10 milliliter og noen ganger var det ingenting. Da følte jeg litt press fordi jeg håpa hun skulle drikke mer.	Følte press fordi hun ikke klarte å spise nok	Press fordi hun ikke spiste nok	Stress ift melkeinntak
Jeg synes det har vært god kontinuitet, har jeg spurt om noe har jeg fått svar. Hvis jeg spør om noe vanskelig må sykepleier snakke med noen som kan mer om amming da, for å være sikker.	God kontinuitet  Usikre sykepleiere	Kontinuitet  Usikre	Amme-kompetanse
Ammeveilederen var inne hos meg i starten en liten tur, men hun kunne kommet igjen senere og gitt generell informasjon. Hun kunne vært enda mer ressurs i starten.	Sykepleiere gir forskjellige råd  Ammeveileder tidlig inn	Usikre  Ammeveileder	Amme-veileder

Jeg savnet at ammeveileder kom inn og fulgte meg opp, kunne se at vi gjør det bedre nå enn forrige gang.			
Jeg våknet en dag og kjente bare at nå må jeg hjem og da kom stresset. Tenk om barnet aldri begynner å amme, så kommer jeg meg aldri hjem? Og da kom tanken om flaske.	Vil hjem Stresset om å ikke få til amming Flaske	Ønske om flaske for å komme hjem	Opplevelse av stress ift å ville hjem

### **3.0 TEORETISK FORDYPNING**

Nyfødt intensiv, hvor studien er gjennomført, er definert som nivå II-avdeling hvor akutt syke nyfødte barn og premature født etter svangerskapsuke 28 behandles. Nivå II kjennetegnes av barn med alvorlige sykdomstegn som trenger intensiv observasjon eller intermedieær behandling (Meberg, 2002, s. 15). Barn som er født før svangerskapsuke 28, barn som trenger kirurgisk behandling eller svært ressurskrevende premature skal behandles ved regionssykehusene (Meberg, 2002, s. 29). Avdelingen drifter etter prinsipper for familiebasert omsorg, hvor foreldrene bor på enerom med sitt syke barn. Dette stiller økte krav til veiledningskompetanse hos sykepleierne, som i tillegg til å yte medisinsk behandling til barnet skal kunne veilede foreldrene i ivaretagelse av det nyfødte barnets behov.

Verdens helseorganisasjon sitt initiativ til implementering av 10 trinn for vellykket amming kom som følge av en nedgang i amming globalt, spesielt i høy-inntektsland (Rollins et al., 2016, s. 491). Flere studier viser til at implementering av trinnene har medført økte ammeforekomster verden rundt (Hannula, Kaunonen & Tarkka, 2008, s. 1140; Parker et al., 2013, s. 356). Ammeforekomstene er likevel langt lavere enn de internasjonale målene (Rollins et al., 2016, s. 491). Det målet innebærer at 50% av barn i verden innen 2025 blir fullammet ved 6 måneders alder (WHO, 2018, s. 1). Til sammenligning fullammet 17% av norske kvinner sine barn i Norge 5,5 måned etter fødsel (Helsedirektoratet, 2014, s. 18).

I studien fra nyfødt intensivavdeling fortalte sykepleiere og mødre om behovet for økt ammekompetanse i amming og veiledning. I tematisk fordypning belyses hvorfor ammekompetanse er viktig og hvordan øke denne hos sykepleierne.

#### **3.1 Opplæring**

Et av kravene til Nasjonal kompetansetjeneste for amming (2016, s. 1) for godkjenning som Mor-Barn-Vennlig avdeling er at det skal foreligge en opplæringsplan for personalet. Alt personell som er i kontakt med mødre og spedbarn skal ha oppdatert kunnskap om morsmelk og amming. Opplæringen innebærer teori og klinisk praksis, minst 20 timer opplæring i ammeveiledning hvor 3 av timene skal være kvalitetssikring av de praktiske ferdighetene (Nasjonale kompetansetjeneste for amming, 2016, s. 1). Nyansatte skal få opplæring så raskt som mulig, senest innen 6 måneder etter oppstart. All opplæring skal dokumenteres og det

skal angis hvordan kunnskaper og ferdigheter holdes oppdatert etter at opplæringen er gjennomført (Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2016, s. 1).

Fagområdet amming er et snevert fagfelt og inngår ikke i pensum på grunnutdanning sykepleie. Nyansatte ved nyfødt intensiv avdeling følger et opplæringsprogram på 4-6 uker hvor teori og praksis danner grunnlaget for ammekompetansen. I denne perioden følger den nyansatte andre erfarne sykepleiere som sørger for opplæring og veiledning. Teori presenteres på én teoridag, hvor temaet amming er ett av flere viktige fagområder den ansatte skal få kompetanse i. Erfarne sykepleiere får påfyll av kunnskap gjennom anbefalt litteratur og jevnlig fagdager. Som sykepleier har en også ansvar for å tilegne seg kunnskap og være oppdatert på sitt fagområde, jamfør Helsepersonelloven (1999, §4).

### **3.2 Nivåer av ammekompetanse.**

Kompetanse vil si dyktighet, ferdigheter eller evner innenfor et fagfelt og kan ifølge Tveiten (2008, s. 36) relateres til holdninger, kunnskaper, ferdigheter og erfaring. For å ha kompetanse må sykepleieren ha kunnskap. Patricia Benner (1995, s. 37) har videreutviklet Dreyfus og Dreyfus sin kompetansemodell for tilegnelse av ferdigheter til å gjelde for sykepleiere. Kompetansemodellen til Dreyfus og Dreyfus er ifølge Sylte (2016, s. 286) sentral i utviklingen av profesjonskunnskap. Brødrene Dreyfus hevdet at studenter, ved utvikling av ferdigheter passerer fem ferdighetsnivåer (Benner, 1995, s. 29). Disse nivåene avspeiler endringer innenfor tre aspekter av kvalifisert praksis;

- Bevegelse fra abstrakte prinsipper til bruk av egen konkret erfaring som paradigme.
- Endring i studentens oppfattelse av en krevende situasjon, hvor situasjonen i mindre grad sees som en samling av like relevante biter, og mer som et komplett hele, der kun enkelte deler er relevant.
- Overgang fra en posisjon som utenforstående tilskuer til deltagende aktør, engasjert i situasjonen.

Veiledning av mødre i stell og amming er gjerne det fagområdet nyansatte jobber med det første året. Oppfølging av amming og mating av barn som er stabile respiratorisk og sirkulatorisk krever mindre erfaring enn å pleie et ustabil barn som har stadige apneer eller får pustestøtte. Nivået til den nyansatte er ifølge Benner (1995, s. 35) på *novisestadiet*. En novise har ikke tilstrekkelig erfaring fra ammesituasjoner til at det kan forventes at mødrene

får god veiledning. Novisen er styrt av lærebøker og detaljerte prosedyrer (Benner, 1995, s. 35). Amming er ikke lett å definere i eksakte regler, for det er gjerne individuelle hensyn som avgjør hvordan veiledningen bør gis. Under opplæringsperioden kan tilfeldigheter avgjøre hvor mye ammeveiledning den nyansatte får erfaring med. Hvis den erfarne sykepleier har ansvar for barn som dietrener lite eller er mindre flink til å artikulere sin kunnskap blir utbyttet for den nyansatte lavt. Det ideelle er hvis veiledere kan velge ut veiledningssituasjoner med mødre som har ukompliserte ammeutfordringer, hvor en på forhånd kan planlegge hva veiledningen til mor skal bestå av (Benner, 2004, s. 191).

I nivå to i modellen er sykepleieren en *avansert nybegynner* som har opparbeidet seg grunnleggende kunnskap basert på erfaringer innen et område (Benner, 1995, s. 36). Sykepleieren kan gjenkjenne og vurdere ulike aspekter i en situasjon basert på tidligere erfaring, men kan ikke selvstendig prioritere mellom ulike handlinger. Sykepleieren er gjerne ferdig med opplæringen, men kan føle seg svært usikker (Benner, 2004, s. 192). Med anbefalinger fra en erfaren sykepleier kan en avansert nybegynner klare å gjennomføre enkle handlinger alene (Benner, 1995, s. 37). Eksempel på enkel handling er å be mor legge barnet til brystet og tilby å hente ammepute. Sykepleieren har kanskje lest og fått instruksjoner om ammeteknikker og sett bilder av hvordan barnet bør ligge til mors bryst. Her er likevel en manglende evne til å gjøre vurderinger hvis ammesituasjonen ikke går som forventet, eller hvis mor har spørsmål som nybegynneren ikke er forberedt på. Den avanserte nybegynner er fortsatt avhengig av støtte fra mer erfarne kollegaer og trenger fortsatt detaljstyrte prosedyrer og lærebøker (Benner, 2004, s. 193).

I tredje nivå er sykepleieren *kompetent* og har arbeidet ved samme avdeling i 2-3 år (Benner, 1995, s. 39). Mange sykepleiere på nyfødt intensiv er på dette nivået. Her klarer sykepleieren å planlegge og styre handlinger etter langsiktige mål og kan tolke aspekter i situasjoner som oppstår. I dette gjelder bevissthet og veloverveid planlegging som er karakteristisk for ferdighetsnivået (Benner, 2004, s. 193). I ammesituasjoner kan sykepleieren oppleve å mestre å gi enkel veiledning, som tips om liggstilling og korrigerer mors teknikk og barnet sugetak. Den kompetente sykepleier har noe mer erfaring og forbereder seg før ammeveiledning. Hennes usikkerhet gjør at hun har behov for å være godt forberedt i tilfelle hun får uventede spørsmål (Benner, 2004, s. 193). Ifølge Benner (1995, s. 39) opplever sykepleieren å mestre



situasjoner og hun kan svare på mange spørsmål som går igjen for nybakte mødre, men mangler effektivitet og fleksibilitet.

På fjerde nivå er sykepleieren *kyndig*, som karakteriseres av evnen til å tenke helhetlig, snarere enn å se hver handling for seg (Benner, 1995, s. 40). Den kyndige oppfatter det typiske i situasjonen og kan gjenkjenne når situasjonen ikke er som forventet. Denne holistiske forståelsen gjør sykepleieren bedre rustet til å ta beslutninger (Benner, 1995, s. 40). En stor andel av sykepleierne ved nyfødt intensiv har kompetanse på kyndig nivå. Her er en ikke lenger bundet av regler og tidligere instruksjoner, men tar individuelle hensyn og gir veiledning etter mors behov (Benner, 2004, s. 194). Fokus for veiledningen er gjerne mors langsiktige mål om amming, slik at en sammen kan lage en plan som ivaretar mors ønsker.

*Ekspertsykepleieren* på nivå fem har med sin enorme erfaringsbakgrunn utviklet en intuisjon og sikker sansing som gjør at hun handler ut ifra en dyp forståelse av totalsituasjonen (Benner, 1995, s. 44). Eksperten trenger ikke gjennomgå en rekke alternativer for å forstå. Hun kan tre inn i alle ammesituasjoner og finne alternativer som kan hjelpe mor. Eksperten har utviklet en ferdighet i å gjenkjenne situasjoner (Benner, 2004, s. 196). Benner (1995, s. 44) skriver at hvis ekspertsykepleieren opplever uvante situasjoner har hun evne til analytisk å vurdere på bakgrunn av sin kunnskap hva som kan bedre ammingen. Eksperten brukes ofte av andre sykepleiere i vanskelige og uvanlige ammesituasjoner, og kan med sin brede kunnskap bidra til å løse utfordringer. Videre beskriver Benner (1995, s. 161) at sykepleieren kan opptre på ekspertnivå under forutsetning av medfødte evner og adekvat utdanningsbakgrunn hvor sykepleieren har stor erfaring. Det betyr ikke at sykepleieren har ekspertkompetanse innenfor alle områder av nyfødtmedisinen.

