



Masteroppgave i Jordmorfag

Oktober, 2020

Ammestart under en global pandemi

Kandidatnummer: 903 og 907

Emnekode: MAJO5900

Antall ord: 7496

Fakultet for helsevitenskap

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

SAMMENDRAG

Tittel: Ammestart under en global pandemi.

Hensikt: Å gi et innblikk i førstegangsfødendes ammestart under en periode hvor rutinene i føde- og barselomsorgen har vært endret. Dette vil kunne gi grunnlag for å vurdere om helsevesenet har klart å fremme amming i tråd med Mor-barn-vennlig standard mens smitteverntiltakene var på det strengeste.

Problemstilling: Har smitteverntiltakene under koronapandemien påvirket hjelpen førstegangsfødende fikk med amming, og hvordan har det gått med ammestarten?

Metode: Deskriptiv tverrsnittstudie med spørreskjema til førstegangsfødende som fødte mellom 12 mars og 12 mai 2020.

Resultat: Til sammen ble 821 kvinner inkludert i analysene. Av disse opplevde halvparten å få god ammehjelp. Kvinnene i studien hadde fått lite informasjon og veiledning under barseloppholdet. De var i stor grad fornøyd med hjelpen de fikk etter utskrivelse fra barselavdelingen. Halvparten av kvinnene rapporterte å ha gitt morsmelkerstatning i løpet av de tre første levedøgn. Omtrent 70% av kvinnene i studien fullammet to uker etter fødsel. Om det var gitt morsmelkerstatning var den faktoren som hadde størst innvirkning på om mor fullammet.

Konklusjon: Ammehjelpen førstegangsfødende har fått i denne perioden, har ikke vært etter Mor-barn-vennlig standard. Man kan derfor anta at smitteverntiltakene har hatt en negativ innvirkning. Økt bruk av morsmelkerstatning blant kvinnene i denne studien er forbundet med en lavere andel som fullammer to uker etter fødsel.

Nøkkelord: Amming, Coronavirus, Tverrsnittstudier, Smittevern, Pandemier

ABSTRACT

Title: Learning to breastfeed during a global pandemic

Aim: To assess first-time mothers' initiation of breastfeeding during a time of changed routines in maternity care services. This will help to evaluate the impact infection control measures had on the promotion of breastfeeding in healthcare settings.

Research question: Have the infection control measures during the corona pandemic affected the breast-feeding support first-time mothers received, and what is the impact on breastfeeding initiation?

Method: Descriptive cross-sectional study with a questionnaire to first-time mothers who gave birth between March 12th and May 12th, 2020.

Results: 821 women were included in the analyses. Half of these women reported that they to a large extent received help with breastfeeding. The women got insufficient guidance and information on breastfeeding in maternity wards. They were largely satisfied with the support they got after being discharged. Almost half of the women in this study reported that their child had been given breastmilk substitutes during the first three days after birth. Approximately 70% of the women breastfeed exclusively two weeks after birth, and the factor with the greatest impact on exclusive breastfeeding, was the use of breastmilk substitutes.

Conclusion: The support first-time mothers were given during the corona pandemic have not been according to the "Ten steps to successful breastfeeding". Because of this there is reason to assume that the infection control measures have had a negative impact on breastfeeding initiation. The increased use of breastmilk substitutes in this study is the factor that had the greatest impact on exclusive breastfeeding rates two weeks after birth.

Key words: Breast feeding, Coronavirus, Cross-Sectional Studies, Infection Control, Pandemics

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	1
1.1	Oppbygging av oppgaven	1
1.2	Bakgrunn	1
1.3	Formål og problemstilling	2
2	TEORETISK FORANKRING	3
2.1	Amming	3
2.1.1	Amming i Norge	3
2.1.2	Faktorer som kan påvirke ammestart.....	4
2.2	Mor-barn-vennlig standard	6
2.3	Barselomsorgen i Norge	7
2.4	Korona og endringer i barselomsorgen	8
3	METODE	10
3.1	Design	10
3.2	Datamateriale	10
3.2.1	Spørreskjema.....	10
3.2.2	Utvalg og rekruttering.....	12
3.3	Analyse	14
3.3.1	Omkoding av variabler.	14
3.3.2	Missing.....	15
3.3.3	Statistiske analyser.....	15
3.4	Etiske overveielser	15
4	SAMMENDRAG AV VITENSKAPELIG ARTIKKEL	16
5	RESULTATER	17
5.1	Beskrivelse av studiens utvalg	17
5.2	Koronapåvirkning av ammehjelpen	18
5.3	Opplevelse av ammehjelp på barsel	18

5.4	Informasjon og veiledning på barsel	20
5.5	Ammehjelp etter utskrivelse	20
5.6	Morsmelkerstatning	21
5.7	Ammestatus to uker etter fødsel	23
6	DISKUSJON.....	24
6.1	Diskusjon av utvalget.....	24
6.2	Koronapåvirkning av amnehjelpen.....	24
6.3	Opplevelse av amnehjelp på barsel	24
6.4	Informasjon og veiledning på barsel	25
6.5	Ammehjelp etter utskrivelse	25
6.6	Morsmelkerstatning	26
6.7	Ammestatus to uker etter fødsel	27
6.8	Metode diskusjon.....	28
7	KONKLUSJON.....	29
	REFERANSELISTE.....	30

Vedlegg 1-Vitenskapelig artikkel

Vedlegg 2-Forfatterveiledning

Vedlegg 3-Spørreskjema

1 INNLEDNING

1.1 Oppbygging av oppgaven

Denne masteroppgaven består av en vitenskapelig artikkel og en kappe. Artikkelen (Vedlegg 1) er skrevet med tanke på å publisere i Sykepleien Forskning og er derfor skrevet etter deres forfatterveiledning (Vedlegg 2). Det anbefales å lese artikkelen før kappen, men begge kan leses separat.

1.2 Bakgrunn

Det er bred enighet i fagmiljøer om at morsmelk er den beste ernæringen til spedbarn (Victoria et al., 2016). Barn som får morsmelk, har en rekke helsefordeler sammenlignet med barn som får morsmelkerstatning, og amming forbedrer også mors helse (Chowdhury et al., 2015; Ip et al., 2007). World Health Organization (WHO) anbefaler derfor at mødre fullammer sine barn de første 6 månedene, og fortsetter å amme i tillegg til passende næringsrik føde i to år eller mer (World Health Organization, 2017).

Amming er en naturlig prosess, men det er også en ferdighet som må læres (Alquist & Strømsnes, 2016, s. 53). Mødre er avhengig av å få god informasjon og støtte fra familie, samfunnet rundt seg og helsevesenet for å etablere og opprettholde ammingen (McFadden et al., 2017). Særlig den første tiden etter fødsel er viktig for om en kvinne vil komme i gang med amming og hvor lenge hun vil amme (Rollins et al., 2016). For de fleste i Norge vil den første tiden etter fødsel tilbringes på en føde eller barselinstitusjon. Ofte er ikke melkeproduksjonen i gang før kvinnen reiser fra barselavdelingen da dette normalt tar 3-5 dager (Alquist & Strømsnes, 2016, s. 46). Helsepersonellet som jobber med mødre og nyfødte i barselomsorgen, har derfor en avgjørende funksjon i å tilrettelegge for amming. For å kunne fremme amming på en effektiv måte er det viktig at helseinstitusjonen har en strukturert tilnærming (Beake, Pellowe, Dykes, Schmied & Bick, 2012). Mor-barn-vennlig standard er en slik strukturert tilnærming som er anerkjent globalt som et verktøy til å implementere gode rutiner rundt ammeveiledning og støtte på sykehus, men også for å kvalitetssikre ammehjelpen (Pérez-Escamilla, Martinez & Segura-Pérez, 2016; World Health Organization, 2017).

Smitteverntiltakene som ble innført i barselomsorgen under koronapandemien, har ført til en omorganisering som går imot det Helsedirektoratet anser som viktige tiltak for å fremme amming (Helsedirektoratet, 2014). Retningslinjene under koronapandemien innebar i korte trekk at partner ikke fikk være til stede i barselavdelingen, samt kortere liggetid (Helsedirektoratet, 2020).

1.3 Formål og problemstilling

Formålet med studien er å få et innblikk i hvordan førstegangsfødendes ammestart har vært under nye og krevende omstendigheter som har påvirket føde- og barselinstitusjoners rutiner. Koronapandemien er ny situasjon, og det er derfor viktig å gi kvinnene en mulighet til å rapportere om hvordan det har vært å lære seg å amme under disse forholdene. Da man ikke vet om denne perioden er unik, er det hensiktsmessig å undersøke dette for å kunne bedre praksis til en eventuell ny pandemi. Studien har hatt fokus på hvilken hjelp og støtte førstegangsmødre har fått med ammingen ut fra hva som er forventet av et Mor-barn-vennlig sykehus, og hvordan det har gått med kvinnes ammestart.

Problemstillingen til denne studien er derfor:

Har smitteverntiltakene under koronapandemien påvirket hjelpen førstegangsfødende fikk med amming, og hvordan har det gått med ammestarten?

2 TEORETISK FORANKRING

I dette kapittelet vil litteratur og forskning som ligger til grunn for studien, presenteres. Mor-barn-vennlig standard er benyttet som et rammeverk for å begrense og strukturere oppgaven. Teori er i denne oppgaven brukt som både representasjon og boksåpner (Høyer, 2011).

2.1 Amming

Allerede tidlig i svangerskapet begynner brystene å endre seg for at mor skal kunne amme og produsere melk til barnet som skal komme. Blant annet vil andelen av melkeproduserende kjertler øke, mens andelen fettvev minker (Alquist & Strømsnes, 2016, s. 40). Endringene er styrt av hormoner og fører blant annet til at brystknoppens fasong og elastisitet endres for at barnet lettere skal få et godt sugetak (Alquist & Strømsnes, 2016, s. 40). Etter fødsel vil endringer i hormonnivået hos mor føre til at melkeproduksjonen setter i gang. Prosessen er hormonstyrt, og vil starte uavhengig av om mor planlegger å amme eller ikke. For at melkeproduksjonen skal bli stor nok til å kunne ernære et barn, er man derimot nødt til å stimulere brystene. Mengden morsmelk som hver kvinne produserer, blir da basert på etterspørselen fra barnet. På den måten blir mengden morsmelk og sammensetningen av morsmelk spesielt tilpasset hvert enkelt barn (Ness Hansen, 2017, s. 706-707).

Den første tiden etter at barnet er født er spesielt viktige for etableringen av melkeproduksjon og opprettholdelse av denne, og barnet må derfor die hyppig i denne perioden (Ness Hansen, 2017, s. 707-708). Til tross for at brystets anatomi kan være svært forskjellig, har de aller fleste kvinner evnen til å produsere melk til sine barn (Alquist & Strømsnes, 2016, s. 45). Melkeproduksjonen er i større grad avhengig av barnets evne til å stimulere og tømme brystet, enn av mors kapasitet til å produsere melk (Ness Hansen, 2017, s. 705). Hormonet oksytocin spiller en viktig rolle i utdriving av morsmelk og har i tillegg en beroligende effekt. Stress, engstelse og smerte kan hemme utskillelsen av oksytocin og på den måte påvirke ammingen negativt (Uvnäs-Moberg et al., 2020).

2.1.1 Amming i Norge

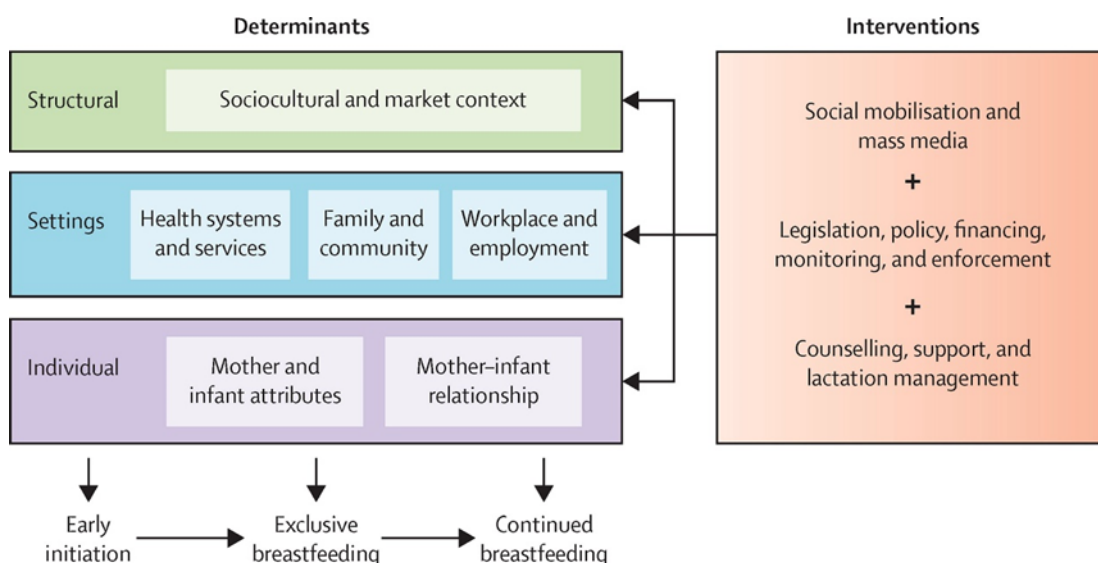
For å følge med på ammeforekomsten gjennomføres det i Norge landsomfattende undersøkelser av spedbarns kosthold omtrent hvert åttende år (Helsedirektoratet, 2014). Resultatene fra undersøkelsen som ble gjort i 2020, viser at de aller fleste kvinner som føder i

Norge, begynner å amme i føde- eller barselavdelingen. 78% ammer barnet sitt ved 6 måneder alder, og av disse er det kun 5% som fullammer (Folkehelseinstituttet, 2020c). Ved slutten av det første leveåret er det 48% av barn i Norge som får morsmelk (Folkehelseinstituttet, 2020c).