### **3.3 Kompetanse om morsmelkens egenskaper og oppstart av melkeproduksjon.**

Morsmelk er gullstandarden for ernæring av nyfødte barn (Rollins et al., 2016, s. 492; Victora et al., 2016, s. 485). Ingen annen tid i livet sørger en enkelt matrett for tilstrekkelig tilførsel av næringsstoffer, som morsmelk gjør for et spedbarn (Lawrence & Lawrence, 2011, s. 98). Melken er en dynamisk kolloid væske perfekt satt sammen av fett, karbohydrater og proteiner i tillegg til mineraler, vitaminer og andre næringsstoffer. De generelle helsefordelene med amming er like for rike og fattige, friske terminfødte barn samt syke- og premature barn

(Victora et al., 2016, s. 487). For syke og premature barn er morsmelk spesielt viktig. Hos alle nyfødte barn er immunapparatet umodent (Løland, Bærug & Nylander, 2007, s. 2395). Barnet får overført antistoffer fra mor ved fødsel, som kan bidra til å forhindre alvorlig sykdom grunnet lavt immunforsvar og prematuritet (Løland et al., 2007, s. 2395). Videre tilførsel av antistoffer skjer gjennom morsmelken (Lawrence & Lawrence, 2011, s. 153). Sekretorisk overført IgA og IgM gjennom morsmelk smører barnets sterile tarm og gjør den mindre permeabel for fremmede patogener og forhindrer inflammasjon (Lawrence & Lawrence, 2011, s. 180).

Morsmelkens unike egenskaper tilpasser seg en prematur fødsel ved at melken er ekstra rik på immunstoffer de første leveukene til barnet (Helsedirektoratet, 2011, s. 26). Jo mer prematur et barn er født, dess mindre er barnets lager av næringsstoffer ved fødsel (Henriksen, Grønn, Drevon & Iversen, 2004, s. 1392). Selv om morsmelk er den optimale næringskilde for nyfødte barn, dekker den ikke næringsbehovet for de minste premature. De trenger berikning med proteiner, vitaminer og mineraler i morsmelken (Henriksen et al., 2004, s. 1393). Fordelen med morsmelk er også at den beskytter de sårbare premature for neonatal sepsis og nekrotiserende enterokolitt. Sistnevnte er en akutt tarmlidelse hvor dårlig blodtilførsel fører til at tarmvev dør. Disse sykdommene kan medføre død for sårbare premature (Løland et al., 2007, s. 2396; Victora et al., 2016, s. 479).

Melkeproduksjonen reguleres av hormoner og skjer de første dagene uavhengig av bryststimulering etter fødsel. Råmelk produseres allerede fra svangerskapsuke 16 (Lawrence & Lawrence, 2011, s. 66). Det betyr at muligheten for å amme er tilstede for de fleste kvinner selv ved prematur fødsel. Det er flere hormoner som har en aktiv rolle ved produksjon av melk. De to viktigste er prolaktin og oxytocin (Lawrence & Lawrence, 2011, s. 76). Ved normal terminfødsel blir det friske barnet umiddelbart etter fødsel lagt på magen til mor, hvor barnet begynner å søke og kravle mot mors brystknopp for å die (Lawrence & Lawrence, 2011, s. 197). Sensoriske nerveender, som befinner seg rundt areola og brystknopp, stimuleres av barnets suging. Stimuleringen fører til at prolaktin slippes ut i blodsirkulasjonen fra hypofysen og mor begynner å produsere melk. Videre fører stimuleringen til utslipp av oxytocin som gjør at melken «slipper», kalt melkeutdrivningsrefleks (Lawrence & Lawrence, 2011, s. 76). Etter de første dagene reguleres melkeproduksjonen utelukkende av at melk fjernes fra brystet, gjennom barnets etterspørsel.

Premature eller syke nyfødte som overflyttes fra fødeavdelingen til nyfødt intensiv får ofte ikke hudkontakt med mor rett etter fødsel. Mangelfull hudkontakt og stimulering av mors brystknopp innen få timer etter fødsel kan påvirke mors melkeproduksjon negativt. Dette fordi lite prolaktin produseres som følge av mangelfull stimulering. Forstyrrelse i mor-barn-tilknytningen og adskillelse fra barnet kan innvirke på igangsettingen av melkeproduksjon (Benoit & Semenic, 2014, s. 618; Rollins et al., 2016, s. 492; Wilson-Clay & Hoover, 2005, s. 131). Min erfaring er at i en stressfylt situasjon hvor barnets helsetilstand krever medisinsk behandling, nedprioriteres ofte veiledningen til mor om tiltak for å stimulere melkeproduksjonen. Konsekvensen kan være at første brystpumping etter fødsel blir betydelig forsinket og at mor ikke får informasjon om nødvendigheten av hyppig og regelmessig bryststimulering. I ytterste konsekvens kan mangelfull stimulering av brystene de første dagene etter fødsel medføre vanskeligheter med å opprette melkeproduksjon for fullernæring av barnet. Kombinasjonen av individuell ammeveiledning raskt etter fødsel og hjelp til å starte melkeproduksjonen er vist å kunne øke fullammingen med 49% (Rollins et al., 2016, s. 493).

### **3.4 Kompetanse om dieutfordringer hos barn som innlegges på nyfødt intensiv.**

På landsbasis overflyttes gjennomsnittlig 11.1% av alle nyfødte barn fra føde- eller barselavdeling til nyfødt intensiv for observasjon eller behandling ifølge Norsk Nyfødtmedisinsk Fødselsregister (Rønnestad, Stensvold & Knudsen, 2015, s. 8). Det kan være mange årsaker til at det nyfødte barnet har utfordringer med å die fulle måltider av mors bryst, som sykdom eller prematur fødsel. Omtrentlig 40% av innleggelsene på nyfødt intensiv i Norge skyldes prematuritet, altså fødsel før svangerskapsuke 37 (Helseatlas, 2014). Prematuritet innebærer ofte lav muskeltonus, som fører til svak sugeevne og mangelfull evne til å die fulle måltider av mors bryst (Wang, Briere, Xu & Cong, 2018, s. 81; Wilson-Clay & Hoover, 2005, s. 123). I tillegg er utviklingen av munnmotorikk og sugeteknikk forsinket hos denne pasientgruppen. De resterende 60% av innleggelsene er syke nyfødte født til termin (etter svangerskapsuke 37) (Helseatlas, 2014). Årsaker til innleggelse hos denne gruppen kan eksempelvis være lavt blodsukker, infeksjon, bruddskader under fødsel, syndromer, hjertefeil, hjerneblødning og lungeutfordringer som enten kan gi smerter, feber eller slapphet. Deformiteter i ansikt, svelg eller spiserør kan forekomme. Disse utfordringene kan gjøre

diingen utfordrende. Barn med syndromer har økt sannsynlighet for lav muskeltonus, og færre av barna blir ammet ved utreise. Eksempelvis har barn med Down Syndrom utfordringer med å die (Wilson-Clay & Hoover, 2005, s. 123). Det betyr ikke at amming er utelukket, men veiledningen må ta sikte på å støtte mor på at det kan være tidkrevende å få til (Wang et al., 2018, s. 81). Hvis sykepleieren har kunnskaper om ammeteknikker og liggestillinger kan mor ved hjelp av veiledning få optimalisert barnets sugetak.

Sykepleierens oppgave er å identifisere hvilke barn og mødre som trenger ekstra veiledning (Wilson-Clay & Hoover, 2005, s. 123). For at mor skal fortsette ammetreningen er det nødvendig at hun får veiledning tidlig, at den gis regelmessig og følger hennes progresjon i ammeforløpet (Nyqvist et al., 2015, s. 15). Mor må også oppmuntres til å legge barnet til brystet selv om barnet kan virke trøtt. Kunnskaper om at diing oppfordrer barnets ansiktsmuskler til å jobbe og dermed bidrar til å forbedre tonus i ansikt og munnmotorisk utvikling kan motivere mor til å fortsette treningen (Wilson-Clay & Hoover, 2005, s. 124). For premature barn er det nødvendig å vite at puste-suge-svelge refleksene modnes rundt gestasjonsuke 32-34 (Garber, 2013, s. 113). Ifølge Nyqvist (2005, s. 35) kan denne refleksene fortsatt være umoden ved gestasjonsuke 35-36. Koordineringen av puste-suge-svelge refleksene er nødvendig for barnets evne til å suge effektivt, og er en av de største utfordringene ved diing for premature barn. Koordineringen utvikles ved økende alder gjennom dieøving (Garber, 2013, s. 113; Nyqvist, 2005, s. 36). For denne pasientgruppen er diing den mest skånsomme måten å spise på sammenlignet med flaske. Årsaken til dette er at barnets umodenhet ved matning med flaske kan føre til saturasjonsfall, bradycardier og apneer (Nyqvist, 2005, s. 36).

### **3.5 Målet med veiledning er å fremme mestringsfølelse hos mor.**

Ammetrening kan være tidkrevende. Enkelte barn er inneliggende i flere måneder og det kan være en tidkrevende prosess for mor og barn å få til fullammingen. Langvarig opphold på nyfødt intensiv assosieres ifølge Chourasia, Surianarayanan, Adhisivam og Vishnu Bhat (2013, s. 381) med høyere stressnivå hos mor. Det kan tære på mors tålmodighet å skulle fortsette pumping for å opprettholde melkeproduksjonen i påvente av barnets modning og vekst til å fullamme.

*Mestringshjelp* er en del av sykepleierens funksjon, hvor veiledningen handler om å legge til rette for at mor kan nå sine mål (Tveiten, 2008, s. 27). Den beste måten for mor å styrke sin mestringsfølelse på er gjennom erfaringsmestring (Bandura, 1994, s. 2). Individets tro på egne muligheter er ifølge Bandura (1986, s. 391) styrende for individets atferd. Hans «self-efficacy» teori (heretter kalt *mestringstro*) er forankret i sosial læringsteori hvor en er opptatt av hvordan individer kan kontrollere og håndtere handlinger og situasjoner. Ifølge Bandura (1994, s. 2) påvirker mestringstroen hvordan man føler, tenker, motiverer seg selv og handler. Hvordan en hjelper mor til å mestre varierer med situasjon og ressurser. For det å øve på å amme er nært, følsomt, viktig og vanskelig. Sykepleieren må lage trygge rammer rundt mor slik at hun tør å bevege seg ut i den ukjente prosessen som pumping og ammetrening kan være for mange (Tveiten, 2008, s. 92). Det å legge til rette for mestring handler også om å ha fokus på mødrenes egne ressurser i forhold til amming, og mulighet for medvirkning og selvbestemmelse. Bandura (1994, s. 3) beskriver også nødvendigheten av å tåle litt motgang. For å nå målet om å mestre fullamming kan en underveis oppleve at ting tar lengre tid enn først antatt, eller å måtte ta noen skritt tilbake. Ved å klare å stå i utfordringen kan mor oppleve å komme sterkere ut av prosessen ved å styrke sin mestringstro (Bandura, 1994, s. 3).

Motivasjon handler om målsøkende atferd og er en drivkraft til å handle (Sylte, 2016, s. 168). Mors forventninger er sentrale i motivasjonen, og kognitive prosesser som tenkning og tidligere erfaringer har stor betydning for hennes atferd (Bandura, 1994, s. 2; Imsen, 2014, s. 352). Mange mødre har tidligere erfaringer med å amme, men å amme et prematurt barn kan være svært ulikt fra å amme et friskt terminfødt barn. Mødre til premature barn har tendens til å oppleve lavere mestringstro på at de kan amme sine barn enn mødre til terminfødte barn (Wang et al., 2018, s. 86). Studien viste likevel ikke til at lav mestringstro førte til at færre barn ble ammet. Jeg tror en av årsaken til at motivasjonen til mor svikter kan ligge i urealistiske forhåpninger til barnets evner grunnet manglende informasjon om barnets forutsetninger. Det er ikke bare mor som kan ha urealistiske forventninger på barnets vegne. Også sykepleiere kan tro at progresjonen går raskere enn hva barnet evner. Formidling av disse forventningene kan prege mors motivasjon. Motivasjon og mestring kan ses i sammenheng. Hennes indre motivasjon handler om å fortsette ammetreningen fordi hun ser nytteverdien av å være utholdende (Swanson et al., 2012, s. 1375). Mødre som har en sterk indre motivasjon søker aktivt støtte fra personalet og har derfor større sannsynlighet for å lykkes med ammingen (Swanson et al., 2012, s. 1375). Motsatt er ytre motivasjon hvor mor

kanskje oppnår «belønning» i form av skryt fra sykepleiere om hvor flittig hun er som fortsetter. Jeg har selv opplevd mødre som sier de pumper fordi de tror sykepleierne forventer det, og at de ikke har selvtillit til å si i fra at de ikke orker mer. I studien til Alves, Rodrigues, Fraga, Barros og Silva (2013, s. 512) om hva som hindrer og muliggjør amming fremheves jevnlig positive tilbakemeldinger og oppmuntring som betydningsfullt for mors motivasjon. Her nevnes det at veiledningen bør preges av konsekvente råd og presis informasjon om melkeproduksjon og ammeteknikker. Motsatt kan mangelfulle råd, lite støtte fra sykepleierne og veiledning som undergraver mors mestringstro bidra til at mor avslutter å få til fullamming (Rollins et al., 2016, s. 492).

Formidling av kunnskaper om fysiologien ved melkeproduksjon og prosessen barnet gjennomgår i vekst- og modningsfasen kan bidra til å øke mors mestringskompetanse (Alves et al., 2013, s. 515). Videre kan informasjon og veiledning om kortsiktige mål bidra til at mor ser den langsiktige nytteverdien av innsatsen hun må investere. Mødre som får utmerket ammeveiledning får ifølge Wilson-Clay og Hoover (2005, s. 123) økt selvfølelse, og båndet mellom mor og barn styrkes. For sykepleierne kan det være nyttig å vite at mødre som får til ammingen til tross for utfordringer underveis har større sannsynlighet for å amme ved senere svangerskap (Rollins et al., 2016, s. 492).

## **4.0 HVORDAN ØKE FAGKOMPETANSEN HOS SYKEPLEIERNE**

Sykepleierens pedagogiske funksjon innebærer ifølge Tveiten (2008, s. 27) alle gjøremål som har til hensikt å legge til rette for vekst, utvikling, læring og mestring hos pasienter. Herunder relateres sykepleierens handlingskompetanse til undervisning og veiledning av mødre som har sine barn innlagt på avdelingen. Forutsetning for å kunne forstå en ammesituasjon er forhåndskunnskaper basert i teori, prinsipper og tidligere erfaringer. Etterhvert som sykepleieren tilegner seg erfaringer utvikles hennes kliniske viten, som er en blanding av praktisk og grunnleggende teoretisk kunnskap (Benner, 1995, s. 25). Kunnskap som fører til høyere ammekompetanse hos sykepleier bidrar ifølge Li, Acshley og Cohen (2014, s. 91) til at flere mødre begynner å amme. Forskerne fant at antall ammende mødre økte parallelt med antall timer opplæring nyansatte sykepleiere fikk (Li et al., 2014, s. 91). Dereddy et al. (2015, s. 44) viser til at årlig oppdatering av ammekunnskap også kan bidra til å fremme amming ved utreise. Veiledning av sykepleiere i praktiske ferdigheter skjer ofte gjennom instruksjon, rådgivning og veiledning. Disse veiledningsvariantene har utgangspunkt i behavioristisk, kognitive og sosiokulturelle læringsperspektiv (Sylte, 2016, s. 116).

### **4.1 Teori- og observasjonslæring.**

Nyansatte og sommervikarer tilbys en dag med teoriundervisning. Fordelen med felles teori- og instruksjonsdag er å kunne formidle teoretisk og praktisk kunnskap til flere samtidig. Tverrfaglig teoriundervisning kan bidra til å øke sykepleierens kunnskapsnivå som igjen kan føre til at flere mødre starter å amme og ammer lengre (Dereddy et al., 2015, s. 44; Renfrew et al., 2009, s. 98). Sykepleierne i studien til Renfrew et al. (2009, s. 98) var positive til opplæringsprogrammet med 10 timers teoriundervisning og deltagerne viste gjennom tester før og etter gjennomføring av teorikurs at kunnskapsgrunnlaget økte. Én teoridag med få timer avsatt til ammeveiledning kan virke utilstrekkelig. Økt kunnskap kan oppnås ved å gjennomføre flere teoridager med praktiske demonstrasjoner fra ammeveileder. Her kan temaer som ulike ammeteknikker, hvordan holde barnet, ulike sittestillinger og bruk av utstyr demonstreres. Alves et al. (2013, s. 512) rapporterte at det å lære riktig ammeteknikk kan muliggjøre amming og kan således ses på som et ammefremmende tiltak. For at sykepleieren skal kunne lære bort grunnleggende ammeteknikk til mor må hun kunne det godt selv.

Dereddy et al. (2015, s. 44) skriver at undervisningen bør inneholde teori om fysiologien ved melkeproduksjon og fordelene ved å amme.

Observasjonslæring hvor veilederen bruker seg selv, en dukke og et demonstrasjonsbryst (brystprotese) kan være hensiktsmessig for novisen og avansert nybegynner for å konkretisere teorien (Imsen, 2014, s. 110). Etter å ha observert, vil sykepleieren så imitere hva hun har sett. Slik modellæring står sentralt i Banduras sosialkognitive læringsteori, hvor læring skjer gjennom observasjon og imitasjon (Bandura, 1994, s. 3). Modellæring handler om å etterligne og imitere andres atferd. Det fordrer at sykepleieren retter sin oppmerksomhet mot veilederens demonstrasjon, at hun memorerer og klare å etterligne atferden samt at hun har egenmotivering til å mestre (Bandura, 1994, s. 3). Selv om praktiske ammeferdigheter ikke nødvendigvis må følge rigide retningslinjer kan det på novisestadiet likevel være nødvendig med tydelige instruksjoner ved læring av tekniske prosedyrer, for eksempel bruk av brystpumpe (Benner, 2004, s. 191). Klare instruksjoner fra veileder som gir lite rom for tolkning henger sammen med et behavioristisk læringssyn hvor komplekse ferdigheter deles opp i enklere deloppgaver som er nødvendig for senere å se helheten (Sylte, 2016, s. 116). Studentene kan deretter øve på praktiske ferdigheter og få råd av veileder underveis. Her får sykepleieren løftet sin kunnskap opp på et høyere nivå, hvor hun er bedre i stand til å lese mors behov, tilpasse kommunikasjonen og ivareta mor under veiledningen. Gjennom eksemplifisering fra ammesituasjoner kan sykepleieren lære å tolke nye eksempler i lys av tidligere erfaring (Sylte, 2016, s. 287). Øving og aktiv deltagelse fremmer innsikt i den praktiske ferdigheten som dermed kan komme til anvendelse i lignende situasjoner senere.

## **4.2 Veiledning i praktiske situasjoner.**

Å veilede handler ifølge Tveiten (2008, s. 71) om å *lede på rett vei, hjelpe med råd og opplysninger, anvise, forklare og orientere*. Dialog er hovedformen i veiledning og til grunn ligger en definisjon på at læring skjer gjennom oppdagelse (Haaland & Nilsen, 2013, s. 176). Dialogen mellom veileder og sykepleier før, under og etter situasjonen har stor betydning for læringsutbyttet. Dialog fører til at sykepleieren oppdager, og gjennom å oppdage kan hun reflektere.

Veilederen må kunne artikulere sin kunnskap. Det er først når taus kunnskap blir fortalt at den blir bevisst og bidrar til å høyne kvaliteten på sykepleien og fører til læring (Tveiten, 2008, s.



37). Det vil være stor forskjell mellom å veilede en avansert nybegynner og en kompetent sykepleier. Det er derfor viktig at den som veileder har kompetanse i å veilede. Ifølge Benoit og Semenic (2014, s. 620) beskrives ammeveiledere å ha en viktig rolle i veiledning med sykepleiere i praktiske ammesituasjoner.

Kartlegging av forventninger og kunnskapsnivå vil hjelpe veilederen å konkretisere hensikten med veiledningen (Tveiten, 2008, s. 81). Novisen har ingen tidligere erfaringer og er helt fersk i møte med ammende mødre. Ifølge Benner (1995, s. 35) er novisen «*overordentlig begrenset og usmidig*» som følge av manglende erfaring. At veileder forklarer handlingsprinsipper som sykepleieren klarer å følge kjennetegner nivået avansert nybegynner (Benner, 1995, s. 37). I praktiske situasjoner trenger sykepleieren veiledning av en mer erfaren sykepleier. Her anbefaler Benner (1995, s. 164) at en sykepleier på kompetent nivå veileder en sykepleier på avansert nybegynnernivå. Dette fordi den kompetente sykepleier er på relativt tett ferdighetsnivå som den nyansatte og vil ha en bedre forståelse for hennes lærebehov enn en på ekspertnivå vil ha.

Lauvås og Handal (2014, s. 208) beskriver en *veiledningsløyfe* bestående av flere ledd som kan bidra til å strukturere veiledningen. Her beskrives tre av trinnene, som er godt egnet ved praktisk veiledning;

- *Førveiledning*, hvor ammeutfordringen diskuteres, forventninger kartlegges og oppgaver fordeles.
- *Gjennomføring av arbeidet*, hvor veileder observerer og sykepleier gjennomfører, eventuelt motsatt hvis sykepleieren er usikker.
- *Etterveiledning*, hvor gjennomføringen reflekteres over, analyseres og forholdet mellom teori og praksis vurderes. Dialog står i sentrum for etterveiledningen og bør gjennomføres umiddelbart etter gjennomføringen. Sykepleieren kan vurdere egen innsats og reflektere over hva som var bra og mindre bra, og så få tilbakemelding fra veileder. I etterveiledningen er det nødvendig at begge parter er aktive lyttere og tør å stille spørsmål underveis som kan medføre en dypere forståelse (Lauvås & Handal, 2014, s. 209-215).