Ammeforekomsten i Norge har ikke endret seg stort de siste årene, og forekomsten er høy sammenlignet med andre høinntektsland (Helsedirektoratet, 2014). Likevel er andelen som fullammes både ved 4- og 6 måneders alder, betydelig lavere enn målet som er satt i Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold, som er at innen år 2021 skal 60% av norske barn fullammes ved 4 måneder og 25% ved 6 måneder (Departementene, 2017). Det er derfor et helsepolitisk mål å styrke ammingen ytterligere i Norge (Helsedirektoratet, 2014).

2.1.2 Faktorer som kan påvirke ammestart

De fleste kvinner kan som nevnt tidligere, rent biologisk produsere melk, men det er flere faktorer som er med på å avgjøre om en mor begynner å amme (Alquist & Strømsnes, 2016; Rollins et al., 2016). Disse faktorene kan være historiske, sosioøkonomiske, kulturelle og individuelle. Rollins et al. (2016) har laget en modell over de forskjellige komponentene som skal til for å fremme amming (Figur 1). I denne figuren er de avgjørende faktorene for om en kvinne begynner å amme, delt i strukturelle, institusjonelle og personlige, og det er beskrevet tre hovedtiltak som kan påvirke disse.



Figur 1. The components of an enabling environment for breastfeeding—a conceptual model (Rollins et al., 2016).

De strukturelle faktorene som kan påvirke ammestart, inkluderer de sosiale og kulturelle holdningene til amming som finnes i samfunnet rundt kvinnen. Disse holdningene kan påvirke kvinnens motivasjon for amming (Moore & Coty, 2006). Hvordan amming omtales, og hvilken informasjon som er tilgjengelig gjennom massemedia, er med på å styre disse holdningene. Et av tiltakene for å fremme amming er for eksempel loven som forbyr markedsføring av morsmelkerstatning, da man vet at reklamering av slike produkter påvirker ammeforekomsten negativt (World Health Organization, 1981).

Partners støtte har stor innvirkning på om mor begynner å amme, om hun fullammer og hvor lenge hun ammer (Davidson & Ollerton, 2020). For å kunne støtte mor må partner selv være positivt innstilt til amming og styrke mor i sitt valg om å amme. En viktig oppgave er å avlaste henne fra praktiske gjøremål slik at hun får tid og ro til å amme. Partner må også ha kunnskaper om amming. Forskning viser at ammeundervisning rettet mot partner kan forlenge lengden på ammeforløpet, spesielt dersom kvinnen opplever problemer med ammingen (Pisacane, Continisio, Aldinucci, Amora & Continisio, 2005). En støttende partner kan øke mors tillit til egen ammeevne (Davidson & Ollerton, 2020). En viktig oppgave for helsepersonell er derfor å tilby informasjon om og veiledning i amming til både kvinnen og hennes partner i svangerskapet og etter fødselen.

For å fremme amming i en helseinstitusjon må man ha på plass retningslinjer og prosedyrer som støtter opp om amming, og som gjør det til et fokusområde (Rollins et al., 2016). Disse tiltakene må så finansieres på en slik måte at det er gjennomførbart for de forskjellige institusjonene å innføre og opprettholde tiltak som gjør det mulig for mødre å amme. Effektiv støtte til amming inkluderer at det tilbys til alle, av trent personell før fødsel og som en del av oppfølging etter fødsel (McFadden et al., 2017). Da man vet at bruk av morsmelkerstatning i løpet av de første levedagene har negativ innvirkning på ammestarten, er det viktig at institusjoner har fokus på å ikke gi morsmelkerstatning uten medisinsk indikasjon (Biro, Sutherland, Yelland, Hardy & Brown, 2011; Häggkvist et al., 2010).

Sykehusoppholdet bør være langt nok til at det er mulig å kartlegge tidlige problemer, og sikre at familien er i stand til å håndtere disse. Oppfølgingen som tilbys videre, bør være forutsigbar med planlagte avtaler slik at kvinner kan vite når de kan forvente å få hjelp. Støttetiltakene må være individuelt tilpasset og bør være ansikt til ansikt, da dette øker sjansen for at kvinnen fullammer (McFadden et al., 2017).

Kvinnens egen intensjon om å amme og troen på at hun skal klare det, har stor betydning for ammestarten (Moore & Coty, 2006). For å kunne ta stilling til om hun ønsker å amme, må hun ha kunnskaper om og vite fordelene med amming (Moore & Coty, 2006). Fysiske egenskaper hos både mor og barn kan skape utfordringer med amming, og det er da enda viktigere at mor er motivert og har kunnskaper for å håndtere disse. Forholdet mellom mor og barn og tilknytningen mellom dem er en viktig faktor for ammingen (Rollins et al., 2016). Tidlig, uforstyrret kroppskontakt fører til at tilknytningen mellom mor og barn får en bedre start (Moore, Bergman, Anderson & Medley, 2016).

2.2 Mor-barn-vennlig standard

I 1989 gikk WHO og UNICEF sammen om å lansere et globalt initiativ for å støtte kvinner og øke sjansene for amming etter WHO's anbefalinger. Initiativet fikk senere navnet «The Baby-friendly Hospital Initiativ» (BFHI). Grunnleggende for dette prosjektet var utarbeidelsen av «Ten steps to successful breastfeeding», ti praktiske trinn som oppsummerer hvordan helseinstitusjoner kan fremme amming (World Health Organization, 1998).

Flere studier har funnet at implementering av BFHI og «Ten steps to successful breastfeeding» har hatt positiv effekt på ammeforekomsten (Beake et al., 2012; Pérez-Escamilla et al., 2016). I en oversiktsstudie fra 2016 ble det blant annet funnet at innføring av alle eller noen av stegene for vellykket amming, økte antallet mødre som startet å amme. En større andel mødre fullammet til barnet var 6 måneder, og de fortsatte ammingen lenger (Pérez-Escamilla et al., 2016). Studien viste at den positive effekten på amming økte suksessivt etter hvor mange trinn som ble fulgt i barselomsorgen.

I Norge ble Mor-barn-vennlig initiativ startet i 1993, som en norsk versjon av BFHI, i samarbeid med Helsedirektoratet. Dette er i dag en kvalitetsstandard som er forventet av helseinstitusjoner i Norge, og Nasjonal kompetansetjeneste for amming har ansvaret for å følge opp dette (Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2020). I 2018 ble 90% av norske barn født på et Mor-barn-vennlig sykehus (Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2019).

«Ti trinn for vellykket amming» brukes både for å implementere god ammepraksis, i tillegg til å være et verktøy for å vurdere om en helseinstitusjon er Mor-barn-vennlig (Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2019).

De to første trinnene er administrative trinn som skal sikre at ledelsen på fødebarselinstitusjoner legger til rette for at avdelingen skal ha et ammevennlig miljø. Trinn tre til ti er rettet mot klinisk praksis og er konkrete målbare instruksjoner for hvordan man skal støtte opp om amming. Disse inkluderer å gi kvinner og deres familier den praktiske kunnskapen de trenger for å lykkes med ammingen, samt å legge til rette for at den nye familien skal få den roen og nærheten som trengs.

Ti trinn for vellykket amming

Trinn 1a: Følg WHO-koden for markedsføring av morsmelkerstatning og tilskuddsblandinger og relevante resolusjoner fra Verdens helseforsamling

Trinn 1b: Ha en skriftlig ammeprosedyre som rutinemessig formidles til helsepersonell og foreldre

Trinn 1c: Etablere kontinuerlig evaluering av Mor – barn - vennlig standard i sykehusets eget kvalitetssystem

Trinn 2. Sikre at personalet har tilstrekkelig og oppdatert kunnskap, kompetanse og ferdigheter for å støtte amming

Trinn 3. Samtale med gravide og deres familier om hvorfor det er viktig å amme og hvordan få dette til

Trinn 4. Sørg for at mor og barn kan ha uforstyrret hud – mot - hud kontakt og støtte mødrene i å komme i gang med ammingen så snart som mulig etter fødselen

Trinn 5. Veilede mødrene i å etablere og opprettholde amming, og til å håndtere vanlige ammeproblemer

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

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

Trinn 8. Veilede mødrene i å kjenne igjen og svare på barnets tegn på sult

Trinn 9. Veilede mødrene om mulige ulemper og risiko ved bruk av tåteflaske og smokk, som kan påvirke ammingen

Trinn 10. Planlegge utreise ved å etablere kontakt med kommunehelsetjenesten, slik at foreldre og deres nyfødte sikres kontinuerlig støtte og hjelp

Boks 1. Ti trinn for vellykket amming (Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2018).

2.3 Barselomsorgen i Norge

Barselomsorgen i Norge er et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Retningslinjen for barselomsorgen tydeliggjør flere ganger at

barselomsorgen må være individuell for hver enkel familie, og det må tilrettelegges for likeverdige tjenester i alle ledd. Det anbefales individuell støtte med ammeveiledning i tråd med Ti trinn for vellykket amming. Dette gjelder på sykehuset så vel som i hjemmet, både i begynnelsen av ammeperioden, men også senere i ammeforløpet (Helsedirektoratet, 2014).

De siste tretti årene har barseloppholdet i Norge blitt forkortet hos alle kvinner, både lavrisiko- og høyrisikokvinner. Barseltilbudet har derfor endret seg mye, og i dag ser man at den absolutt største delen av barseloppholdet finner sted utenfor sykehuset (Binnie, Reinart & Venheim, 2017). Helsedirektoratet (2014) foreslår at barselavdelingene lar kvinner som ønsker å amme, få bli til de har etablert ammingen, eller institusjonen har forsikret seg om at kvinnen vil få tilstrekkelig hjelp ved hjemmebesøk og konsultasjon på helsestasjon. Dette gjør at det er enda viktigere at kommunehelsetjenesten har ett godt nok tilbud til enhver familie som kommer hjem fra sykehuset.

Helsedirektoratet (2014) skriver at det er grunn til å være bekymret for at kort opphold i barselavdelingene uten at helsestasjonstjenesten blir styrket, kan påvirke ammeforekomsten i Norge i negativ retning. På bakgrunn av dette ble Ammekyndig helsestasjon innført som en satsing for å opparbeide tilstrekkelig fagkompetanse rundt amming og morsmelkernæring. For kvinner og nyfødte der det vurderes like trygt med oppfølging hjemme som på føde/barselavdelingen, anbefales det ett hjemmebesøk av jordmor i løpet av de to første døgnene etter hjemreise.

Helsedirektoratet (2014) foreslår at det legges til rette for at begge foreldrene kan være til stede på føde- og barselavdelingen. Noen sykehus har barselhotell som er et tilbud for friske kvinner med friske barn, hvor den nye familien kan bo sammen. Flere og flere barselavdelinger har også familierom. Likevel har mange barselavdelinger ikke kapasitet til at partner kan bo sammen med kvinnen og barnet, og partner vil da ha begrenset mulighet til bli kjent med barnet. Partnere som får mulighet til å bli kjent med barnet sitt helt fra de aller første dagene etter fødselen, er mer aktive i foreldrerollen enn de som ikke har denne muligheten (World Health Organization. Regional Office for Europe, 2007).

2.4 Korona og endringer i barselomsorgen

I slutten av 2019 oppstod det et sykdomsutbrudd med flere tilfeller av lungebetennelse i byen Wuhan i provinsen Hubei i Kina (McIntosh, 2020). Tidlig i januar 2020 opplyste kinesiske myndigheter at årsak til sykdommen var et nytt koronavirus som var påvist (Folkehelseinstituttet, 2020a). Dette har siden fått navnet sars-CoV-2, og sykdommen det forårsaker, kalles Covid-19. Sykdommen spredte seg raskt og resulterte i en epidemi i Kina

etterfulgt av ett økende antall sykdomstilfeller i flere andre deler av verden (McIntosh, 2020). 12. mars 2020 erklærte WHO utbruddet som en pandemi (Folkehelseinstituttet, 2020a).

Det er foreløpig usikkert om det nye koronaviruset kan smitte fra mor til barn før eller under fødsel. Det er gjort få undersøkelser så langt, men de som er gjort, tyder på at smitte via morkaken ikke forekommer (Folkehelseinstituttet, 2020b). Koronavirus er ikke påvist i morsmelk hos kvinner med Covid-19-infeksjon der dette er undersøkt. Derfor kan kvinner med covid-19-infeksjon amme som normalt (Folkehelseinstituttet, 2020b).

Rundt 13. mars 2020 endret mange føde- og barselavdelinger i Norge sine regler for besøk. Hver enkelt institusjon hadde selv ansvar for å innføre tiltak og tilrettelegge for at alle smittevernfarende råd ble fulgt. Man har derfor ikke en oversikt over ulike tiltak i alle fødeinstitusjoner i Norge, men anbefalingene fra Helsedirektoratet var at en frisk partner kunne være med i fra aktive delen av fødselen startet, til omtrent to timer etter fødsel. Partner fikk ikke være med på verken planlagt eller akutt keisersnitt. Barselavdelingen var anbefalt å ikke være åpen for partner i det hele tatt, og kvinnens opphold ved barselavdelingen skulle være så kort som mulig, og helst ikke overstige 48 timer (Helsedirektoratet, 2020). I tillegg ble det innført tiltak for å hindre smittespredning i avdelingen, blant annet desinfisering av kontaktpunkter og hender, bevegelsesrestriksjoner for innlagte og isolering av smittede. Disse tiltakene kan ha ført til en økt arbeidsbelastning.