For å lære av sine handlinger er tilbakemelding gjennom veiledning og motivering viktig (Imsen, 2009, s. 350). Gjennom refleksjon oppøver sykepleieren en evne til selvstendighet og

får økt evne til å ta egne valg. En positiv tilbakemelding styrker motivasjonen og kan være en driv for sykepleierens indre motivasjon for å ønske å lære mer (Imsen, 2009, s. 351).

Veilederens funksjon er å hjelpe den andre til å selv finne svaret ved å stimulere sykepleieren til å tenke, reflektere og søke svar selv. For underveis i prosessen skjer en modning i sykepleieren. Veilederen bidrar til å styrke sykepleierens tro på egen kunnskap og kan bidra til å strukturere situasjonen på måter som kan bidra til suksess (Bandura, 1994, s. 3).

Veilederen må også sørge for å ikke sette sykepleieren i situasjoner som en på forhånd vet at sykepleieren ikke vil kunne mestre (Bandura, 1994, s. 3). Ifølge Dreyfusmodellen må det forventes at en sykepleier på kompetent nivå vil oppnå størst utbytte av undervisning gitt av sykepleier på kyndig- eller ekspertnivå (Benner, 1995, s. 179).

### **4.3 Erfaringsdeling.**

Erfaringsdeling i grupper kan være et nyttig tiltak for å øke ammekompetansen hos sykepleierne. Dialog og samhandling står sentralt når sykepleiere diskuterer og deler sine erfaringer. Den sosiale konteksten er en viktig del av læreprosessen (Imsen, 2009, s. 437). Læringsperspektivet er sosiokulturelt, hvor kunnskap konstrueres i samhandling med andre (Sylte, 2016, s. 118). Refleksjon over praksis i fellesskap med andre gjør at sykepleierne kan lære av hverandres erfaringer (Benner, Sutphen, Leonard & Day, 2010, s. 157). Flateland, Kristiansen og Söderhamn (2011, s. 13) skriver at sykepleiestudenter i praksis har nytte av å snakke sammen i refleksjonsgrupper. Gjennom diskusjoner i grupper opplevde de å utfylle hverandre, og erfarte samtidig at en oppgave kunne løses på flere måter. I relasjon til ammeutfordringer kan sykepleierne søke støtte og kunnskap i hverandres utfordringer. Sykepleiere på alle kompetansenivåer kan dra fordel av å utveksle erfaringer, studere kliniske case og iverksette endringer og undersøkelser av kliniske problem (Benner, 1995, s. 163). Erfarte pasienteksempler kan brukes som utgangspunkt for diskusjon om fremgangsmåte og gjennomføring av veiledning til mor. Benner (1995, s. 41-42) nevner rollespill og case som nyttige læringsform for utveksling av erfaring og analyse av ferdigheter. For sykepleiere på et høyt kompetansenivå er det anbefalt at en ekspertsykepleier står for veiledning og læring (Benner, 1995, s. 163). I erfaringsdeling er tillit viktig. Dersom opplevelsen av å ikke fritt kunne dele erfaringer og refleksjoner er tilstede, kan muligheten for egen faglig vekst reduseres (Flateland et al., 2011, s. 15).

Siddell, Marinelli, Froman og Burke (2003, s. 296) beskriver også positiv opplevelse av erfaringsdeling i grupper. Her ble mødre som tidligere hadde forsøkt å amme sitt barn under opphold på nyfødt intensiv invitert til å delta med sine erfaringer. Kombinasjonen av teoretisk- og praktisk opplæring samt erfaringsdeling i grupper viste at kunnskapen til sykepleierne økte, og de ble mer positive i å fremsnakke amming til mødre i avdelingen (Siddell et al., 2003, s. 296).

Sertifisering som del av et personalutviklingsprogram kan bidra til å utvikle klinisk viten og sørge for at kunnskap holdes ved like (Benner, 1995, s. 163). Sertifisering av personalet i ammeveiledning kan være et viktig tiltak for å utvikle en konsensus omkring beskrivende- og klinisk språk, og at man er enige i informasjonen som gis og hvordan veiledning skal skje. Et slikt for systematisk opplæring for ansatte kan også bidra til en holdningskultur for å fremme amming og sørger samtidig for at ammekunnskapen styrkes (Siddell et al., 2003, s. 299). Wilson-Clay og Hoover (2005, s. 123) og Benoit og Semenic (2014, s. 620) hevder at holdningsendringer hos sykepleiere om fordelene med amming sammen med oppdatert kunnskap bidrar til ammefremmende veiledning.

#### **4.4 Oppsummering.**

Innenfor en nyfødt intensivavdeling vil sykepleiere ha ulik ammekompetanse. Opplæring i teoretisk- og praktisk kunnskap bør tilrettelegges den enkelte sykepleiers kompetansenivå og behov for oppdatert kunnskap. På novise og nybegynnerstadiet kan undervisningen med fordel bære preg av teoretisering, instruksjon og veiledning i praksis. For de mer erfarne sykepleierne kan kompetansen oppgraderes gjennom veiledning i praksis og erfaringsdeling. En ide fra Siddell et al. (2003, s. 296) er å invitere mødre som tidligere har mottatt ammeveiledning på avdelingen til å delta i diskusjonsgrupper og dele av sine erfaringer. En ammeveileder med opplæringsansvar kan også invitere til faggruppediskusjoner hvor case eller tidligere utfordrende ammesituasjoner diskuteres i sykepleiegruppen. Men, selv de beste opplæringsprogrammene er bare suksessfulle dersom ansatte er villig til å delta, lære og inkludere forandringen i praksisfeltet (Siddell et al., 2003, s. 299). I et samfunnsperspektiv fører økt ammekompetanse blant personalet til at flere barn i avdelingen gis morsmelk, og at flere mødre starter opp ammetrening og ammer ved utreise (Renfrew et al., 2009, s. 97). Mangelfull kompetanseheving er en barriere for fullamming.

## 5.0 METODEDISKUSJON

Kvalitativ forskningsmetode er en egnet metode for beskrivelse og analyse av egenskaper eller kvaliteter over et tema (Malterud, 2002, s. 2468). Metoden brukt i studien er adekvat for å belyse mødre- og sykepleiers erfaringer rundt temaet ammeveiledning til mødre med tilstrekkelig melkeproduksjon.

Fagfeltet amming og ernæring av barn innlagt på nyfødt intensiv har jeg god kjennskap til gjennom mitt mangeårige arbeid som ammeveileder og sykepleier på avdelingen. I perioden hvor rekrutteringen av mødre til intervjuer foregikk var jeg bevisst min ammeveileder rolle og sørget for å ikke gi ammeveiledning til mødre som kunne tenkes å være kandidater for min studie. Fem mødre ble inkludert til dybdeintervju, og de ble rekruttert fortløpende over en periode på 4 måneder. Rekrutteringen ble gjort av en sykepleier som hadde oversikt over alle inneliggende mødre. Størrelsen på prosjektet og tiden jeg hadde til rådighet satte begrensninger for antall dybdeintervjuer. Antall deltagere har betydning for troverdighet ifølge Polit og Beck (2012, s. 509). Fem mødre kan være lite for å gi en dekkende beskrivelse av aspektene ved fenomenet ammeveiledning. I de siste intervjuene med mødrene tilkom det ikke ny kunnskap, og jeg mener således at metning ble nådd (Malterud, 2013, s. 60). Mødrene i dybdeintervjuet hadde ulik alder, enkelte var førstegangsfødende og andre hadde barn fra før. Variasjon i utvalget kan gi en bredere forståelse for fenomenet som undersøkes (Graneheim & Lundman, 2004, s. 110).

Fokusgruppeintervjuer ble valgt for å samle flere sykepleiere til diskusjon over temaet ammeveiledning. Denne intervjuformen er særlig godt egnet når en skal lære om erfaringer i et miljø der mange mennesker samhandler (Malterud, 2002, s. 2469). Ved inkludering av sykepleiere til fokusgruppeintervjuer fikk alle ansatte informasjonsbrev og forespørsel på mail. Det var noe utfordringer med å få samlet sykepleierne til en dag fordi turnus og privatliv satte begrensninger, men jeg opplevde velvillighet fra sykepleierne til å delta. Variasjon i sykepleiernes alder, antall års erfaring og faginteresse er styrkende for studiens troverdighet. Et slikt strategisk utvalg kan med sin variasjon og mangfold bidra til en rik datainnsamling hvor flere nyanser ved fenomenet *ammeveiledning* belyses (Malterud, 2013, s. 57).

## 5.1 Studiens styrker og svakheter.

Jeg har kjent på dilemmaet mellom nærhet og avstand til feltet jeg har utforsket.

Christoffersen, Johannessen, Tufte og Utne (2015, s. 22) skriver at «*data er avhengig av forforståelse*». Min kunnskap om temaet kan ha gjort at jeg har latt meg styre i transkribering og analyse, og ikke har klart å oppdage det objektive i informantenes utsagn. Hadde jeg derimot ikke hatt kjennskap til ammeveiledning kan det gjøre at jeg som forsker ikke kommer nær nok, og ikke klarer å sette meg inn i deres opplevelser. Mitt engasjement i prosjektet kan ha påvirket resultatene. Min forforståelse og forventninger ble skrevet ned før jeg startet arbeidet med studien. Jeg har også forsøkt å justere min forforståelse underveis (Tjora, 2017, s. 235). Slik transparens er ifølge Tjora (2017, s. 232) et middel for å oppnå pålitelighet i forskningen. Jeg har gjennom hele prosessen forsøkt å vise gjennomsiktighet i studieprosessen. Deltagelse på masterseminarer, hvor veileder og masterstudenter har fått se utdrag av materialet, har bidratt til å sikre at mine tolkninger er transparente. Helt fri for føringar har jeg muligens ikke klart å være i mitt første kvalitative prosjekt, men jeg har hele veien spilt med åpne kort og forsøkt å la datamaterialet snakke for seg. Jeg har også forsøkt å stille kritiske spørsmål til egen forforståelse underveis (Malterud, 2013, s. 18).

Reliabilitet handler om hvor pålitelige resultatene er, om de er til å stole på og at forskningen er reproducerbar for andre (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 137, 276). Johannessen, Christoffersen og Tufte (2010, s. 229) skriver at ordet *pålitelighet* er et mer hensiktsmessig ord å bruke i kvalitativ metode. Pålitelighet handler om undersøkelsens data; hvilke data som er brukt, hvordan de samles inn og hvordan dataene blir bearbeidet. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og stikkord som beskrev situasjonen ble notert. Jeg hadde fokus på å være oppmerksomt lyttende og følge opp utsagn underveis. Intervjuene ble transkribert ord for ord, og lyder som bekreftet eller avkreftet informantenes utsagn ble skrevet ned. I de tilfeller hvor båndet var uklart har jeg skrevet dette og ikke gjettet meg til hva de mente. Når intervjuene var ferdig skrevet lyttet jeg over alle intervjuer og leste transkripsjonene igjen. Dette for å styrke den intersubjektive reliabiliteten (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 211). Bruk av diktafon har gjort det mulig å legge frem direkte sitater i resultatene, som styrker påliteligheten (Tjora, 2017, s. 237). Sitatene som er valgt ut har innhold som flertallet av mødre eller sykepleiere var enige i. I tillegg representerer sitatene de utdrag i datamaterialet som illustrerer mangfoldet (Tjora, 2017, s. 249). Dette for å være transparent i presentasjon av resultatene. I analysen av funnene har veileder lest igjennom deler av transkripsjonene og vi har oppnådd

enighet om kodene. Ved fokusgruppeintervjuene deltok jeg som observatør og kunne notere ned stemning og kroppsspråk underveis. Disse bemerkningene kunne jeg supplere transkripsjonene med, som kan styrke troverdigheten av dataene.