Helsedirektoratet anbefalte ikke å gjennomføre hjemmebesøk, men heller foreta den første konsultasjonen på helsestasjon. Man skulle der forholde seg til de smitteverntiltakene som var anbefalt. De innebar blant annet å holde avstand, ingen partner til stede og tidsbegrenset konsultasjon. Om mulig kunne man ha konsultasjonen per videokonferanse eller telefon. I begynnelsen av mai åpnet barselavdelingene gradvis opp for mer besøk, og hjemmebesøk ble igjen mulig (Helsedirektoratet, 2020).

3 METODE

Da det var ønskelig å få så mange svar som mulig fra populasjonen, ble kvantitativ forskningsmetode valgt. I dette kapittelet utdypes valgt studiedesign, datamaterialet som er brukt, og hvordan dette er innhentet. Analyseprosessen og etiske vurderinger vil også legges frem.

3.1 Design

For å kunne svare på et forskningsspørsmål er det viktig å velge et passende design. Det er i stor grad problemstillingen som legger føring for valg av studiedesign (Jacobsen, 2015). Hensikten med denne studien har vært å undersøke ammestart i en definert populasjon under en begrenset tidsperiode. Det var da hensiktsmessig å benytte tverrsnittdesign. En tverrsnittstudie er designet for å undersøke et fenomen begrenset til et tidspunkt og brukes til å beskrive forhold i nåtid (Ringdal, 2018). Studien vil ikke kunne finne en årsakssammenheng mellom smitteverntiltak som er igangsatt under koronautbruddet, og eventuell påvirkning av ammestart. Men den kan brukes til å beskrive forholdene for kvinnene som begynte å amme under denne perioden. Det vil dermed være en deskriptiv tverrsnittstudie, og studien vil benytte spørreskjema som datainnsamlingsmetode.

3.2 Datamateriale

Denne studien benytter primærdata som er hentet inn av forskerne selv. Under beskrives utforming av spørreskjema, utvalg og rekruttering til studien.

3.2.1 Spørreskjema

Spørreundersøkelsen var et nettbasert selvutfyllingsskjema. Universitetet i Oslos Nettskjema ble benyttet, da dette er et anerkjent verktøy for gjennomføring av datainnsamling. Ved et selvutfyllingsskjema kan man sikre respondenten absolutt anonymitet, og det er stor fleksibilitet i hvor og når skjemaet fylles ut (Ringdal, 2018).

Det har vært viktig å holde spørsmålene rettet mot hvilken hjelp kvinnene har fått med ammingen den første tiden etter fødsel under koronautbruddet, hvor fornøyd de har vært med denne hjelpen og hvordan det har gått med ammestarten. Da «Ti trinn for vellykket amming»

er brukt som mål på kvaliteten på amnehjelp i barselomsorgen, har kravene til Mor-barn-vennlige sykehus styrt utformingen av spørsmålene. Det er spurt om konkrete ting fra barseloppholdet og tiden etter utskrivelse, i tillegg til hvordan kvinnene opplevde dette.

Nasjonal kompetansetjeneste for amming har gjennom hele prosessen veiledet i utarbeidelsen av spørreskjemaet. De har kommet med tilbakemeldinger på utformingen, innhold, språk og hjulpet med å holde spørreskjema fokusert opp mot «Ti trinn for vellykket amming». I tillegg har studieveileder som har både jordmor -og forskerbakgrunn sett gjennom og gitt tilbakemeldinger på skjema i flere omganger.

Det ble utført en pilot på spørreskjema som ble sendt ut til personer som oppfylte inklusjonskriteriene, men også til venner og familie for å favne en bred gruppe respondenter som kunne gi tilbakemeldinger. Fra piloten ble det gitt tilbakemelding fra flere om spørsmålsformuleringer som var uklare, og på svaralternativer som ikke var uttømmende. På bakgrunn av disse tilbakemeldingene ble det lagt til forklarende tekst på noen spørsmål og svaralternativer på andre.

I det endelige spørreskjemaet (Vedlegg 3) er spørsmålene kronologisk organisert. Kvinnene fikk spørsmål i en rekkefølge som følger et normalt barselforløp, for å gjøre det lettere for kvinnene å huske tilbake. Spørreskjemaet hadde kun lukkede spørsmål, og det ble benyttet både flervalgsspørsmål, og spørsmål med kun ett svaralternativ. På spørsmålene med flere mulige svar ble det informert om dette. Spørreskjemaet inneholdt også noen filterspørsmål. Antallet spørsmål varierte mellom 27- 38 alt etter som hvor mange filterspørsmål kvinnene fikk.

Første del av spørreskjemaet bestod av demografiske spørsmål. For å sikre full anonymitet ble det kun spurt om kvinnens alder og hvilket fylke de bor i. Det var også lagt inn kontrollspørsmål for eksklusjonskriteriene. På tross av at fødselsomsorgen i Norge er delt i tre nivåer, ble kvinneklinikk og fødeavdeling slått sammen til én kategori og fødestue til en annen. Dette fordi det kan være vanskelig for kvinnene å skille mellom disse nivåene i fødselsomsorgen. Det ble også skrevet en forklarende tekst til dette spørsmålet med eksempler på både fødestuer og kvinneklinikker/fødeavdelinger.

Skjemaet hadde spørsmål om kvinnen fikk ha med seg partner eller ikke, og om hvor lenge de lå på barselavdelingen. Disse variablene er analysert, og brukt som indikatorer på smitteverntiltakene.

Et av spørsmålene i spørreskjemaet var en liste med veiledningspunkter, der kvinnene skulle svare på hvor mange av dem de hadde fått informasjon om før de dro hjem fra barselavdelingen. Veiledningspunktene er hentet fra «Ti trinn for vellykket amming» og kvinnene skal i utgangspunktet ha fått informasjon om alle disse punktene hvis de har født på et mor-barn-vennlig sykehus.

Noen spørsmål hadde «ja» og «nei» som svaralternativ, i enkelte av disse var «vet ikke» eller «husker ikke» også et alternativ. Andre spørsmål hadde mer konkrete svaralternativer for å sikre at kvinnene skulle forstå hvilken kategori som passet for dem.

På spørsmål om kvinnes opplevelse ble det benyttet likertskala med fem kategorier fra «i svært stor grad» til «i svært liten grad», med et nøytralt alternativ i midten. Samme skala ble benyttet på lignende spørsmål gjennom hele spørreskjema.

3.2.2 Utvalg og rekruttering

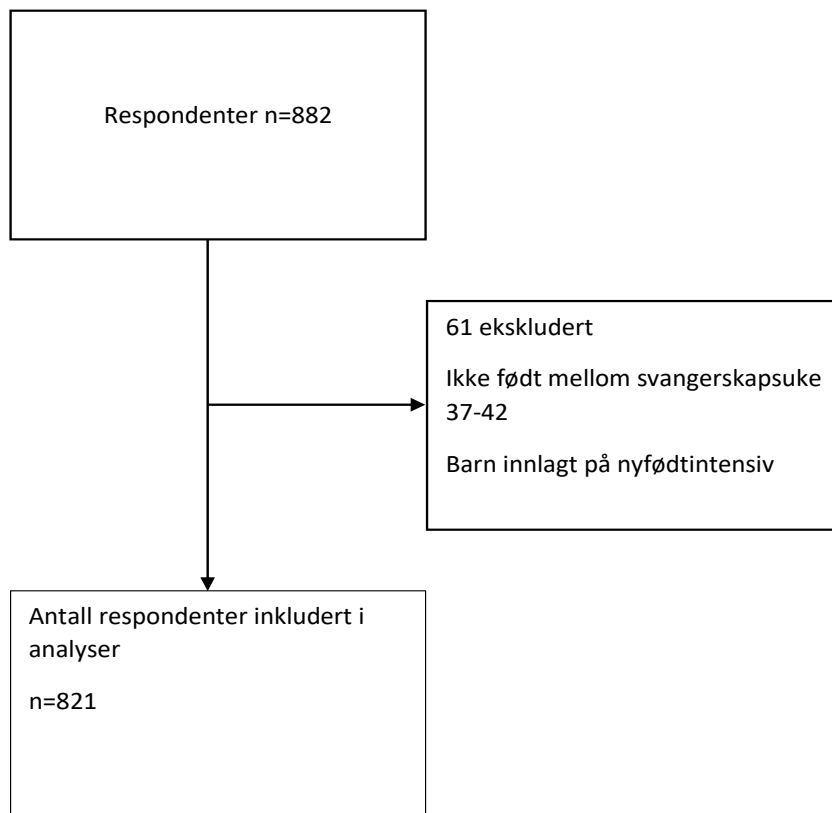
Populasjonen som utvalget ble hentet fra, var førstegangsfødende i Norge som fødte mellom 12 mars og 12 mai. Disse datoene ble valgt da det var i denne perioden smitteverntiltakene var på det strengeste.

Det ble fokusert på førstegangsfødende kvinner, da disse kan ha behov for ekstra støtte og oppfølging under ammestart og derfor anses som særlig sårbare for endringer i praksisen på barselavdelinger (Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2018). Kvinner som ikke fødte mellom uke 37 og 42, samt kvinner med barn som hadde ligget på nyfødteintensiv avdeling, ble ekskludert, da disse barna kan ha andre ernæringsbehov enn friske nyfødte.

Utvalgsmetoden som benyttes, kan påvirke hvor generaliserbar studien er og kan deles inn i sannsynlighetsutvalg eller ikke-sannsynlighetsutvalg (Ringdal, 2018). I et sannsynlighetsutvalg er det like stor sannsynlighet for at hver eneste person fra populasjonen kan bli trukket til å være med i utvalget. Utvalget blir da sammenlignbart med den populasjonen det er hentet fra. Ikke-sannsynlighetsutvalg er når denne tilfeldige utvelgelsen

ikke har vært mulig, og er derfor ikke like generaliserbart til populasjonen (Ringdal, 2018). På grunn av omfang og tidsbegrensning kunne man til denne studien ikke foreta et sannsynlighetsutvalg fra populasjonen, og det ble derfor hensiktsmessig med et bekvemmelighetsutvalg. Et bekvemmelighetsutvalg innebærer at man rekrutterer respondenter ut fra tilgjengelighet (Jacobsen, 2015). For å gjøre studien generaliserbar var det ønske om et høyt antall respondenter.

For å få flest mulig kvinner over hele landet med på spørreundersøkelsen ble sosiale medier brukt for å rekruttere respondenter. Spørreskjemaet ble lagt ut i Facebookgrupper som retter seg mot mødre, etter hvert som administrator for gruppene godkjente forespørsel om dette. Gruppene inkluderer Mammaklubb for bra damer, Coronadugnad for nybakte foreldre, Gravid i Coronatider og Ammehjelpsgruppen. Coronadugnad for nybakte foreldre er ett gruppenettverk i regi av Landsforeningen 1001 dager. Det er varierende antall medlemmer i gruppene. Den største er Ammehjelpsgruppen med over 32 000. Spørreskjema ble herfra delt videre gjennom helsestasjoner, ulike barselgrupper og termingrunder. Spørreskjema lå åpent fra 26. mai til 24. juni, og det kom inn 882 svar.



Figur 2. Flytskjema.

3.3 Analyse

Datamaterialet ble analysert i IBM SPSS Statistics versjon 27. Hvert spørsmål ble gjort om til en egen variabel og kodet ut fra hvilken type svaralternativ det var. Datasettet ble så sjekket flere ganger for å lete etter feil. Der det ble funnet feil i datasettet, ble svarene gjort om til missing.

3.3.1 Omkoding av variabler.

Flere variabler ble omkodet før analysene startet. På flervalgsspørsmål ble det laget én variabel per svaralternativ, og ja/nei spørsmål ble kodet til 0 for nei, 1 for ja.

I variabler med tre kategorier hvor to kategorier var variasjoner av samme svar, ble disse slått sammen. For eksempel ble spørsmål om partner var til stede på barsel med svaralternativene «ja, hele tiden» og «ja, deler av tiden» til «ja» slått sammen. Dette fordi det viktigste var å få frem om partner var til stede i det hele tatt.

Likertskalaer ble kodet om fra fem til tre kategorier. Kategoriene i svært stor grad og i stor grad ble slått sammen til «i stor grad» og i liten grad og i svært liten grad ble slått sammen til «i liten grad».

Liggetid på barsel ble kodet om til to kategorier, 0-2 dager og over 2 dager. Dette fordi 0-2 dager er det som er anbefalt under koronapandemien og 2,8 er gjennomsnittlig liggetid de siste 5 årene (Helsedirektoratet, 2020; Medisinsk fødselsregister, 2019e).

Variabelen som omhandler ammestatus etter to uker, ble omkodet til tre kategorier. Alle svaralternativer som innebar at kvinnen ammet og barnet kun ble ernært med morsmelk, ble til en kategori som ble kalt «fullammet». Svarene som innebar at mor ammet, men at barnet i tillegg fikk morsmelkerstatning, ble til kategorien «delammet». Kvinnene som rapporterte ikke å amme, ble samlet i kategorien «ammet ikke». Kvinner som pumpet og gav kun morsmelk på flaske, ble inkludert i kategori «ammet ikke» på tross av at barnet er fullernært med morsmelk. Dette fordi spørsmålet omhandler ammestatus og ikke barnets ernæringsstatus, og det er nærliggende å tro at en mor som pumper og gir kun morsmelk, har hatt et ønske om å amme, men ikke fått det til.

3.3.2 Missing

Tre kvinner hadde svart i to forskjellige kategorier under alder, på disse kvinnene ble svaret på spørsmål om alder endret til missing. Én kvinne hadde ikke svart på spørsmålet "Hvor mange uker er ditt barn i dag?". Tre kvinner hadde ikke svart på spørsmålet "Opplever du at ammingen fungerer bra nå?". Det kun er sju missing i hele datasettet, ble det ikke gjort noe med disse.

3.3.3 Statistiske analyser

Til denne studien ble det benyttet deskriptive analyser. Det ble anvendt både kryss- og frekvenstabeller. For å utforske forskjeller mellom variablene ble kjiqvadrattest med signifikansnivå på 0,05 ($p < 0,05$) benyttet, da studien kun hadde kategoriske data. Det ble opprettet «Multiple responsesett» på flervalgsspørsmål for å kunne utføre analyser på disse. Resultatene blir presentert i antall (n) og prosent (%).

3.4 Etiske overveielser

Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) vurderte prosjektet til å være ikke meldepliktig da det ble benyttet anonymt spørreskjema. I tråd med Helseforskningsloven (2008) skal all forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger vurderes av Regional Etisk Komite (REK). Da denne studien ikke inneholder noen av disse elementene, var det ikke nødvendig å søke godkjenning fra dem.

Spørreskjemaet samlet ikke inn personopplysninger. En kort informasjonstekst der det ble informert om formålet med studien, ble lagt ved spørreskjemaet. I denne teksten ble respondenten også orientert om at ved å svare på spørreskjemaet, ble det gitt automatisk samtykke. For å sikre at respondentene ikke kunne identifiseres, er det spurt om begrenset med bakgrunnsopplysninger i spørreskjemaet. Det er av samme grunn ingen åpne svarfelt.

4 SAMMENDRAG AV VITENSKAPELIG ARTIKKEL

Bakgrunn: Amming og morsmelk har en rekke helsefordeler for mor og barn. For at kvinner skal få til ammingen, er det viktig med støtte fra partner og at helseinstitusjonen har en strukturert og positiv tilnærming til amming. Mor-barn-vennlig standard er et kvalitetsmål for barselomsorgen i Norge, og smittetiltakene som ble innført under koronapandemien, kan ha påvirket hvordan ammehjelpen ble gjennomført på barselavdelingen.

Hensikt: Vi ønsket å undersøke om smitteverntiltakene som ble innført under koronapandemien, har hatt innvirkning på ammehjelpen førstegangsfødende har fått, og om dette har påvirket ammestarten.

Metode: Vi gjorde en deskriptiv tverrsnittstudie med et elektronisk spørreskjema utviklet for denne studien.

Resultater: Til sammen ble 821 kvinner inkludert i analysene. Av disse opplevde halvparten å få god ammehjelp. Kvinnene i studien hadde fått lite informasjon og veiledning sammenlignet med det som er forventet fra en Mor-barn-vennlig avdeling. Partners tilstedeværelse hadde ikke innvirkning på informasjonen kvinnene fikk. De som lå over to dager på barselavdeling, fikk mer informasjon og veiledning. Nesten halvparten av kvinnene hadde gitt morsmelkerstatning på barsel. Dette er flere sammenlignet med tall fra norske undersøkelser av spedbarns kosthold. Omtrent 70% av kvinnene i studien fullammet to uker etter fødsel.

Konklusjon: Smitteverntiltakene har hatt en negativ innvirkning på hjelpen førstegangsfødende fikk med amming i løpet av barseltiden. I tillegg ser vi at det har vært en høyere bruk av morsmelkerstatning, noe som kan føre til at færre kvinner fullammer og lengde på ammeperioden reduseres. Andelen som fullammer to uker etter fødsel, er lavere enn den generelle fødepopulasjonen, men studien kan ikke konkludere med at dette har sammenheng med smitteverntiltakene. Videre forskning burde se på hvordan det går med disse kvinnene videre i ammeforløpet, for å kunne forstå hvilke konsekvenser smitteverntiltakene har hatt på lang sikt.

Nøkkelord: Amming, Coronavirus, Tverrsnittstudier, Smittevern, Pandemier

5 RESULTATER

I denne delen vil resultatene fra studien bli presentert. Resultater som er lagt frem i artikkelen, vil kun bli kort oppsummert. Funnene vil vises i tabeller og figurer.

5.1 Beskrivelse av studiens utvalg

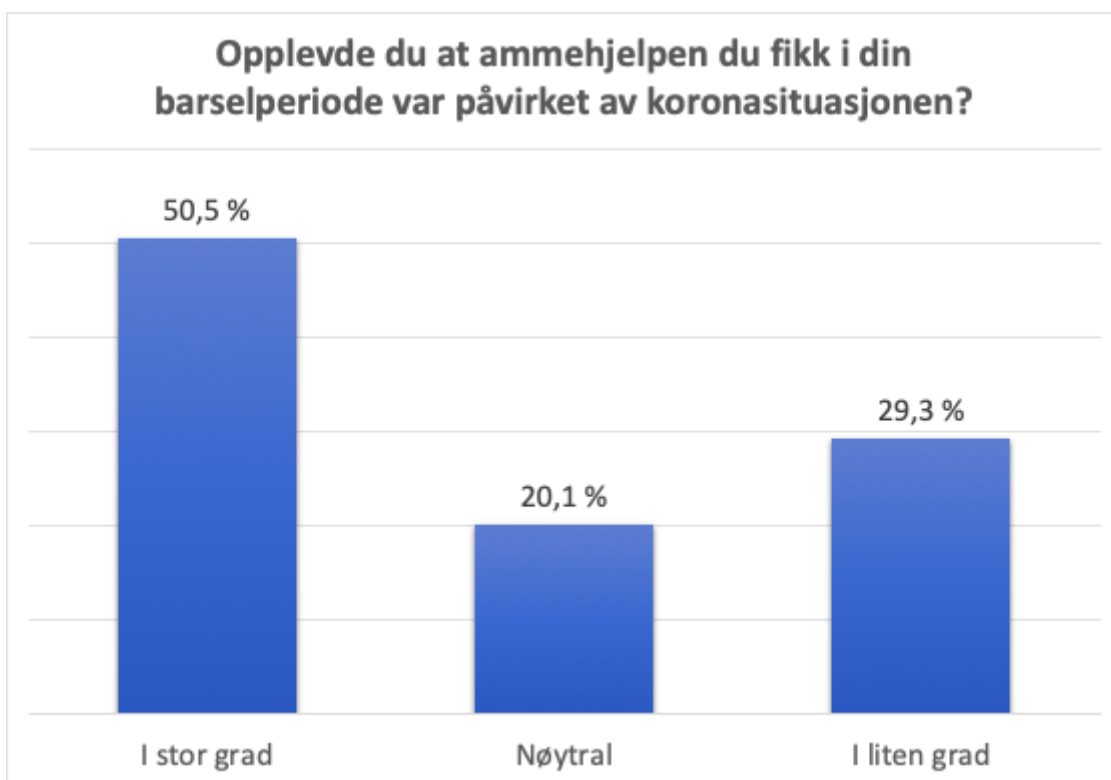
I alt 821 kvinner ble inkludert i analysene. Av disse var 12,3 % kvinner under 25 år, 79,8% var mellom 25 og 35 år og 7,8% var over 35 år. Alle landets fylker var representert blant våre respondenter. Til sammen 94,3% av kvinnene fødte på kvinneklinikk eller fødeavdeling, mens 5,7% fødte på fødestue. Av respondentene fødte 84,2% vaginalt og 15,8 hadde keisersnitt.

Tabell 1. Beskrivelse av utvalget.

	n (%)
Mors alder	
Under 25 år	101(12,3)
25-35 år	653 (79,5)
Over 35 år	64 (7,8)
Missing	3 (0,4)
Fylke	
Agder	40(4,9)
Innlandet	56 (6,8)
Møre og Romsdal	39 (4,8)
Nordland	40 (4,9)
Oslo	172 (21,0)
Rogaland	78 (9,5)
Troms og Finnmark	46 (5,6)
Trøndelag	72 (8,8)
Vestfold og Telemark	45 (5,5)
Vestland	92 (11,2)
Viken	141 (17,2)
Fødested	
Fødeavdeling/kvinneklinikk	774(94,3)
Fødestue	47 (5,7)
Fødselsmetode	
Vaginalt	691 (84,2)
Keisersnitt	130 (15,8)
Partner til stede på barselavdeling	
Nei	658 (80,1)
Ja	163 (19,9)
Liggetid barsel	
0-2 dager	412 (50,2)
Over 2 dager	409 (49,8)

5.2 Koronapåvirkning av ammehjelpen

Kvinnene i undersøkelsen ble spurt om de opplevde at koronasituasjonen hadde påvirket ammehjelpen de fikk i sin barselperiode. Halvparten (50,5 %) opplevde at hjelpen de hadde fått, i svært stor grad eller i stor grad var preget av koronasituasjonen, 20,1 % var nøytrale, mens 29,3 % opplevde at hjelpen i svært liten eller liten grad var påvirket. Svarene sier ikke noe om påvirkningen var negativ eller positiv. På spørsmål om kvinnene hadde avsluttet ammingen tidligere enn ønsket, svarte 10,9 % «ja». Av disse mente 69% at koronapandemien hadde innvirkning på dette (ikke tabell).



Figur 3. Koronapåvirkning av ammehjelpen.

5.3 Opplevelse av ammehjelp på barsel

Halvparten av kvinnene opplevde i svært stor eller stor grad å ha fått hjelp med amming under barseloppholdet. Kvinnene som ikke hadde partner til stede, og de som lå under 48 timer på barsel, opplevde i mindre grad å få hjelp med det de lurte på rundt ammingen. Det var

forskjell mellom fylkene på hvor stor grad kvinnene opplevde å få hjelp. Det var ikke signifikant forskjell mellom kvinnene som fødte på fødestue og fødeavdeling/kvinneklinikk.

Tabell 2. I hvor stor grad kvinnene opplevde å få hjelp med amming på barselavdelingen.

	Stor grad N (%)	Nøytral N (%)	Liten grad N (%)	P-verdi
Total	444 (54,1)	149 (18,1)	228 (27,8)	
Mors alder n=818				0,726
Under 25 år	58 (55,4)	19 (18,8)	26 (25,7)	
25-35 år	352 (53,9)	122 (18,7)	179 (27,4)	
Over 35 år	35 (54,7)	8 (12,5)	21 (32,8)	
Fylke				0,022
Agder	19 (47,5)	10 (25,0)	11 (27,5)	
Innlandet	34 (60,7)	7 (12,5)	15 (26,8)	
Møre og Romsdal	26 (66,7)	3 (7,7)	10 (25,6)	
Nordland	22 (55,0)	12 (30,0)	6 (15,0)	
Oslo	70 (40,7)	34 (19,8)	68 (39,5)	
Rogaland	45 (57,7)	13 (16,7)	20 (25,6)	
Troms og Finnmark	26 (56,5)	11 (23,9)	9 (19,6)	
Trøndelag	38 (52,8)	14 (19,4)	20 (27,8)	
Vestfold og Telemark	27 (60,0)	9 (20,0)	9 (20,0)	
Vestland	53 (57,6)	11 (12,0)	28 (30,4)	
Viken	84 (59,6)	25 (17,7)	32 (22,7)	
Fødeinstitusjon				0,382
Fødeavdeling/kvinneklinikk	420 (54,3)	137 (17,7)	217 (28,0)	
Fødestue	24 (51,1)	12 (25,5)	11 (23,4)	
Fødselsmetode				0,792
Vaginalt	373 (54,0)	128 (18,5)	190 (27,5)	
Keisersnitt	71 (54,6)	21 (16,2)	38 (29,2)	
Partner til stede på barselavdeling				0,018
Nei	343 (52,1)	118 (17,9)	197 (29,9)	
Ja	101 (62,0)	31 (19,0)	31 (19,0)	
Liggetid barsel				0,019
0-2 dager	203 (49,3)	85 (20,6)	124 (30,1)	
Over 2 dager	241 (58,9)	64 (15,6)	104 (25,4)	

5.4 Informasjon og veiledning på barsel

Kvinnene ble spurt om de hadde fått informasjon om ulike veiledningspunkter i løpet av barseloppholdet. I tabell 3 kan man se at andelen av kvinner som har fått informasjon om de ulike punktene, varierer mellom 25,3% og 54,2 %. “Hvor du kan finne hjelp med ammingen videre” er det 51,3% som har fått informasjon om.

Tabell 3. Oversikt over hva kvinnene fikk informasjon eller veiledning om under barseloppholdet (Veiledningspunkter)

Veiledningspunkt	Total* n (%)	Partner til stede på barsel **			Liggetid på barsel **		
		Til stede n (%)	Ikke til stede n (%)	P-verdi	0-2 dager n (%)	Over 2 dager n (%)	P-verdi
Hvordan gjenkjenne barnets tidlige tegn på sult	265(32,3)	54(33,1)	211(32,1)	0,795	124 (30,1)	141(34,5)	0,181
Hvordan du kan vurdere om barnet tar et godt sugetak og får i seg melk	356(43,4)	75 (46,0)	281(42,7)	0,446	165 (40)	191(46,7)	0,055
At amming ikke skal gjøre vondt	398(48,5)	81 (49,7)	317(48,2)	0,729	197 (47,8)	201(49,1)	0,703
Hvordan du kan håndmelke	444(54,1)	97 (59,5)	347(52,7)	0,120	200 (48,5)	244(59,7)	0,001
Hvordan du kan forebygge og behandle brystspreg/melkespreg	208(25,3)	52 (31,9)	156(23,7)	0,031	90 (21,8)	118(28,9)	0,021
At det kan være mulige ulemper og risiko ved bruk av tåteflaske og smokk, som kan påvirke ammingen	279(34,0)	58 (35,6)	221(33,6)	0,630	132 (32,0)	147(35,9)	0,238
Hvor mange ganger i døgnet barnet bør die	445(54,2)	98(60,1)	347(52,7)	0,090	208 (50,5)	237(57,9)	0,032
Hvor du kan finne hjelp med ammingen videre	421 (51,3)	86 (52,8)	335(50,9)	0,672	207 (50,2)	214(52,3)	0,551

*I denne tabellen vil total vise antallet (n) og andelen (%) av kvinner som fikk informasjon eller veiledning om hvert enkelt veiledningspunkt. ** I denne tabellen vises den avhengige variabelen i kolonne.