Alle forespurte mødre takket ja til deltagelse i intervju, de ønsket alle å amme og fikk ammeveiledning under oppholdet. Jeg mener de representerer den typiske mor som har tilstrekkelig melkeproduksjon, men som ikke fullammer ved utreise (Polit & Beck, 2012, s. 515). Validitet handler om i hvilken grad resultatene fra en studie er gyldige, om resultatene er gyldige for utvalget og fenomenet som undersøkes og om de kan overføres til andre utvalg/situasjoner (Christoffersen et al., 2015, s. 24; Johannessen et al., 2010, s. 230). Jeg har tatt utgangspunkt i Kvale og Brinkmann (2015, s. 278) sin *validering i syv faser* hvor validering skjer i en kontinuerlig prosess. I tillegg har deltagelse på masterseminarer bidratt til økt forståelse for de ulike trinnene i forskningsprosessen. På seminarene har jeg hatt jevnlig presentasjoner om progresjonen i arbeidet. Her har jeg fått tilbakemeldinger, innspill og gode diskusjoner fra andre som har sett materialet med andre øyne. Disse tilbakemeldinger fra medstudenter og lærere har utvidet min forståelse og styrker således studiens validitet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 272).

Mødrene fikk bestemme hvor intervjuene skulle gjennomføres fordi jeg ønsket at de skulle føle seg trygge og komfortable under intervjuene. Jeg har også etterstrebet å forholde meg nøytral til utsagn mødre kom med under intervjuene. Det forekom at mødre kom med påstander og utsagn jeg som ammeveileder ikke kjente meg igjen i. Det var likevel viktig for meg å anerkjenne mødrenes utsagn og jeg forsøkte å følge opp med spørsmål slik at mor kunne utdype ytterligere. Et par av mødre gav uttrykk for at de hadde sett meg i avdelingen i perioden barnet var innlagt på avdelingen. Det kan selvsagt ha påvirket deres utsagn at de ikke ønsket å snakke ned avdelingen hvor jeg jobber. Jeg opplevde riktignok mødre som oppriktig interessert i å fortelle sine opplevelser, både negative og positive.

Funnes troverdighet underbygges i noen grad av sitater, men det er en svakhet i studien at det ikke er lignende studier å sammenligne med fra tilsvarende eneroms avdeling på nyfødt intensiv. Validitet er styrken og gyldigheten til et utsagn og viser til om metoden som er brukt faktisk kan brukes til å undersøke det den sier den skal undersøke (Graneheim & Lundman, 2004, s. 109; Kvale & Brinkmann, 2015, s. 357). I ettertid ser jeg at å måle fornøydhet på

ammeveiledning gitt til alle mødre i avdelingen kunne styrket validiteten til funnene i studien. Metodetriangulering med observasjon av ammeveiledning etterfulgt av intervju av mødre og sykepleiere kunne også bidratt til å øke troverdigheten til resultatene. Med metodetriangulering brukes ulike metoder som gjør at en ikke bare tar utgangspunkt i én setting, men flere (Johannessen et al., 2010, s. 230). I forkant av fokusgruppeintervjuene gjennomførte jeg en pilotstudie med tre deltagere som førte til store endringer i intervju spørsmålene. Jeg erfarte at spørsmålene var for mange og ikke tilstrekkelig beskrev fenomenet jeg ønsket å undersøke. Slike justeringer kan bidra til å oppnå et rikere empirisk materiale (Malterud, 2013, s. 53). I fokusgruppeintervjuene kunne moderator med fordel ha stilt sykepleierne mer spørsmål om deres fagkunnskaper og hvordan de opplevde organiseringen av dette. Videre burde jeg ha inkludert spørsmål om deres interesse for å oppdatere seg.

Denne studien er en liten kvalitativ studie med 5 mødre og 15 sykepleiere, alle rekruttert fra samme nyfødt intensivavdeling. Avdelingen hvor studien er utført er foreløpig den eneste i Norge som tilbyr enerom til inneliggende barn. Jeg mener likevel at utvalget er representativt for populasjonen mødre som har sine barn inneliggende på en nyfødt intensivavdeling. Senere studier bør inkludere et større antall informanter fra ulike sykehus. Studien er ment som et kvalitetsforbedringsforslag innad i en avdeling hvor målet har vært å se på dagens praksis og hvordan forbedre denne. I litteratursøk har jeg ikke funnet studier som har sett på ammefremmende tiltak hos mødre som har tilstrekkelig produksjon av morsmelk og har hatt barn inneliggende på enerom på nyfødt intensiv avdeling.

## **5.2 Forske på egen arbeidsplass.**

Det å forske på egen arbeidsplass har vært utfordrende og givende. Jeg har fått mange heiarop og støtte underveis, men jeg har også følt plikt til å komme med «løsningen» på hvordan fremme fullamming i avdelingen. Prosjektet har således vært etterspurt og har bidratt til å holde motivasjonen min oppe. Jeg har likevel hatt et sterkt fokus på la resultatene tale for seg, og har blitt overrasket over enkelte av funnene underveis. Blant annet at så mange av mødrene opplevde ammeobservasjon som overvåking. Avdelingen har frontet viktigheten av ammeobservasjon flere ganger per dag som et ammefremmende tiltak, og så viser det seg at mødrene opplever dette som overvåking. Flere av sykepleierne har uttrykt ønske om å fristille ammeveileder til mer strukturert veiledning av mødrene. Jeg ble overrasket over at også

mødrene ønsket dette, og at teorien støtter dette som ammefremmende tiltak. Jeg håper studien kan bidra til at ammeveiledningen blir mer systematisk fulgt opp, gjerne av ammeveileder. Videre håper jeg at forslagene til hvordan øke ammekompetansen hos sykepleierne kan gi inspirasjon til kompetanseheving og kanskje også sertifisering.



## 6.0 OPPSUMMERING

Mødre og sykepleiere i studien kom med forslag til konkrete tiltak for å fremme fullamming på nyfødt intensivavdeling. Slike tiltak innebar individuell veiledning i ammeteknikk, støtte fra personalet og veiledning fra sertifisert ammeveileder gjennom hele oppholdet. Både mødre og sykepleiere ønsket mindre fokus på melkemengden barnet dier til måltidene. Disse funnene støttes i stor grad av litteraturen (Henshaw, Fried, Siskind, Newhouse & Cooper, 2015; Renfrew et al., 2009; Swanson et al., 2012). Amming av syke- og premature barn kan være utfordrende og tidkrevende. Det er nødvendig at sykepleierne har kompetanse om melkeproduksjon, fordeler med morsmelk og ulike dieutfordringer barn på nyfødt intensiv kan ha. Slik kunnskap kan erverves gjennom teori- og observasjonslæring, veiledning i praktiske situasjoner med erfaren sykepleier og erfaringsdeling i grupper. Sertifisering som del av et kompetanseprogram kan bidra til at opplæringen systematiseres (Siddell et al., 2003, s. 299).

## LITTERATURLISTE

- Alves, E., Rodrigues, C., Fraga, S., Barros, H. & Silva, S. (2013). Parent's views on factors that help or hinder milk supply in neonatal care units: systematic review. *Archives of Disease in childhood. Fetal and Neonatal Edition*, 98(6).
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action : a social cognitive theory*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S Ramachaudran (Ed.), . I *Encyclopedia of human behaviour* (bd. 4, s. 71-81). New York: Academic Press.
- Benner, P. (1995). *Fra novise til ekspert : dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*. Oslo,København: TANO I samarbeid med Munksgaard.
- Benner, P. (2004). Using the Dreyfus Model of Skill Acquisition to Describe and Interpret Skill Acquisition and Clinical Judgment in Nursing Practice and Education. *Bulletin of Science, Technology & Society*, 24(3), 188-199.  
<https://doi.org/10.1177/0270467604265061>
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V. & Day, L. (2010). *Å utdanne sykepleiere : behov for radikale endringer*. Oslo: Akribe.
- Benoit, B. & Semenic, S. (2014). Barriers and Facilitators to Implementing the Baby-Friendly Hospital Initiative in Neonatal Intensive Care Units. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 43(5), 614-624. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12479>
- Chourasia, N., Surianarayanan, P., Adhisivam, B. & Vishnu Bhat, B. (2013). NICU Admissions and Maternal Stress Levels. *The Indian Journal of Pediatrics*, 80(5), 380-384.  
<https://doi.org/10.1007/s12098-012-0921-7>
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Dereddy, N. R., Talati, A. J., Smith, A., Kudumula, R., Dhanireddy, R., Pérez-Escamilla, R. & Sellen, D. (2015). A Multipronged Approach Is Associated with Improved Breast Milk Feeding Rates in Very Low Birth Weight Infants of an Inner-City Hospital. *Journal of Human Lactation*, 31(1), 43-46. <https://doi.org/10.1177/0890334414554619>
- Flateland, S., Kristiansen, A. & Söderhamn, U. (2011). Sykepleiestudenters læring - Læring i praksis gjennom deltagelse i refleksjonsgruppe. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 01, 5-18.
- Garber, J. (2013). OralMotor Function and Feeding Intervention. *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*, 2013, Vol.33(1), p.111-138, 33(1), 111-138.  
<https://doi.org/10.3109/01942638.2012.750864>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Hannula, L., Kaunonen, M. & Tarkka, M. t. (2008). A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. I(Vol. 17, s. 1132-1143). Oxford, UK.
- Helseatlas. (2014). Nyfødttmedisin, 2009-2014. Hentet 19.01.2019 fra [https://helseatlas.no/sites/default/files/filer/felles/faktaark-nyfodt-innleggelser\\_121216.pdf](https://helseatlas.no/sites/default/files/filer/felles/faktaark-nyfodt-innleggelser_121216.pdf)

- Helsedirektoratet. (2011). Hvordan du ammer ditt barn; Noen råd den første tiden. Hentet 02.06.2017 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/432/Hvordan-du-ammer-ditt-barn-noen-rad-den-forste-tiden-IS-2092.pdf>
- Helsedirektoratet. (2014). Amming og spedbarns kosthold, Landsomfattende undersøkelse 2013. Hentet 02.06.2017 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/273/Amming-og-spedbarns-kosthold-landsomfattende-undersokelse-2013-IS-2239.pdf>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell, sist endret LOV-2015-12-18-121 fra 01.01.2016*. Hentet 02.02.2019 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Henriksen, C., Grønn, M., Drevon, C. & Iversen, P. O. (2004). Ernæring av premature barn. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 10, 1392-1395. Hentet 30.03.2019 fra <https://tidsskriftet.no/2004/05/tema-ernaering/ernaering-av-premature-barn>
- Henshaw, E. J., Fried, R., Siskind, E., Newhouse, L. & Cooper, M. (2015). Breastfeeding Self-Efficacy, Mood, and Breastfeeding Outcomes among Primiparous Women. *Journal of Human Lactation*, 31(3), 511-518. <https://doi.org/10.1177/0890334415579654>
- Haaland, G. & Nilsen, S. E. (2013). *Læring gjennom praksis : innhold og arbeidsmåter i yrkesopplæringen : en grunnbok i yrkesdidaktikk*. Oslo: PEDLEX norsk skoleinformasjon.
- Imsen, G. (2009). *Lærerenes verden : innføring i generell didaktikk* (4. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Imsen, G. (2014). *Elevens verden : innføring i pedagogisk psykologi* (5. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., T. M. Anderssen & J. Rygge, Overs.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lauvås, P. & Handal, G. (2014). *Veiledning og praktisk yrkesteori* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Lawrence & Lawrence. (2011). *Breastfeeding : A guide for the medical profession* (7. utg.). Maryland Heights, MO: Elsevier Mosby.
- Li, C.-M., Acshley, C. G. & Cohen, J. H. (2014). Associations of hospital staff training and policies with early breastfeeding practices. *Journal of Human Lactation*, 30(1), 88-96. <https://doi.org/10.1177/0890334413484551>
- Løland, B. F., Bærug, A. B. & Nylander, G. (2007). Morsmelk, immunrespons og helseeffekter. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 127(18), 2395-2398.
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 25, 2468-2472.
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