5.5 Ammehjelp etter utskrivelse

Den største andelen kvinner som hadde problemer med ammingen etter utskrivelse, tok kontakt med helsestasjonen (41,3%). Kvinnene kontaktet sykehuset med sine problemer,

utgjorde den laveste andelen (14,5%). Stort sett opplevde kvinnene å få hjelp der de henvendte seg. De fleste av kvinnene som kontaktet venner og familie (93,3%), Ammehjelpen (91,9%) og sosiale medier (91,1%), opplevde å få hjelp. En lavere andel opplevde å få hjelp på sykehuset (73,9%) og helsestasjonen (82%). Man kan også se i tabell 4 at 23,8% rapporterer ikke å ha et ammeproblem.

Tabell 4. Oversikt over hvem kvinnene tok kontakt med for å få hjelp med amming etter utskrivelse, og om de fikk hjelpen de trengte.

Hvem kvinnene tok kontakt med	Antall n (%)	Fikk hjelp n (%)	Fikk ikke hjelp n (%)
Sykehuset	119 (14,5)	88 (73,9)	31 (26,1)
Helsestasjon	339 (41,3)	278 (82,0)	61 (18,0)
Ammehjelpen	259 (31,5)	238 (91,9)	21 (8,1)
Venner og familie	283 (34,5)	264 (93,3)	19 (6,7)
Sosiale medier	124 (15,1)	113 (91,1)	11 (8,9)
Ingen	71 (8,6)		
Hadde ikke ammeproblemer	195 (23,8)		
Total *	1390 (169,3)		

*Kvinnene kan ha tatt kontakt med flere steder etter utskrivelse, total vil derfor være over 100%

5.6 Morsmelkerstatning

I spørreskjemaet ble kvinnene spurt om deres barn fikk morsmelkerstatning i løpet av de tre første levedøgnene, og 46,3 % av kvinnene rapporterte at deres barn fikk dette.

Videre i tabell 5 har man sett på ulike variablers innvirkning på om barnet har fått morsmelkerstatning eller ikke. Fylke og fødselsmetode har betydning. Av barn født i Vestfold og Telemark fikk 62, 2% morsmelkerstatning. I Rogaland fikk 24,4% av barna morsmelkerstatning. Fødselsmetode hadde stor innvirkning på bruk av morsmelkerstatning, bruken var høyere blant kvinnene som hadde utført keisersnitt.

Om partner var til stede eller ikke på barsel, påvirket ikke bruken av morsmelkerstatning. For kvinnene som lå over 2 dager på barsel, var det en betydelig høyere bruk av morsmelkerstatning.

Tabell 5. Oversikt over bruk av morsmelkerstatning (MME) i løpet av de tre første dagene etter fødsel.

	Fikk MME n (%)	Fikk ikke MME n (%)	Vet ikke n (%)	P-verdi
Total	380 (46,3)	436 (53,1)	5 (0,6)	
Alder n=818				0,227
Under 25 år	47 (46,5)	52 (51,5)	2 (2)	
25-35 år	299 (45,8)	352 (53,9)	2 (0,3)	
Over 35 år	32 (50)	31 (48,4)	1 (1,6)	
Fylke				0,000
Agder	23 (57,5)	17 (42,5)	0	
Innlandet	23 (41,1)	33 (58,9)	0	
Møre og Romsdal	14 (35,9)	25 (64,1)	0	
Nordland	17 (42,5)	23 (57,5)	0	
Oslo	101 (58,7)	70 (40,7)	1 (0,6)	
Rogaland	19 (24,4)	58 (74,4)	1 (1,3)	
Troms og Finnmark	16 (34,8)	29 (63,0)	1 (2,2)	
Trøndelag	42 (58,3)	29 (40,3)	1 (1,4)	
Vestfold og Telemark	28 (62,2)	16 (35,6)	1 (2,2)	
Vestland	24 (51,8)	68 (48,2)	0	
Viken	73 (51,8)	68 (48,2)	0	
Fødestitusjon				0,730
Fødeavdeling/kvinneklinikk	360 (46,5)	409 (52,8)	5 (0,6)	
Fødestue	20 (42,6)	27 (57,4)	0	
Fødselsmetode				0,000
Vaginalt	294 (42,5)	394 (57,0)	3 (0,4)	
Keisersnitt	86 (66,2)	42 (32,3)	2 (1,5)	
Partner til stede på barselavdelingen				0,197
Nei	313 (47,6)	342 (52,0)	3 (0,5)	
Ja	67 (41,1)	94 (57,7)	2 (1,2)	
Liggetid barselavdeling				0,000
0-2 dager	127 (30,8)	283 (68,7)	2 (0,5)	
Over 2 dager	253 (61,9)	153 (37,4)	3 (0,7)	

5.7 Ammestatus to uker etter fødsel

I tabell 6 ser man at 71,6% av kvinnene fullammet to uker etter fødselen. 20,5% rapporterte å delamme. Det vil si at totalt var det 92,1 % som fortsatt ammet.

Av kvinnene som lå 0 til 2 dager på barsel, fullammet 79,4 % etter to uker, sammenlignet med 68% av kvinnene som lå over to dager. Kvinnene som ikke hadde partner til stede, fullammet i like stor grad etter to uker som kvinner som hadde sin partner til stede.

Om det var gitt morsmelkerstatning de første tre levedøgn, innvirket på ammestatus. Der det ikke ble gitt morsmelkerstatning, hadde kvinnene større sannsynlighet (90,1%) for å fullamme enn når det ble gitt (50,3%).

Kvinnene som fikk ammeveiledning, og kvinnene som i stor grad opplevde å få hjelp med amming på barsel, hadde en større sjanse for å fullamme etter to uker.

Tabell 6. Ammestatus to uker etter fødsel.

		Total n (%)	Fullammet n (%)	Delammet n (%)	Ammet ikke n (%)	P-verdi
Totalt			588 (71,6)	168 (20,5)	65 (7,9)	
Partner på barselavdeling						0,953
	Til stede	163(19,9)	117 (71,8)	34 (20,9)	12 (7,4)	
	Ikke til stede	658(80,1)	471 (71,6)	134 (20,4)	53 (8,1)	
Liggetid barselavdeling						0,000
	0-2 dager	412 (50,2)	327 (79,4)	66 (16,0)	19 (4,6)	
	Over 2 dager	409 (49,8)	261 (63,8)	102 (24,9)	46 (11,2)	
I hvor stor grad kvinnene opplevde å få hjelp med ammingen på barselavdeling						0,000
	Stor grad	444 (54,1)	343 (77,3)	81 (18,2)	20 (4,5)	
	Nøytral	149 (18,1)	110 (73,8)	28 (18,8)	11 (7,4)	
	Liten grad	228 (27,8)	135 (59,2)	59 (25,9)	34 (14,9)	
Fått ammeveiledning på barselavdeling						0,009
	Ja	631 (76,9)	461 (73,1)	130 (20,6)	40 (6,3)	
	Nei	190 (23,1)	127 (66,8)	38 (20,0)	25 (13,2)	
Brukt morsmelkerstatning i løpet av de første tre dagene etter fødsel						0,000
	Ja	380 (46,3)	191 (50,3)	139 (36,6)	50 (13,2)	
	Nei	436 (53,1)	393 (90,1)	29 (6,7)	14 (3,2)	
	Vet ikke	5 (0,6)	4 (80,0)	0	1 (20,0)	

6 DISKUSJON

I dette kapittelet vil resultatene som ble presentert i kappen diskuteres. Resultater som allerede er diskutert i artikkelen vil ikke diskuteres her.

6.1 Diskusjon av utvalget

Da det i Norge i gjennomsnitt er 3800 førstegangsfødende i løpet av to måneder, er vår svarrespons omtrent 23% (Medisinsk fødselsregister, 2019c). Respondentene skiller seg ikke mye fra den generelle fødepopulasjonen. Blant kvinnene i studien er 79,5% mellom 25 og 35 år. Gjennomsnittsalderen for førstegangsfødende i Norge i 2019 var 29,7 år (Medisinsk fødselsregister, 2019a). Andelen av kvinner som har utført keisersnitt (15,8%), er likt andelen av keisersnitt i fødepopulasjonen i Norge (15,9%) (Medisinsk fødselsregister, 2019b). Andelen kvinner som har født på fødestue, er 5,7%. Sammenlignet med den generelle fødepopulasjonen (1,9 %) er dette noe høyere (Medisinsk fødselsregister, 2019d). Andelen fra den generelle fødepopulasjonen inkluderer kun frittstående fødestuer, noe som vil si at de største fødestuene i Norge som er lokalisert på eller i nærheten av en fødeavdeling/kvinneklinikk, er ekskludert. Andelen kvinner som har født på fødestue i denne studiens tall, inkluderer disse store fødestuene man kan derfor anta at dette forklarer noe av forskjellen.

6.2 Koronapåvirkning av ammehjelpen

Halvparten av kvinnene opplevde at ammehjelpen de fikk under sitt barselopphold, i stor grad var preget av smitteverntiltakene. Det vil si at disse kvinnene mener at hjelpen de fikk, hadde vært annerledes uten koronapandemien. Studien kan ikke si noe om endringen er negativ eller positiv, men kronikker og debatter i mediene gir inntrykk av at påvirkningen har vært negativ (Leistad Thomassen, 2020; Solheim, 2020). Imidlertid må man ta hensyn til at det oftere er de negative opplevelsene som kommer frem i mediene. Det var 20,1 % av kvinnene som var nøytrale, og 29,3 % av kvinnene syntes i liten grad at koronapandemien har preget deres barselopphold.

6.3 Opplevelse av ammehjelp på barsel

Halvparten av kvinnene opplevde i stor grad å få hjelp. Trinn fem i “Ti trinn for vellykket amming” omhandler hjelpen og veiledningen skal ha under barseloppholdet. Målet er at minst 80% av ammende mødre har blitt tilbudt hjelp med ammingen minst seks timer etter fødselen

(Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2018). Utvalget i denne studien består av førstegangs fødende, og da denne gruppen ofte har ekstra behov for støtte under ammestarten, er det bekymringsverdig at kun halvparten var fornøyd med hjelpen de fikk.

6.4 Informasjon og veiledning på barsel

I artikkelen ble det diskutert at kvinnene har fått lite veiledning og informasjon før de dro hjem fra barselavdelingen. Blant annet er det kun halvparten av kvinnene som har fått informasjon om hvor de kan finne hjelp med ammingen videre. Da kvinnene har fått mangelfull informasjon og veiledning under oppholdet, er det viktig at de vet hvor de kan få tak i hjelp videre, spesielt når flere har hatt en kortere liggetid enn normalt (McFadden et al., 2017). At kun 51,3 % visste hvor de skulle ta kontakt dersom de trengte hjelp med ammingen etter utskrivelse, er ikke i tråd med Mor-barn-vennlig standard som har som kriterium at minst 80% av mødrene ha fått informasjon om dette (Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2018).

6.5 Ammehjelp etter utskrivelse

Når kvinnen forlater sykehuset, har utskrivende avdeling ett ansvar for å forsikre seg om at hun vil få tilstrekkelig hjelp fra kommunehelsetjenesten som overtar ansvaret for mor og barn (Helsedirektoratet, 2014; Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2018). Denne studien viser at 41,3 % kontaktet helsestasjonen med et ammeproblem, men kan ikke si noe om det en større eller mindre andel enn normalt.

I henhold til anbefalingene fra Helsedirektoratet skulle man helst unngå hjemmebesøk (Helsedirektoratet, 2020). Dette kan ifølge forskning ha negativ innvirkning på om mor fullammer, spesielt ved tidlig hjemreise (Brown, Small, Argus, Davis & Krastev, 2002). Smitteverntiltak på helsestasjonen innebar at konsultasjonen helst skulle foregå over telefon. McFadden et al. (2017) fant i sin studie at ammehjelp var mest effektiv dersom den foregikk ansikt til ansikt. I starten av koronapandemien var det stadig endringer i gjennomføringen av de smitteverntiltakene som var anbefalt av Helsedirektoratet, noe som kunne føre til at oppfølgingen kunne føles uforutsigbar for kvinnene og på den måten påvirke ammingen negativt (McFadden et al., 2017). Man kan derfor anta at oppfølgingen kvinnene fikk på helsestasjonen, var påvirket.

Til sammen 31,5 % av kvinnene i studien tok kontakt med Ammehjelpen. Ammehjelpen hadde en 16% økning i pågang på sin nettside. Spesielt hadde artiklene i temaet «Ammestart» en økning på 35 % i antall treff i perioden 1. mars til 1. juli sammenlignet med 2019. I tillegg var det en større pågang på e-post, telefon og Ammehjelpsgruppen (C. Amundsen, styreleder i Ammehjelpen, personlig kommunikasjon, 13. oktober 2020). Med andre ord kan man anta at det har vært et udekket behov for støtte og veiledning blant kvinner under ammestarten.

En lavere andel av kvinnene rapporterte å ha fått god hjelp med ammingen på sykehus og helsestasjon, som primært har ansvaret for oppfølgingen av kvinner som ønsker å amme. Dette kan være på grunn av at oppfølgingen er påvirket av smitteverntiltakene som diskutert over. Til forskjell har kvinnene opplevd å få mer hjelp av den delen av ammehjelpen som baserer seg på kontakt over internett eller telefon, som for eksempel Ammehjelpen, venner og familie og sosiale medier. Dette kan forklares ved at disse kan kontaktes hjemmefra og derfor ikke har måttet gjøre noen endringer i oppfølgingen som gis, på grunn av smitteverntiltak. De kan derfor ha klart å gi personlig tilpasset støtte og veiledning som normalt.