- Meberg, A. (2002). *Nasjonal plan for nyfødtdmedisin*. Oslo: Statens Helsetilsyn. Hentet 02.03.2019 fra [https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/Publikasjoner/andrepublikasjoner/plan\\_nyfodtmedisin\\_2001.pdf/](https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/Publikasjoner/andrepublikasjoner/plan_nyfodtmedisin_2001.pdf/)
- Maastrup, R., Bojesen, S. N., Kronborg, H. & Hallström, I. (2012). Breastfeeding Support in Neonatal Intensive Care: A National Survey. *Journal of Human Lactation*, 28(3), 370-379. <https://doi.org/10.1177/0890334412440846>
- Nasjonal kompetansetjeneste for amming. (2016). Hentet 31.08.2016 fra <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Nasjonal-kompetansetjeneste-for-ammings/Documents/10%20trinn%20for%20vellykket%20ammings.pdf>
- Nyqvist, K. (2005). Breastfeeding Support in Neonatal Care: An Example of the Integration of International Evidence and Experience. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 5(1), 34-48. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2005.02.006>
- Nyqvist, K., Maastrup, R., Hansen, M. N., Häggkvist, A. P., Hannula, L., Ezeonodo, A., ... Haiek, L. N. (2015). Neo-BFHI; The Baby-friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards. Educational materials for decision-makers and staff. Hentet 02.02.2017 fra <http://www.ilca.org/main/learning/resources/neo-bfhi>
- Parker, M., Burnham, L., Cook, J., Sanchez, E., Philipp, B. L. & Merewood, A. (2013). 10 Years after Baby-Friendly Designation: Breastfeeding Rates Continue to Increase in a US Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Human Lactation*, 29(3), 354-358. <https://doi.org/10.1177/0890334413489374>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer Health.
- Renfrew, M., Craig, D., Dyson, L., McCormick, F., Rice, S., King, S., ... Williams, A. (2009). Breastfeeding promotion for infants in neonatal units: a systematic review and economic analysis. I *Health Technol. Assess.* (Vol. 13, s. 1-+).
- Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeebhay, N., Horton, S., Lutter, C., Martines, J., ... Victora, C. G. (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet*, 387, 491-504.
- Rønnestad, A., Stensvold, H. J. & Knudsen, L. M. (2015). Norsk Nyfødtdmedisinsk Kvalitetsregister, Årsrapport for 2014 med plan for forbedringstiltak. Hentet 31.03.2019 fra [https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/http://www.kvalitetsregistre.no/getfile.php/Norsk/Bilder/Offentliggj-C3-B8ring-2015/-C3-rsrapport-2014\\_Nyf-C3-B8dtmedisin.pdf](https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/http://www.kvalitetsregistre.no/getfile.php/Norsk/Bilder/Offentliggj-C3-B8ring-2015/-C3-rsrapport-2014_Nyf-C3-B8dtmedisin.pdf)
- Siddell, E., Marinelli, K., Froman, R. & Burke, G. (2003). Evaluation of an Educational Intervention on Breastfeeding for NICU Nurses. *Journal of Human Lactation*, 19(3), 293-302.
- Swanson, V., Nicol, H., McInnes, R., Cheyne, H., Mactier, H. & Callander, E. (2012). Developing Maternal Self-Efficacy for Feeding Preterm Babies in the Neonatal Unit. *Qualitative Health Research*, 22(10), 1369-1382. <https://doi.org/10.1177/1049732312451872>
- Sylte, A. L. (2016). *Profesjonspedagogikk : profesjonsretting/yrkesretting av pedagogikk og didaktikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (2. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., ... Rollins, N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387(10017), 475-490. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
- Wang, Y., Briere, C. E., Xu, W. & Cong, X. (2018). Factors Affecting Breastfeeding Outcomes at Six Months in Preterm Infants. *Journal of Human Lactation*, <xocs:firstpage xmlns:xocs=""/>. <https://doi.org/10.1177/0890334418771307>
- WHO, W. H. O. (2018, Oktober 2018). Global targets 2025 - To improve maternal, infant and young child nutrition. Hentet 31.03.2019 fra [https://www.who.int/nutrition/global-target-2025/infographic\\_breastfeeding.pdf](https://www.who.int/nutrition/global-target-2025/infographic_breastfeeding.pdf)
- Wilson-Clay, B. & Hoover, K. (2005). *Breastfeeding atlas* (3. utg.). Manchaca, Tex: Manchaca, Tex: LactNews Press.

# VEDLEGG 1: GODKJENNING FRA NSD



Lisbeth Gravdal Kvarme  
Postboks 4 St. Olavs plass  
0130 OSLO

Vår dato: 09.11.2017

Vår ref: 56241 / 3 / HJT

Deres dato:

Deres ref:

## Tilråkning fra NSD Personvernombudet for forskning § 7-27

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 27.09.2017 for prosjektet:

56241	<i>Et kvalitativt studie om å fremme fullamning på Nyfødt Intensiv</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Lisbeth Gravdal Kvarme</i>
Student	<i>Margrete Juterud</i>

### Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er unntatt konsesjonsplikt og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av § 7-27 i personopplysningsloven. På den neste siden er vår vurdering av prosjektet slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

### Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

### Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringskjema.

### Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

### Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 01.05.2019 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

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

---

Se våre nettsider eller ta kontakt dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Marianne Hogelveit Myhren

Håkon Jørgen Tranvåg

Kontaktperson: Håkon Jørgen Tranvåg tlf: 55 58 20 43 / [Hakon.Tranvag@nsd.no](mailto:Hakon.Tranvag@nsd.no)

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Margrete Juterud, [mjuterud@gmail.com](mailto:mjuterud@gmail.com)



#### FORMÅL

Formålet er å undersøke hvilken betydning sykepleiers veiledning har for mors opplevelse av ammetreningsperioden og finne årsaker til at mødre med tilstrekkelig melkeproduksjon velger å avbryte forsøk på fullamming. Målet med studien er å komme med forslag til forbedringer i praksis for å fremme fullamming på avdelingen.

#### INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

#### UTVALG

Utvalget består av mødre og ansatte på Nyfødt Intensiv. Mødrene rekrutteres gjennom fagutviklingssykepleiere som tar kontakt med de aktuelle mødrene og videreformidler informasjonsskrivet. Sykepleierne på avdeling rekrutteres via fagutvikler som informerer de ansatte om prosjektet.

#### SENSITIVE PERSONOPPLYSNINGER

Det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold.

#### INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen i Oslo og Akershus sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

#### PROSJEKTLUTT OG ANONYMISERING

Forventet prosjektlutt er 01.05.2019. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak



## VEDLEGG 2: FORESPØRSEL TIL MØDRE OM DELTADELSE I FORSKNINGSPROSJEKT

### *”Et kvalitativt studie om hvordan fremme fullamming på Nyfødt Intensiv”*

Jeg er 3. års deltidsstudent på studiet Master i sykepleie – klinisk forskning og fagutvikling på Høgskolen i Oslo og Akershus. I forbindelse med masteroppgaven skal jeg utføre en kvalitativ studie på Nyfødt Intensiv, Drammen sykehus, Vestre Viken HF.

#### **Hensikt**

Barn som innskrives på Nyfødt Intensiv avdeling er premature- eller syke nyfødte som av ulike årsaker trenger hjelp etter fødsel. Felles for mange av barna er at den naturlige ammestarten forsinkes og at mor og barn trenger tid på å etablere ammingen. Hensikten med studien er å identifisere faktorer som bidrar til valget om å avbryte forsøk på fullamming før utreise, hos mødre som har tilstrekkelig produksjon av morsmelk. Videre ønsker jeg å undersøke hvilken betydning sykepleiernes veiledning har for mors opplevelse av ammetreningsperioden. Målet er å komme med et forbedringsforslag som fremmer fullamming for mødre på Nyfødt Intensiv avdeling.

Du inviteres til å delta i dette forskningsprosjektet.

#### **Deltagelse**

I forbindelse med studien ønsker jeg å intervju mødre som har hatt barn innlagt på Nyfødt Intensiv avdeling og har tilstrekkelig melkeproduksjon før barnet ble utskrevet. Mødrene skal ha øvet på å amme sitt barn og barnet får ved hjemreise ett eller flere flaskemåltider om dagen. Deltagelse i studien innebærer et intervju mellom mor og masterstudent, og det beregnes å vare i 60-90 minutter. Det er ønskelig å gjennomføre intervjuet innen 1-2 uker etter hjemreise. Tid og sted for intervju avtales mellom mor og masterstudent. Det vil bli stilt åpne spørsmål hvor hensikten er å la mødrene få snakke om sine erfaringer omkring veiledning gitt på avdelingen og introduksjon av flaske.

#### **Oppbevaring av informasjon og taushetsplikt**

Intervjuet tas opp på lydbånd og det gjøres notater underveis. Alle personopplysninger blir behandlet konfidensielt og det er kun veileder og masterstudent som vil ha tilgang til innsamlet intervjumateriale. Transkriberinger oppbevares låst. Alle som arbeider med prosjektet har taushetsplikt og deltagerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen. Prosjektet forventes å ferdigstilles våren 2019 og da blir alle data makulert.

#### **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 trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Margrete Juterud på mobil 417 20 739 eller mail [mjuterud@gmail.com](mailto:mjuterud@gmail.com). Veileder for studien er Lisbeth Gravdal Kvarme som kan kontaktes på mail [lisbeth.gravdal-kvarme@hioa.no](mailto:lisbeth.gravdal-kvarme@hioa.no). Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Jeg håper å høre fra deg!

Margrete Juterud  
Student ved Master i Sykepleie – klinisk forskning og fagutvikling  
Høgskolen i Oslo og Akershus

## VEDLEGG 3: FORESPØRSEL TIL SYKEPLEIERE OM DELTADELSE I FORSKNINGSPROSJEKT

### *”Et kvalitativt studie om hvordan fremme fullamming på Nyfødt Intensiv”*

Jeg er 3. års deltidsstudent på studiet Master i sykepleie – klinisk forskning og fagutvikling på Høgskolen i Oslo og Akershus. I forbindelse med masteroppgaven skal jeg utføre en kvalitativ studie på Nyfødt Intensiv, Drammen sykehus, Vestre Viken HF.

#### **Hensikt**

Barn som innskrives på Nyfødt Intensiv avdeling er premature- eller syke nyfødte som av ulike årsaker trenger hjelp etter fødsel. Felles for mange av barna er at den naturlige ammestarten forsinkes og at mor og barn trenger tid på å etablere ammingen. Hensikten med studien er å identifisere faktorer som bidrar til valget om å avbryte forsøk på fullamming før utreise, hos mødre som har tilstrekkelig produksjon av morsmelk. Videre ønsker jeg å undersøke hvilken betydning sykepleiernes veiledning har for mors opplevelse av ammetreningsperioden. Målet er å komme med et forbedringsforslag som fremmer fullamming for mødre på Nyfødt Intensiv avdeling.

Du inviteres til å delta i dette forskningsprosjektet.

#### **Deltagelse i fokusgruppeintervju**

Det er ønskelig at du har 1 års erfaring fra avdelingen og har en stillingsprosent som tilsvarer minimum 50%. Deltagelse i studien innebærer å være med i et fokusgruppeintervju med 5-8 deltagere. Intervjuet beregnes å ta 60-90 minutter og intervjuet vil foregå på et av sykehusets møterom. Tidspunkt avtales fortløpende, men det er ønskelig å utføre intervjuene i september/oktober. Hensikten med fokusgruppeintervju er at deltagerne fritt kan diskutere seg i mellom og dele sine erfaringer. Det blir en uformell samtale mellom kollegaer for å belyse et tema fra ulike synspunkter.

#### **Oppbevaring av informasjon og taushetsplikt**

Intervjuet tas opp på lydbånd og det gjøres notater underveis. Alle personopplysninger blir behandlet konfidensielt og det er kun veileder og masterstudent som vil ha tilgang til innsamlet intervjumateriale. Transkriberinger oppbevares låst. Alle som arbeider med prosjektet har taushetsplikt og deltagerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen. Prosjektet forventes å ferdigstilles våren 2019 og da blir alle data makulert.

#### **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 trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Margrete Juterud på mobil 417 20 739 eller mail [mjuterud@gmail.com](mailto:mjuterud@gmail.com). Veileder for studien er Lisbeth Gravdal Kvarme som kan kontaktes på mail [lisbeth.gravdal-kvarme@hioa.no](mailto:lisbeth.gravdal-kvarme@hioa.no). Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Jeg håper å høre fra deg!

Margrete Juterud  
Student ved Master i Sykepleie – klinisk forskning og fagutvikling  
Høgskolen i Oslo og Akershus

## VEDLEGG 4: GUIDE TIL DYBDEINTERVJU MØDRE

1. Fortell hvilke tanker og erfaringer du hadde om det å amme og gi flaske før fødsel?
  - a. Hvilke råd har du fått fra ektefelle/familie/venner om matemåte på forhånd?
2. Vil du fortelle om hvordan du har opplevd det å øve på å amme barnet ditt?
  - a. *Ble det som du hadde tenkt?*
  - b. *Hva legger du i ordet mestring?* Hvordan vil du beskrive opplevelsen av mestring i ammesituasjoner?
  - c. *Kan du si noe om hvilken betydning sykepleiernes veiledning hadde for mestringsfølelsen?*
3. Hvordan vil du beskrive en typisk ammeveiledning situasjon?
  - a. *Ble veiledningen gitt på dine premisser? Tok de hensyn til dine behov? Eksempler?*
  - b. *Var det noe i veiledningen som skilte seg ut i forhold til hvilke sykepleiere som var hos deg? Ressurspersoner? Forskjell i veiledning? Egne erfaringer?*
  - c. *Kan du si om det er noe i veiledningen som har hatt stor betydning for deg?*
  - d. *Hvordan opplevde du kontinuitet i veiledningen?*
  - e. *Hva legger du i ordet ammepress? Opplevde du å bli stresset av ammeveiledningen?*
4. Hvilken kjennskap har du til Mor-Barn-Vennlig Nyfødtafdeling og har du noen tanker om hvordan dette har hatt betydning for veiledningen du har fått?
  - a. *MBVI trinn 9 sier at flaske skal ikke introduseres før ammingen er etablert, kan du si noe om hvordan avdelingen tok hensyn til dette? (vitaminer?)*
  - b. *Kan du si noe om når dere introduserte mer melk på flaske enn de 10 ml ved vitaminer? (hvem vil gi mer melk – råd fra andre?)*
    - i. *Hvem tok initiativ til flaske første gang?*
  - c. *Har du noen tanker om hva som kunne bidratt til at barnet fullammer? (ikke gi mer enn 10 ml vitaminer?)*
  - d. *Hvordan spiser barnet nå?*
5. Fortell litt om hvordan du følte at du var forberedt på å reise hjem i forhold til amming og mating av barnet?
  - a. *Si noe om i hvilken grad dere hadde medbestemmelse over beslutninger som ble tatt? *Spisetrening/Introduksjon flaske/utreise/* Kunne spl forberedt deg bedre?*
6. Kan du si noe om hva du tenker kan bidra til å fremme fullamming på en avdeling som Nyfødte Intensiv?
  - a. *Skulle du ønske noe var gjort annerledes i veiledningen hos deg?*
  - b. *Noen tanker om hva avdelingen kan gjøre for å tilrettelegge bedre for mødrene?*

30 min

7. Før vi avslutter, er det noe du ønsker å ta opp i forhold til temaene vi har snakket om?  
Avsluttende kommentarer eller innspill?

**Oppfølgingsspørsmål:**

- a. Kan du forklare nærmere? Kan du si noe mer om det..? Har du flere eksempler? Fortolkende spørsmål: Har jeg forstått det riktig at..? Du mener det er slik at..?

**Oppsummering**

- Har jeg forstått det riktig at (oppsummering av samtalen)
- Hva er det viktigste for deg å fremheve av det vi har snakket om?

**Avslutningsfasen**

- Er det noe vi har glemt å snakke om som burde ha vært tatt med for å belyse temaet?
- Hvordan opplevde du å snakke om dette temaet?

**Takk for deltagelsen!**

## **VEDLEGG 5: GUIDE FOKUSGRUPPEINTERVJU**

### **SYKEPLEIERE**

1. Kan dere fortelle hva dere tenker om det å GI ammeveiledning?
  - Hva ønsker dere å oppnå med veiledningen?
  - Hvordan møter dere mors behov?
2. Hvilken betydning har retningslinjer og prosedyrer for veiledningen dere gir?
  - Hvordan vil dere vurdere eget kunnskapsgrunnlag om amming?
3. Hva tenker dere om retningslinjen Mor-Barn-Vennlig Neonatalavdeling og punktet om å avvente introduksjon av flaske til fullamming er etablert?
  - Hva synes dere om å gi mer enn 10 ml morsmelk ved siden av vitaminene på flaske?
4. Fortell hva dere mener er de vanligste årsakene til at mor ikke fullammer, men velger å gi tillegg av morsmelk på flaske? (mor har nok morsmelk).
  - Hvilken påvirkning tror dere venner/familie/helsepersonell har på mors beslutning om å gi tillegg på flaske?
  - Hvis en mor sier hun opplever ammepress, hva tenker dere da?
5. Har dere noen forslag til hva som kan bidra til å fremme fullamming blant mødre i avdelingen?
  - Hva kan dere selv bidra med?
  - Hva kan avdelingen bidra med? På overordnet nivå?
  - Hva tror dere mødrene vil svare at kan bidra til å fremme fullamming?
6. Før vi avslutter, er det noe dere ønsker å ta opp i forhold til temaet vi har snakket om? Avsluttende kommentarer eller innspill?

#### **Oppfølgingsspørsmål:**

- Kan du/dere forklare nærmere? - Kan du/dere si noe mer om det..?
- Har du/dere flere eksempler?
- Fortolkende spørsmål: Har jeg forstått det riktig at..? Du/dere mener det er slik at..?

#### **Oppsummering**

- Har jeg forstått det riktig at (oppsummering av samtalen)
- Hva er det viktigste for deg/dere å fremheve av det vi har snakket om?

#### **Avslutningsfasen**

- Er det noe vi har glemt å snakke om som burde ha vært tatt med for å belyse temaet?
- Hvordan opplevde du/dere å snakke om dette temaet?

**TAKK FOR DELTAGELSEN!**

## **VEDLEGG 6: FORFATTERVEILEDNING FRA SYKEPLEIEN FORSKNING**

Innsending av artikler til Sykepleien Forskning skjer i manuskripthåndteringssystemet ScholarOne. Forfattere oppretter en konto og laster opp artikkelen med vedlegg, følgebrev og erklæring om interessekonflikter. [Du kommer til nettstedet ved å trykke på denne lenken.](#)

### **Om Sykepleien Forskning**

Tidsskriftet Sykepleien Forskning er et fagfellevurdert vitenskapelig tidsskrift som blir utgitt digitalt. Vi ønsker å være den foretrukne kanalen for å formidle sykepleieforskning i Norge. Sykepleien Forskning har som mål å være relevant, interessant og praksisnær, med en tydelig klinisk profil. Vi vil også bidra til at helsepersonell leser forskning og bruker forskningsresultater i teori og i praksis.

Sykepleien Forskning er foreløpig indeksert i EBSCO-Cinahl, Nordart og SveMed+, men arbeider med å bli indeksert i flere internasjonale databaser. Forskningsartiklene vi publiserer, er fritt tilgjengelige for alle via internett. Til tider inviterer Sykepleien Forskning en fagperson til å kommentere originalartiklene, og kommentaren publiseres sammen med artikkelen.

Forfattere som publiserer hos oss, beholder copyright til teksten og kan lenke til publikasjonen på våre nettsider, for eksempel fra den institusjonen de er ansatt i. Forfattere kan ikke sende samme artikkelmanuskript til flere eller andre vitenskapelige tidsskrifter til bedømming på samme tid. Artikkelmanuskriptet eller resultatene skal ikke ha vært publisert i et annet vitenskapelig tidsskrift. Med tidligere publisering menes også publisering i allment tilgjengelige former som aviser, magasiner og på internett, for eksempel institusjonelle arkiver. Dobbeltpublisering og sekundærpublisering aksepteres som hovedregel ikke.

### **Generelt**

Artikkelmanuskript med alle vedlegg sendes elektronisk i Microsoft Word-programmets doc-form.

All tekst skrives med teksttypen Times New Roman, skriftstørrelse 12.

Overskriftene markeres med fet skrift.

Linjeavstand skal være 1,5.

Høyre marginal skal ikke jevnes ut.

Fotnoter skal ikke brukes.

Figurer og tabeller fremstilles på separate sider.

Bruk av fremmedord skal begrenses. Fremmedord skal forklares, og forkortelser forklares første gang de forekommer i teksten.



Artikkelmanuskriptets tittel bør være kort, klar, informativ og lett forståelig. Unngå bruk av undertittel. Husk at flere og flere leser artiklene på mobiltelefon, slik at titlene bør tilpasses de nye formatene.

Sykepleien Forskning språkvasker antatte artikler, men forfatterne må sørge for at manuskriptet er korrekturlest før innsending.

Antall ord er maksimalt 3000 (ikke iberegnet sammendrag, figurer, tabeller og referanser).

## **INNHold I MANUSKRIFTET SOM SENDES INN:**

**På nettsiden har vi beskrevet forventninger til struktur og innhold i de ulike delene av vitenskapelige artikler som vi publiserer under overskriften Skrivetips. Artiklene struktureres etter [IMRAD-prinsippet](#).**

Hovedmanuskriptet (main document) som lastes opp i ScholarOne, skal ha følgende innhold:

### **1. Tittelside:**

Tittel på manuskriptet (maksimalt 75 tegn inkludert mellomrom). Sykepleien Forskning kan endre tittelen for at den skal tilpasses nettformatet bedre og nå ut til et bredere publikum.