6.6 Morsmelkerstatning

Resultatene viser at fødselsmetode har hatt innvirkning på om barnet fikk morsmelkerstatning. Dette kommer også frem i tidligere forskning (Biro et al., 2011). Da barn som har vært innlagt på nyfødtintensiv er ekskludert fra utvalget, burde det ikke være medisinsk grunnlag for at selv de som er forløst med keisersnitt, skal ha morsmelkerstatning. Når partner ikke får lov til å være til stede på postoperativ avdeling, er det da heller ingen som kan passe barnet hos mor. Det er derfor nærliggende å tro at disse barna har tilbrakt tiden mor var på postoperativ avdeling ved barselavdelingen. Denne separasjonen av mor og barn i de første timene etter keisersnittet, øker sjansene for at barnet får morsmelkerstatning (Biro et al., 2011).

Partners tilstedeværelse på barselavdelingen ser ikke ut til å ha betydning for bruken av morsmelkerstatning. Man kan da anta at det ikke er dette smitteverntiltaket som forklarer den økte bruken under koronapandemien. Dette skilte seg fra forventningene om at manglende muligheter for avlastning og hjelp fra partner ville føre til at flere kvinner ga morsmelkerstatning for å få hvile seg.

Kort liggetid førte ikke til høyere bruk av morsmelkerstatning. Derimot hadde en større andel av kvinnene som lå over to dager gitt morsmelkerstatning. Dette kan være fordi årsaken til at de har ligget lenger er en medisinsk problemstilling hos mor eller barn, og det derfor er gitt på medisinsk grunnlag.

6.7 Ammestatus to uker etter fødsel

På tross av at kvinnene som lå kort tid på barselavdeling, opplevde å få mindre hjelp med amming og fikk mindre informasjon enn kvinnene som lå over to dager, ser man at det er en større andel som fullammer blant de førstnevnte. Som nevnt i artikkelen kan en av forklaringene på dette være at blant kvinnene som lå lenger, vil det være medisinske grunner som kan føre til ammeutfordringer. En annen forklaring kan være at kvinnene har fått bedre hjelp etter utskrivelse enn på sykehuset. Da kun 23,8% av kvinnene rapporterte at de ikke hadde ammeproblemer etter utskrivelse, kan man tenke seg at det ikke var ammehjelpen de fikk på barselavdelingen som hadde utslag på ammestatus. Dette understøttes av funnene som er presentert tidligere i oppgaven, om at kvinnene stort sett var fornøyd med ammehjelpen de fikk etter utskrivelse.

Kvinnene som opplevde å få god hjelp med ammingen på barsel, fullammet i større grad to uker etter fødsel. At kvinner som føler seg støttet og hjulpet med amming har større sjanse for å fullamme, er godt dokumentert i tidligere forskning (McFadden et al., 2017).

At ammestatusen er påvirket av om kvinnene har fått ammeveiledning, er ikke et overraskende funn, da det er bred enighet om viktigheten av dette (McFadden et al., 2017; Rollins et al., 2016). Ammeveiledning til minst 80% av kvinnene på barsel er derfor et mål i Mor-barn-vennlig standard (Nasjonale kompetansetjeneste for amming, 2018).

Morsmelkerstatning er den faktoren som har hatt størst betydning for ammestatusen i denne studien. Når man ser at bare halvparten av kvinnene som har gitt morsmelkerstatning, fullammer etter to uker, er det urovekkende at bruken av morsmelkerstatning har vært så høy under koronapandemien.

6.8 Metode diskusjon

Det er en noen potensielle svakheter forbundet med tverrsnittdesign som metode. Blant annet er det i liten grad mulighet til å se årsakssammenhenger (Wang & Cheng, 2020). I studien er det derfor brukt resultater fra andre studier for å sammenligne. En annen svakhet kan være utvalgsskjevhet (Ringdal, 2018). Da denne studien benyttet ikke-sannsynlighetsutvelging, kan generaliserbarheten være påvirket, dette har blitt veid opp for med et stort antall respondenter.

Da spørreskjemaet som er brukt i denne studien, er utarbeidet av forskerne selv, kan validiteten være påvirket. Når et spørreskjema ikke er validert, er det en usikkerhet rundt om spørsmålene gir svar på det man ønsker å måle (Polit & Beck, 2017). Spørreskjemaet er derfor utarbeidet rundt «Ti trinn for vellykket amming», da dette er et verktøy som brukes til å kvalitetssikre ammehjelpen i Norge. På denne måten kunne man sikre at begrepene som ble brukt, var standardiserte. Nasjonal kompetansetjeneste for amming var i tillegg med på utarbeidelsen, og det ble gjennomført pilottest før spørreskjemaet ble lagt ut.

Spørreskjemaet inneholdt stort sett obligatoriske spørsmål. Dette kan ha ført til at kvinner har blitt tvunget til å velge et svaralternativ som ikke passer, hvis disse ikke er uttømmende (Haraldsen, 1999). På de fleste spørsmålene er det mulig å svare “vet ikke” eller “husker ikke”. Men det kom tilbakemeldinger på at flervalgsspørsmålet “Fikk du veiledning om følgende før du dro fra sykehuset?” ikke inneholdt svaralternativet “Ingen av de overnevnte”. Dette kan ha påvirket resultatene, men man kan anta at det kun er snakk om en liten andel av kvinnene som ikke har fått veiledning på noen av punktene før de dro hjem fra sykehuset.

I spørreundersøkelser er det en alltid en mulighet for at respondenten ikke husker svaret på spørsmålet (Eberhard-Gran, 2017). Da denne undersøkelsen ble gjort så kort tid etter det man spør om, er det en mindre sjanse for dette. Kvinner husker ofte sin egen fødsel og barseltid godt (Simkin, 1991). I tillegg har kvinnene i denne undersøkelsen født under en periode som er unik, noe som kan bidra til at detaljene huskes enda bedre.

Denne studiens design har begrensninger i hvor utdypende svar man kan få om kvinnenes opplevelse av ammestart under koronapandemien. Derfor kunne et kvalitativt design eller muligheter for å skrive fritekst i spørreskjema gitt mer informasjon.

7 KONKLUSJON

Koronapandemien ser ut til å ha preget ammehjelpen førstegangsfødende har fått i sin barselperiode. Ammehjelpen har ikke vært etter Mor-barn-vennlig standard. Man kan derfor anta at smitteverntiltakene under koronapandemien har hatt negativ innvirkning på den hjelpen de har fått.

Kvinnene har fått mangelfull veiledning og informasjon på barselavdelingen, og man ser en høyere bruk av morsmelkerstatning enn normalt. Kvinnene har stort sett vært fornøyd med den hjelpen de har fått av kommunehelsetjenesten, men kvinnene har også i stor grad benyttet seg av hjelp fra lekfolk eller andre forum som ikke er en del av helsevesenet, som for eksempel Ammehjelpen, sosiale medier, venner og familie.

Andelen kvinner som fullammer to uker etter fødsel i denne studien, er lavere enn i den generelle fødepopulasjonen i Norge. Studien kan ikke konkludere med at dette kun er på grunn av koronapandemien, men man ser at den økte bruken av morsmelkerstatning i dette utvalget har hatt stor innvirkning på andelen som fullammer.

Denne studien viser at det bør være ett større fokus på å opprettholde Mor-barn-vennlig standard under utarbeidelse av videre eller fremtidige smitteverntiltak i barselomsorgen.

For å kunne kartlegge kvinners behov for ammehjelp under strenge smitteverntiltak videre trengs det forskning på deres erfaringer fra denne tiden. Det kan derfor være hensiktsmessig med kvalitativ forskning på dette feltet.

Siden denne studien kun følger kvinnene de to første ukene etter fødsel, hadde det vært av interesse å studere nærmere hvordan deres videre ammeforløp blir.

REFERANSELISTE

- Alquist, R. & Strømsnes, H. (2016). *Amming: En håndbok for helsepersonell* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Beake, S., Pellowe, C., Dykes, F., Schmied, V. & Bick, D. (2012). A systematic review of structured compared with non-structured breastfeeding programmes to support the initiation and duration of exclusive and any breastfeeding in acute and primary health care settings. *Maternal & Child Nutrition*, 8(2), 141-161. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2011.00381.x>
- Binnie, E. S., Reinart, L. M. & Venheim, M. A. (2017). Barselomsorg. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 593-607). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Biro, M. A., Sutherland, G. A., Yelland, J. S., Hardy, P. & Brown, S. J. (2011). In-Hospital Formula Supplementation of Breastfed Babies: A Population-Based Survey. *Birth*, 38(4), 302-310. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2011.00485.x>
- Brown, S., Small, R., Argus, B., Davis, P. G. & Krastev, A. (2002). Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002958>
- Chowdhury, R., Sinha, B., Sankar, M. J., Taneja, S., Bhandari, N., Rollins, N., ... Martines, J. (2015). Breastfeeding and maternal health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104(S467), 96-113. <https://doi.org/10.1111/apa.13102>
- Davidson, E. L. & Ollerton, R. L. (2020). Partner behaviours improving breastfeeding outcomes: An integrative review. *Women and Birth*, 33(1), e15-e23. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.05.010>
- Departementene. (2017). *Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017-2021) Sunt kosthold, måltidsglede og god helse for alle!* Oslo. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-handlingsplan-for-bedre-kosthold-20172021/id2541870/>
- Eberhard-Gran, M. (2017). *Spørreskjema som metode: For helsefagene*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Folkehelseinstituttet. (2020a, 30.3). Fakta om covid-19-utbruddet. Hentet 28.4 2020 fra <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/fakta-og-kunnskap-om-covid-19/fakta-om-covid-19-utbruddet/?term=&h=1>
- Folkehelseinstituttet. (2020b, 8.6). Råd og informasjon for gravide og ammende. Hentet 10.6 2020 fra <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/fakta/rad-for-gravide-og-ammende/?term=&h=1>
- Folkehelseinstituttet. (2020c). *Spedkost 3. Landsomfattende undersøkelse av kostholdet blant spedbarn i Norge, 6 måneder*. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2020/kostholdsundersokelser/spedkost-3---barn-6-mnd-alder.pdf>
- Haraldsen, G. (1999). *Spørreskjemametodikk: Etter kokebokmetoden*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Helsedirektoratet. (2014). *Nytt liv og trygg barseltid for familien: Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen* (IS-2057). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen>
- Helsedirektoratet. (2020, 9.6). Koronavirus – beslutninger og anbefalinger. Hentet 9. juni 2020 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus>
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2008-06-20-44>

- Häggkvist, A.-P., Brantsæter, A. L., Grjibovski, A. M., Helsing, E., Meltzer, H. M. & Haugen, M. (2010). Prevalence of breast-feeding in the Norwegian Mother and Child Cohort Study and health service-related correlates of cessation of full breast-feeding. *Public Health Nutrition*, 13(12), 2076-2086.
<https://doi.org/10.1017/S1368980010001771>
- Høyer, K. (2011). Vad er teori, og hvordan forholder teori sig til metode? I L. Koch & S. Vallgård (Red.), *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* (4. utg.). København: Munksgaard.
- Ip, S., Chung, M., Raman, G., Chew, P., Magula, N., DeVine, D., ... Lau, J. (2007). *Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries* (Evidence Report Technology Assessments nr 153). Hentet fra <https://www.aeped.es/sites/default/files/1-outcomes.pdf>
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Leistad Thomassen, A. (2020, 02.09). Å bli mor under en pandemi. *Dagsavisen*. Hentet fra <https://www.dagsavisen.no/debatt/a-bli-mor-under-en-pandemi-1.1766957>
- McFadden, A., Gavine, A., Renfrew, M. J., Wade, A., Buchanan, P., Taylor, J. L., ... MacGillivray, S. (2017). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD001141.pub5>
- McIntosh, K. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Epidemiology, virology, and prevention. I M. S. Hirsch (Red.), *UpToDate*. Waltham: UpToDate.
- Medisinsk fødselsregister. (2019a). *F3b: Mors gjennomsnittsalder etter paritet* Folkehelseinstituttet. Hentet fra <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Medisinsk fødselsregister. (2019b). *F10c-2: Keisersnitt utført* Folkehelseinstituttet. Hentet fra <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Medisinsk fødselsregister. (2019c). *Fødte og fødler per år og måned* Folkehelseinstituttet. Hentet fra <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Medisinsk fødselsregister. (2019d). *Is1: Enkelt- og flerfødler¹* Folkehelseinstituttet. Hentet fra <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Medisinsk fødselsregister. (2019e). *Is10: Mors ligge-tid etter fødselen* Folkehelseinstituttet. Hentet fra <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C. & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>
- Moore, E. R. & Coty, M. B. (2006). Prenatal and Postpartum Focus Groups With Primiparas: Breastfeeding Attitudes, Support, Barriers, Self-efficacy, and Intention. *Journal of Pediatric Health Care*, 20(1), 35-46.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2005.08.007>
- Nasjonal kompetansetjeneste for amming. (2018). *Mor-barn-vennlig standard (MBV). Ti trinn for vellykket amming*. Oslo. Hentet fra <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Nasjonale-kompetansetjeneste-for-amming/Documents/Ti%20trinn%20for%20vellykket%20amming%202020-02-12.pdf>
- Nasjonal kompetansetjeneste for amming. (2019). *Mor-barn-vennlig standard (MBV)*. Hentet 15.09.2020 fra <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonale-kompetansetjeneste-for-amming-nka/mor-barn-vennlig-standard-mbv>
- Nasjonal kompetansetjeneste for amming. (2020). *Om Nasjonal kompetansetjeneste for amming*. Hentet 15.09.2020 fra <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og->

[forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonal-kompetansetjeneste-for-amming-nka#om-nasjonal-kompetansetjeneste-for-amming](#)