- forfatterens/forfatterens navn, stilling og arbeidssted

Hvis det er flere forfattere av et artikkelmanuskript, presenteres i tillegg kontaktpersonens

- for- og etternavn
- postadresse
- e-postadresse
- telefonnummer

I tillegg skal det fremkomme:

- antall tegn inkludert ordmellomrom og antall ord (ikke medregnet tittel, sammendrag eller referanser)
- antall figurer og tabeller

### **2. [Sammendrag](#)**

Forfatteren/forfatterne fremstiller et norsk sammendrag. Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet og struktureres etter følgende overskrifter:

- bakgrunn
- hensikt
- metode
- resultat
- konklusjon

Lengde: maksimalt 300 ord eller 1 500 tegn inkludert mellomrom. Oppgi tre–fem nøkkelord som du enten kan velge fra listen som kommer opp i ScholarOne, eller legge til dine egne. Angi minst ett som viser anvendt forskningsdesign.

Sykepleien Forskning sørger for oversetting av sammendraget til engelsk sammen med hele artikkelen.

## **Tekstsider**

Generelle regler for vitenskapelig tekstproduksjon etterstrebes, og disposisjonen beror på artikkelmanuskriptets karakteristika.

Overskriftene (mellomtittlene) i den løpende teksten skal være korte og tydelige og markeres med fet skrift.

Språket i artiklene bør ha en aktiv fremfor en passiv setningsoppbygging:

Eksempel på aktiv setning: Sykepleieren delte ut medisiner. (Subjektet utfører handlingen – sykepleieren deler ut ...)

Eksempel på passiv setning: Medisinene ble utdelt av sykepleiereb. (Subjektet deler ikke ut – medisinene blir utdelt ...)

Du finner gode tips til skriving i det grønne feltet nederst på Sykepleien Forsknings hjemmeside, kalt [Skrivetips](#).

Se også redaktørens leder: [Slik skriver du gode forskningsartikler](#)

## **Oppbygging av selve artikkelen**

Til artikkelmanuskripter som er basert på empiriske studier, anbefaler vi følgende struktur:

*Introduksjon* til emnet/tematikken, som avsluttes med: «Hensikten med studien er å ...»

*Hensikt* med studien og problemstilling(er).

*Metodedel*. Her beskrives forskningsdesign og metoder samt datainnsamlingsmetode, gjennomføring (inkludert hvilken tidsperiode og år dataene ble samlet inn, bearbeiding og analyse av dataene, godkjenning av REK, eventuelt Personvernombudet, og andre relevante instanser. Metodedelen skal være kortfattet og tilpasset Sykepleien Forsknings målgruppe.

*Resultater*. Her presenteres resultatene som besvarer studiens problemstilling i en logisk rekkefølge og uten diskusjon. Resultater som fremstilles i tabeller, skal ikke gjentas i teksten. Hver tabell/figur skal ha en henvisning i teksten som viser til tabellen/figuren. Vi anbefaler at forfattere som bruker [kvantitativ metode](#), får studien vurdert av en statistiker før den sendes inn.

*Diskusjon* (validitetsdiskusjon skal inkluderes i den generelle diskusjonen over studiens resultat). Studiens resultater drøftes i relasjon til problemstillingen og annen internasjonal

relevant forskning. Studiens begrensninger/svakheter angir hvilke konsekvenser disse har for tolkning av funnene.

*Konklusjon.* Implikasjoner for sykepleiepraksis, videre forskning og eventuelt teoriutvikling. Konklusjonen må fullt ut underbygges av funnene som er gjort.

### Figurer og tabeller

Artikkelen kan ha til sammen maksimalt fem figurer og tabeller (tre tabeller og to figurer). Disse kan lastes opp som en del av hoveddokumentet (på egne sider etter referansene) eller som egne dokumenter. Figurer og tabeller skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig.

Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten.

Figurene og tabellene skal ha en kort og informativ overskrift. Mer spesifikk informasjon skrives under figuren/tabellen.

Figurer og tabeller bør tåle forminsking til ulike nettformater, som nettbrett og mobiltelefon.

### **Referanser**

Referanser angis etter [Vancouver-systemet](#). Det vil si at referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i litteraturhenvisningen. Antall referanser bør ikke overstige tretti.

Alle referanser som finnes på internett, skal ha oppgitt korrekt nettadresse samt nedlastingsdato. Tilleggsinformasjon, som «red.» og «utg.», skrives på norsk, ikke engelsk.

Eksempler på korrekt føring av referanser:

1. Lindhardt T, Hallberg IR, Poulsen I. Nurses' experience of collaboration with relatives of frail elderly patients in acute hospital wards: a qualitative study. *Int J Nurs Stud*. 2008 mai;45(5):668–81.
2. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2012.
3. Brenne AT, Estenstad B. *Hjemmedød*. I: Kaasa S, Loge H, red. *Palliasjon: nordisk lærebok*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016. s. 161–71.
4. Helsedirektoratet. *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*. Oslo; 2012. IS-1948. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonalt-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf> (nedlastet 08.11.2017).
5. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html> (nedlastet 30.03.2017).

6. Humerfelt K. Brukermedvirkning i arbeid med individuell plan. (Doktoravhandling.) Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap; 2012.
7. Melbye L, Ådnanes M, Kasteng F. Sykepleiere i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Trondheim: SINTEF; 2017. SINTEF Rapport A28053.
8. NOU 2011: 11. Innovasjon i omsorg. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2011.
9. Meld. St. nr. 29 (2012–2013). Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.
10. Bufdir. Foreldreveiledning i grupper (ICDP) [internett]. Oslo: Bufdir; 08.04.2015 [oppdatert 22.11.2017; sitert 08.12.2017]. Tilgjengelig fra: [https://www.bufdir.no/Familie/veiledning\\_til\\_foreldre/foreldreveiledning\\_landsoversikt/](https://www.bufdir.no/Familie/veiledning_til_foreldre/foreldreveiledning_landsoversikt/)

### **Innsending av manuskript**

Artikkelen lastes opp i Sykepleien Forsknings manuskripthåndteringssystem på følgende adresse:

<http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>

### **Forslag til habile fagfeller**

Artikkelforfatterne må oppgi forslag til minst to habile fagfeller. For å unngå tvil om habilitet kan ikke fagfeller arbeide ved samme institusjon som artikkelforfatter(ne). Fagfeller kan heller ikke ha profesjonelle eller personlige bånd til artikkelforfatter(ne) som kan innebære tvil om habilitet.

### **Følg brev til redaktør / cover letter**

I følgebrevet må forfatterne oppgi:

- Hva artikkelen tilfører av ny kunnskap. Skriv kort, og bruk maksimalt ti linjer.
- En redegjøring for hvorvidt resultatene er publisert tidligere, for eksempel som poster eller foredrag på en vitenskapelig konferanse.
- Det er også ønskelig med en beskrivelse av hvorfor denne artikkelen har interesse for Sykepleien Forsknings lesere.
- Hvis manuset bygger på resultater som også er presentert i avlagt masteroppgave, må forfatterne opplyse om dette samt om hvor lenge masteroppgaven er klausulert i en eventuell nettversjon for å unngå plagiering/dobbeltpublisering.

### **Vurderingsprosessen**

Redaksjonen tilstreber rask behandlingstid for artikkelmanuskripter som sendes til oss. I første omgang foretar redaktøren en vurdering av om artikkelmanuskriptet refuseres, sendes tilbake til forfatter for revidering eller oversendes til fagfeller (referees/reviewers) for

nærmere vurdering. Sykepleien Forskning bruker åpen fagfellevurdering, hvor navn på både forfatter og fagfelle er kjent for hverandre. Ved å logge deg inn i manuskripthåndteringssystemet kan du følge med på hvor manuset ditt er i vurderingsprosessen.

Artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen, bedømmes først ut fra følgende kriterier:

- Er tematikken i artikkelmanuskriptet relevant for helsepersonell?
- Passer tematikken i artikkelmanuskriptet til tidsskriftets profil?

Redaktøren og/eller redaksjonen kan forkaste artikkelmanuskriptet på dette tidspunktet. Artikkelmanuskripter som antas å være aktuelle, sendes til fagfellevurdering.

Alle artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen, må følge denne forfatterveiledningen. Manuskripter som ikke følger veiledningen, blir returnert til forfatterne selv om innholdet er relevant for tidsskriftet.

### **Innsending av revidert manuskript**

1. Etter fagfellevurdering blir artikkelen sendt tilbake til forfatter(ne) med kommentarer fra både fagfeller og redaktør.
2. Det må utarbeides et eget dokument som viser i detalj hvordan forfatter(ne) har bearbeidet manuskriptet etter kommentarene fra fagfeller og redaktør. Dette lastes opp sammen med revidert manuskript i ScholarOne som Author's response.
3. Alle endringer i revidert manuskript skal markeres med rødt eller ved hjelp av funksjonen Spor endringer.
4. Revidert manuskript og Author's response lastes opp i <http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>. Følg lenken i svarbrevet fra redaktøren.

### **Godkjenning av manuskript**

1. Forfatter(ne) får beskjed fra redaktøren når artikkelen er godkjent for publisering.
2. Det er viktig å følge instruksjoner fra redaksjonen vedrørende språkvask av endelig manuskript.

### **Oversetting til engelsk**

1. Fra høsten 2016 blir alle forskningsartikler i Sykepleien Forskning oversatt til engelsk av en profesjonell oversetter. I tillegg til selve artikkelen oversettes også tabeller/figurer og sammendrag.
2. Forfatter(ne) vil få tilsendt den engelske versjonen til gjennomlesning før publisering.

### **Krav til medforfatterskap**

Når et artikkelmanuskript har flere forfattere, skal alle forfatterne ha deltatt i arbeidet i en slik utstrekning at vedkommende kan ta offentlig ansvar for gjeldende deler av innholdet. En eller flere forfattere må ta ansvar for helheten i arbeidet, fra planlegging til publisering. Bare personer som oppfyller alle følgende tre kriterier, kan være medforfatter av en artikkel:

1. Å yte vesentlige bidrag til forskningsprosessen i sin helhet.
2. Å ha ført rapportutkastet i pennen, revidert det kritisk eller på en annen måte gitt vesentlige intellektuelle bidrag.
3. Å ha gitt endelig godkjenning.

Ved felles (kollektivt) forfatterskap må en eller flere personer som er ansvarlige, navngis. Kriteriene sier ikke noe om forfatterrekkefølgen. Det åpnes for spesifisering av forfatternes bidrag, for eksempel «XX og YY har bidratt like mye til denne artikkelen». Personer som har bidratt til arbeidet, men ikke fyller kravene til forfatterskap, kan takkes i et eget avsnitt på slutten av artikkelmanuskriptet. Hvordan den enkelte har bidratt, bør presiseres. Slik takk forutsetter de aktuelle personenes samtykke.

### **Erklæring om interessekonflikter**

[Erklæring om interessekonflikter](#) inneholder opplysninger som kan ha betydning for eventuell publisering. Hvis noen av forfatterne har interessekonflikter, må dette oppgis når manuskriptet sendes inn.

*Sist oppdatert 12/2017*