- Ness Hansen, M. (2017). Brystets anatomi og fysiologi. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Pérez-Escamilla, R., Martínez, J. L. & Segura-Pérez, S. (2016). Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: A systematic review. *Maternal & Child Nutrition*, 12(3), 402-417. <https://doi.org/10.1111/mcn.12294>
- Pisacane, A., Continisio, G. I., Aldinucci, M., Amora, S. & Continisio, P. (2005). A Controlled Trial of the Fathers Role in Breastfeeding Promotion. *Pediatrics*, 116(4), e494. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-0479>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Ringdal, K. (2018). *Enhet og mangfold: Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajebehoy, N., Horton, S., Lutter, C. K., Martines, J. C., ... Victora, C. G. (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet*, 387(10017), 491-504. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2)
- Simkin, P. (1991). Just Another Day in a Woman's Life? Women's Long-Term Perceptions of Their First Birth Experience. Part I. *Birth*, 18(4), 203-210. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1991.tb00103.x>
- Solheim, M. (2020, 09.10). Fødsel under pandemi: Marlene (25) føler ho blei frårøva den største opplevinga i livet. NRK. Hentet fra <https://www.nrk.no/trondelag/fodsel-under-pandemi-marlene-25-foler-ho-blei-frarova-den-storste-opplevinga-i-livet-1.15167440>
- Uvnäs-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Buckley, S., Massarotti, C., Pajalic, Z., Luegmair, K., ... Dencker, A. (2020). Maternal plasma levels of oxytocin during breastfeeding; A systematic review. *PloS one*, 15(8), e0235806. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235806>
- 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, X. & Cheng, Z. (2020). Cross-Sectional Studies: Strengths, Weaknesses, and Recommendations. *Chest*, 158(1), S65-S71. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.03.012>
- World Health Organization. (1981). *International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes*. Geneva: World Health Organization. Hentet fra <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40382/9241541601.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (1998). *Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding*. Geneva: World Health Organization. Hentet fra https://www.who.int/nutrition/publications/evidence_ten_step_eng.pdf
- World Health Organization. (2017). *Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services*. Geneva: World Health Organization. Hentet fra <https://www.who.int/publications-detail/9789241550086>
- World Health Organization. Regional Office for Europe. (2007). *Fatherhood and health outcomes in Europe*. I. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

AMMESTART UNDER EN GLOBAL PANDEMI

Sammendrag

Bakgrunn: Amming og morsmelk har en rekke helsefordeler for mor og barn. For at kvinner skal få til ammingen, er det viktig med støtte fra partner og at helseinstitusjonen har en strukturert og positiv tilnærming til amming. Mor-barn-vennlig standard er et kvalitetsmål for barselomsorgen i Norge, og smitteverntiltakene som ble innført under koronapandemien, kan ha påvirket hvordan ammehjelpen ble gjennomført på barselavdelingen.

Hensikt: Vi ønsket å undersøke om smitteverntiltakene som ble innført under koronapandemien, har hatt innvirkning på ammehjelpen førstegangsfødende har fått, og om dette har påvirket ammestarten.

Metode: Vi gjorde en deskriptiv tverrsnittstudie med et elektronisk spørreskjema utviklet for denne studien.

Resultater: Til sammen ble 821 kvinner inkludert i analysene. Av disse opplevde halvparten å få god ammehjelp. Kvinnene i studien hadde fått lite informasjon og veiledning sammenlignet med det som er forventet fra en Mor-barn-vennlig avdeling. Partners tilstedeværelse hadde ikke innvirkning på informasjonen kvinnene fikk. De som lå over to dager på barselavdeling, fikk mer informasjon og veiledning. Nesten halvparten av kvinnene hadde gitt morsmelkerstatning på barsel. Dette er flere sammenlignet med tall fra norske undersøkelser av spedbarns kosthold. Omtrent 70% av kvinnene i studien fullammet to uker etter fødsel.

Konklusjon: Smitteverntiltakene har hatt en negativ innvirkning på hjelpen førstegangsfødende fikk med amming i løpet av barseltiden. I tillegg ser vi at det har vært en høyere bruk av morsmelkerstatning, noe som kan føre til at færre kvinner fullammer og lengde på ammeperioden reduseres. Andelen som fullammer to uker etter fødsel, er lavere enn den generelle fødepopulasjonen, men studien kan ikke konkludere med at dette har sammenheng med smitteverntiltakene. Videre forskning burde se på hvordan det går med disse kvinnene videre i ammeforløpet, for å kunne forstå hvilke konsekvenser smitteverntiltakene har hatt på lang sikt.

Nøkkelord: Amming, Coronavirus, Tverrsnittstudier, Smittevern, Pandemier

Introduksjon

Det er i dag bred faglig enighet rundt viktigheten av amming og morsmelk, for barnets og mors helse (1-3). World Health Organization (WHO) anbefaler derfor mødre å gi barnet sitt kun morsmelk de første seks månedene, og å fortsette ammingen ved siden av fast føde, til barnet er to år eller lengre (4).

Amming er en fysiologisk prosess som er påvirket av hormonelle endringer i graviditet og etter fødsel. Det er også en ferdighet som må læres. Mors motivasjon og tillit til egen ammeevne har stor innvirkning på hvordan det går med ammingen, og dette påvirkes igjen av holdninger og kunnskap i samfunnet, familien til kvinnen og helseinstitusjonen (5). Den støtten og hjelpen en kvinne får påvirker hvor lenge, og hvor mye hun ammer (6). Effektiv støtte og hjelp inkluderer informasjon, positiv bekreftelse og veiledning til å takle spesifikke ammeproblemer (6).

Partner kan påvirke ammestart og lengde på ammeforløp ved å gi praktisk hjelp, oppmuntre til amming, dele på kunnskaper og å være oppmerksom på kvinnens behov. Når kvinnen og partneren samarbeider om å få til ammingen får kvinnen mer kontroll over eget ammeforløp og større tiltro til egen ammeevne (7).

Helseinstitusjoner har en unik rolle i å fremme amming, da det ofte er her kvinner tilbringer de første dagene med sitt nyfødte barn. Derfor er det en anbefaling i retningslinje for barselomsorgen at mor får være på barselavdelingen til ammingen er etablert, eller at tilbudet om hjelp fra kommunehelsetjenesten er tilgjengelig (8). Tidlig hjemreise for mor og barn har ikke negativ effekt på ammingen, så lenge kvinnen får tilbud om minst ett hjemmebesøk (9).

Mor-barn-vennlig standard er et globalt initiativ startet av WHO og UNICEF i 1989 for å fremme amming og tidlig tilknytning mellom mor og barn (10). Initiativet ble innført i Norge i 1993, og er i dag kvalitetsstandard for føde- og barselavdelinger etter anbefaling fra Helsedirektoratet (8;11). Mor-barn-vennlig standard består av «Ti trinn for vellykket amming», som er punkter som må innføres i en helseinstitusjon for at den skal kunne kalle seg

Mor-barn-vennlig. De to første trinnene er administrative krav, og de neste åtte er krav til klinisk praksis (12). Flere studier har funnet at Mor-barn-vennlig standard øker andelen kvinner som ammer (13;14).

Ti trinn for vellykket amming

Trinn 1a: Følg WHO-koden for markedsføring av morsmelkerstatning og tilskuddsblandinger og relevante resolusjoner fra Verdens helseforsamling

Trinn 1b: Ha en skriftlig ammeprosedyre som rutinemessig formidles til helsepersonell og foreldre

Trinn 1c: Etablere kontinuerlig evaluering av Mor – barn - vennlig standard i sykehusets eget kvalitetssystem

Trinn 2. Sikre at personalet har tilstrekkelig og oppdatert kunnskap, kompetanse og ferdigheter for å støtte amming

Trinn 3. Samtale med gravide og deres familier om hvorfor det er viktig å amme og hvordan få dette til

Trinn 4. Sørg for at mor og barn kan ha uforstyrret hud – mot - hud kontakt og støtte mødrene i å komme i gang med ammingen så snart som mulig etter fødselen

Trinn 5. Veilede mødrene i å etablere og opprettholde amming, og til å håndtere vanlige ammeproblemer

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

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

Trinn 8. Veilede mødrene i å kjenne igjen og svare på barnets tegn på sult

Trinn 9. Veilede mødrene om mulige ulemper og risiko ved bruk av tåteflaske og smokk, som kan påvirke ammingen

Trinn 10. Planlegge utreise ved å etablere kontakt med kommunehelsetjenesten, slik at foreldre og deres nyfødte sikres kontinuerlig støtte og hjelp

Boks 1. Ti trinn for vellykket amming(12).

I januar 2020 ble det påvist et nytt koronavirus i Kina, som fikk navnet Sars-CoV-2, og spredte seg raskt til andre deler av verden. Den 12.mars 2020 erklærte WHO utbruddet som en pandemi (15). Det ble raskt innført omfattende og inngripende smitteverntiltak i Norge generelt og på helseinstitusjoner spesielt for å begrense smitten (16). I føde- og barselomsorgen var Helsedirektoratets anbefalinger at partner kun fikk være til stede under aktiv fødsel, og to timer etter. Dette betydde at barselavdelingene var anbefalt å ikke tillate partner å være tilstede. En annen anbefaling var å gjøre oppholdet ved barselavdelingen så kort

som mulig, helst 0-48 timer. Dette vil for førstegangsfødende være et kortere barselopphold enn normalt, og man kan ikke forvente at ammingen er etablert i en så tidlig fase (17). I tillegg ble det lagt føringer for en rekke smitteverntiltak på avdelingene, med økt fokus på desinfisering, isolering av smittede og generelt endringer i daglige rutiner (16). Alle disse endringene kan ha ført til en økt arbeidsbelastning for de som jobbet på avdelingene, noe som videre kan ha påvirket tiden de ansatte hadde med hver enkelt kvinne. Situasjonen vi er i nå kan gjenta seg, og vi vet ikke hvor lenge den vil fortsette. Derfor er det verdifullt å vite om endringene som ble gjort har hatt innvirkning på kvinnenenes ammestart, for å kunne bruke disse erfaringene til å forbedre dagens praksis.

Hensikten med studien

Hensikten med studien har vært å undersøke hva som har skjedd med ammehjelpen i barselomsorgen mens smitteverntiltakene var på det strengeste. Følgende forskningsspørsmål ble formulert: «Har smitteverntiltakene under koronapandemien påvirket hjelpen førstegangsfødende fikk med amming, og hvordan har det gått med ammestarten?»

Metodedel

Studien er en kvantitativ tverrsnittstudie. Den ble gjennomført som en nettbasert spørreundersøkelse.

Utvalg

Populasjonen bestod av førstegangsfødende som hadde født i Norge mellom 12.mars og 12.mai 2020. Vi ekskluderte kvinner med barn som hadde ligget på nyfødtintensiv, og kvinner som ikke fødte til termin.

Datainnsamlingsmetode

Data ble samlet inn ved hjelp av Universitetet i Oslo (UiO) sitt Nettskjema. Vi fant ingen tidligere utviklede spørreskjemaer som passet til kartleggingen. Spørreskjemaet er derfor utarbeidet spesielt for denne undersøkelsen.

I utarbeidelsen av spørreskjemaet, hentet vi inspirasjon fra ett tidligere spørreskjema om ammeveiledning og ammeproblemer (18). Mor-barn-vennlig standard er kvalitetsmålet på de

fleste sykehus, og vi valgte derfor å bruke «Ti trinn for vellykket amming» til å styre spørsmålene. Vi fikk innspill fra Nasjonal kompetansetjeneste for amming underveis i prosessen. Det ble utført en pilottest blant kvinner som oppfylte inklusjonskriteriene helt eller delvis, for å sikre oss at spørreskjemaet var forståelig og hadde uttømmende svaralternativer. Tilbakemeldingene førte til at vi la til forklarende tekst til enkelte spørsmål og svaralternativer på andre.

Oppbygningen av spørsmålene i spørreskjema var kronologisk fra fødsel til tiden etter hjemkomst fra barselavdeling. Kvinnene fikk mellom 27-38 spørsmål, da noen av spørsmålene var filterspørsmål. Svaralternativene varierte mellom likertskalaer, enkelt svar og flervalg.

Da vi ønsket å innhente informasjon fra disse kvinnene mens smitteverntiltakene ennå pågikk, ville vi få spørreskjema ut raskt. Det var derfor mest hensiktsmessig å benytte et bekvemmelighetsutvalg. Et bekvemmelighetsutvalg innebærer at det rekrutteres respondenter ut fra hvem som er tilgjengelig (19). Vi ønsket å få så mange respondenter som mulig, for å kunne gjøre funnene generaliserbare, derfor rekrutterte vi gjennom sosiale medier. Ifølge IPSOS bruker rundt 90 % av kvinner mellom 18 og 39 år Facebook, og 82% av brukerne rapporterer at de bruker kanalen daglig (20). Vi la ut spørreskjemaet i Facebookgrupper som henvender seg til mødre. Blant disse var «Mammaklubb for bra damer» med over 19000 medlemmer og «Ammehjelpsgruppen» som har over 32 000 medlemmer. Skjemaet lå ute mellom 26. mai og 26. juni.

Analyse

Datamaterialet ble analysert i IBM SPSS Statistics versjon 27. Vi benyttet deskriptive analyser som frekvens- og krysstabeller. Studien hadde kun kategoriske data, og resultatene er presentert i antall og prosent. På krysstabeller er det benyttet kjikvadrattest for å teste forskjellene mellom grupper, og signifikansnivå er satt til 0,05. I tillegg har vi laget multiple response-sett på flervalgsspørsmål for å kunne utføre analyser på disse.

Etiske overveielser

UiO Nettskjema er anonymt, og det registrerer ikke IP-adresser. For sikre at respondentene ikke skulle bli identifiserbare hadde vi ingen åpne felter for fritekst, og

bakgrunnsopplysningene var kategoriske og holdt til et minimum. Svar på spørreskjema ble ansett som samtykke til å være med i studien. Prosjektet er ikke meldepliktig hos Norsk senter for forskningsdata eller Regional Etisk Komité.

Resultater

I alt 882 kvinner svarte på undersøkelsen, av disse ble 61 fjernet fra datasettet på bakgrunn av eksklusjonskriteriene, og 821 ble inkludert i analysene. Blant kvinnene i studien er 79,5% mellom 25 og 35 år. Det var respondenter fra alle landets fylker. Flest respondenter fikk vi fra fylker med store fødeinstitusjoner og høy befolkningstetthet. De fleste kvinnene fødte på fødeavdeling/kvinneklinikk (94,3%), og andelen av kvinner som fikk utført keisersnitt er 15,8%. 19,9 % av kvinnene rapporterte å ha hatt partner til stede under barseloppholdet. Halvparten av kvinnene dro hjem fra barselavdelingen innen 48 timer.

Tabell 1. Beskrivelse av utvalget.

	n (%)
Mors alder	
Under 25 år	101(12,3)
25-35 år	653 (79,5)
Over 35 år	64 (7,8)
Missing	3 (0,4)
Fylke	
Agder	40(4,9)
Innlandet	56 (6,8)
Møre og Romsdal	39 (4,8)
Nordland	40 (4,9)
Oslo	172 (21,0)
Rogaland	78 (9,5)
Troms og Finnmark	46 (5,6)
Trøndelag	72 (8,8)
Vestfold og Telemark	45 (5,5)
Vestland	92 (11,2)
Viken	141 (17,2)
Fødeinstitusjon	
Fødeavdeling/kvinneklinikk	774(94,3)
Fødestue	47 (5,7)
Fødselsmetode	
Vaginalt	691 (84,2)
Keisersnitt	130 (15,8)
Partner til stede på barselavdeling	
Nei	658 (80,1)
Ja	163 (19,9)
Liggetid barsel	
0-2 dager	412 (50,2)
Over 2 dager	409 (49,8)

Opplevelse av ammehjelp på barsel

Vi spurte kvinnene om i hvilken grad de opplevde å få hjelp med det de lurte på rundt ammingen på barsel. De som hadde partner til stede på barsel, opplevde i større grad å få hjelp, enn de som ikke hadde med partneren. Kvinnene som lå kort tid på barsel, opplevde i mindre grad å få hjelp, enn de som lå lenger. Det var signifikante forskjeller mellom fylkene på kvinnenes opplevelse av hjelp med amming. Møre og Romsdal er fylket hvor størst andel av kvinnene i stor grad opplevde å få hjelp (66,7%), mens Oslo har den laveste andelen (40,7%).

Tabell 2. I hvor stor grad kvinnene opplevde å få hjelp med amming på barselavdelingen.

	Stor grad n (%)	Nøytral n (%)	Liten grad n (%)	P-verdi
Totalt	444 (54,1)	149 (18,1)	228 (27,8)	
Mors alder n=818				0,726
Under 25 år	58 (55,4)	19 (18,8)	26 (25,7)	
25-35 år	352 (53,9)	122 (18,7)	179 (27,4)	
Over 35 år	35 (54,7)	8 (12,5)	21 (32,8)	
Fylke				0,022
Agder	19 (47,5)	10 (25,0)	11 (27,5)	
Innlandet	34 (60,7)	7 (12,5)	15 (26,8)	
Møre og Romsdal	26 (66,7)	3 (7,7)	10 (25,6)	
Nordland	22 (55,0)	12 (30,0)	6 (15,0)	
Oslo	70 (40,7)	34 (19,8)	68 (39,5)	
Rogaland	45 (57,7)	13 (16,7)	20 (25,6)	
Troms og Finnmark	26 (56,5)	11 (23,9)	9 (19,6)	
Trøndelag	38 (52,8)	14 (19,4)	20 (27,8)	
Vestfold og Telemark	27 (60,0)	9 (20,0)	9 (20,0)	
Vestland	53 (57,6)	11 (12,0)	28 (30,4)	
Viken	84 (59,6)	25 (17,7)	32 (22,7)	
Fødestasjon				0,382
Fødeavdeling/kvinneklinikk	420 (54,3)	137 (17,7)	217 (28,0)	
Fødestue	24 (51,1)	12 (25,5)	11 (23,4)	
Fødselsmetode				0,792
Vaginalt	373 (54,0)	128 (18,5)	190 (27,5)	
Keisersnitt	71 (54,6)	21 (16,2)	38 (29,2)	
Partner til stede på barselavdeling				0,018
Nei	343 (52,1)	118 (17,9)	197 (29,9)	
Ja	101 (62,0)	31 (19,0)	31 (19,0)	
Liggetid barsel				0,019
0-2 dager	203 (49,3)	85 (20,6)	124 (30,1)	
Over 2 dager	241 (58,9)	64 (15,6)	104 (25,4)	

Veiledningspunkter på barsel

Tabell 3 viser i hvilken grad kvinnene fikk informasjon relatert til «Ti trinn for vellykket amming». Tallene viser i hovedsak at kvinnene har fått lite veiledning. Veiledningspunktet som flest har fått informasjon om er «Hvor mange ganger barnet bør die», der 54,2 % rapporterer å ha hørt dette. Kun 25,3% av kvinnene hadde fått informasjon om «Hvordan du kan forbygge og behandle brystspreg/melkespreg». Dette var det eneste veiledningspunktet der vi så en signifikant forskjell mellom kvinnene som hadde med partner eller ikke. Liggetid hadde noe innvirkning; blant kvinnene som lå mellom null til to dager, hadde en lavere andel fått informasjon om «Hvordan du kan håndmelke», «Hvordan du kan forebygge og behandle brystspreg/melkespreg» og «Hvor mange ganger i døgnet barnet bør die».

Tabell 3. Oversikt over hva kvinnene fikk informasjon og veiledning om under barseloppholdet (Veiledningspunkter)

Veiledningspunkt	Total* n (%)	Partner til stede på barsel **			Liggetid på barsel **		
		Til stede n (%)	Ikke til stede n (%)	P- verdi	0-2 dager n (%)	Over 2 dager n (%)	P-verdi
Hvordan gjenkjenne barnets tidlige tegn på sult	265(32,3)	54(33,1)	211(32,1)	0,795	124 (30,1)	141(34,5)	0,181
Hvordan du kan vurdere om barnet tar et godt sugetak og får i seg melk	356(43,4)	75 (46,0)	281(42,7)	0,446	165 (40)	191(46,7)	0,055
At amming ikke skal gjøre vondt	398(48,5)	81 (49,7)	317(48,2)	0,729	197 (47,8)	201(49,1)	0,703
Hvordan du kan håndmelke	444(54,1)	97 (59,5)	347(52,7)	0,120	200 (48,5)	244(59,7)	0,001
Hvordan du kan forebygge og behandle brystspreg/melkespreg	208(25,3)	52 (31,9)	156(23,7)	0,031	90 (21,8)	118(28,9)	0,021
At det kan være mulige ulemper og risiko ved bruk av tåteflaske og smokk, som kan påvirke ammingen	279(34,0)	58 (35,6)	221(33,6)	0,630	132 (32,0)	147(35,9)	0,238
Hvor mange ganger i døgnet barnet bør die	445(54,2)	98(60,1)	347(52,7)	0,090	208 (50,5)	237(57,9)	0,032
Hvor du kan finne hjelp med ammingen videre	421 (51,3)	86 (52,8)	335 (50,9)	0,672	207 (50,2)	214(52,3)	0,551

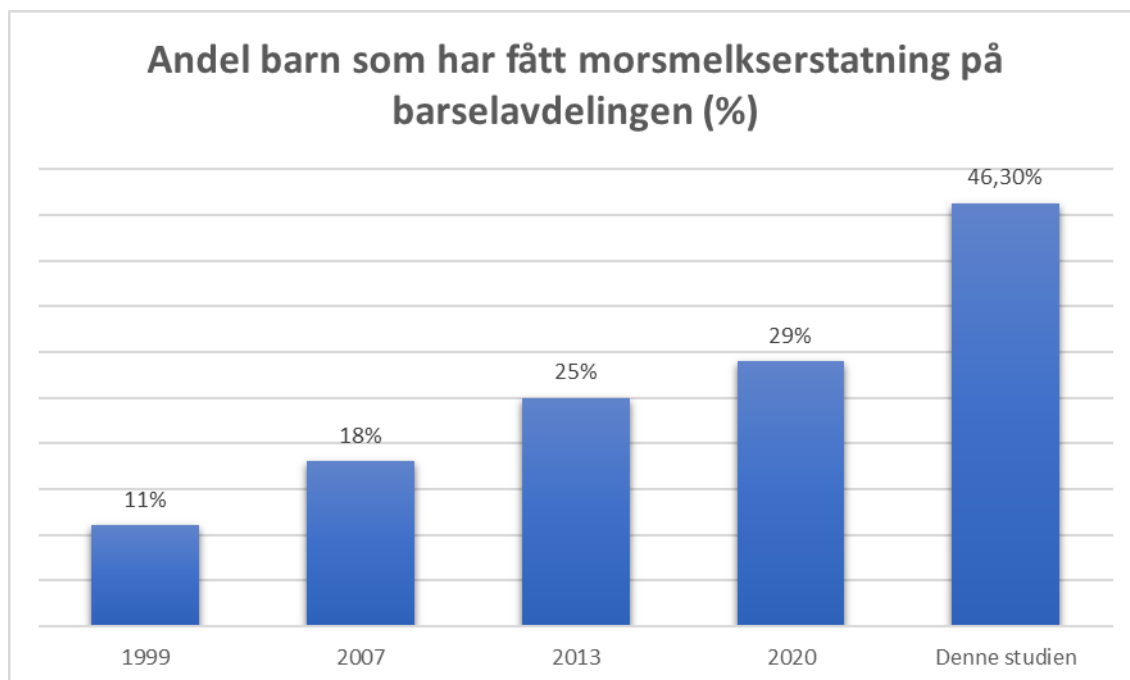
*I denne tabellen vil total vise antallet(n)og andelen (%) av kvinner som fikk informasjon om hvert enkelt veiledningspunkt.

** I denne tabellen vises den avhengige variabelen i kolonne.

Bruk av morsmelkerstatning

Blant kvinnene i studien svarte 46,3 % at deres barn fikk morsmelkerstatning i løpet av de tre første levedøgnene. Sammenlignet med landsomfattende undersøkelser av spedbarns kosthold gjort i 1999, 2007, 2013 og 2020, er dette en økning i bruken av morsmelkerstatning.

Fødestuer hadde like høy bruk av morsmelkerstatning (42,6%) som kvinneklinikker/fødeavdelinger (46,5%) (Ikke i tabell).

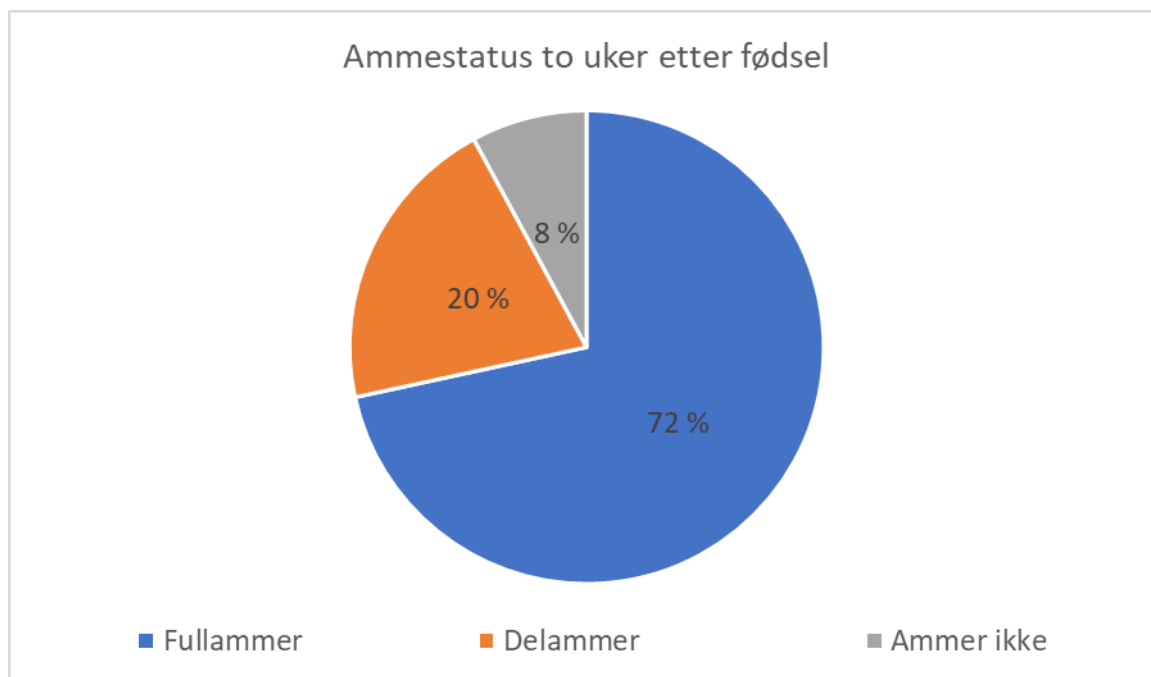


Figur 1. Andel barn som har fått morsmelkerstatning de tre første levedøgn. Tall fra landsomfattende undersøkelser av spedbarns kosthold fra 1999, 2007, 2013, 2020, samt denne studien(21-24).

Ammestatus to uker etter fødsel

Kvinnene ble spurt om hvordan det gikk med ammingen to uker etter fødselen. 92 % rapporterte at de ammet fortsatt. Av disse var det 72% som fullammet.

Ammestatus var lik mellom kvinnene som hadde med partner og kvinnene som ikke hadde det. Vi ser at det var en lavere andel kvinner som fullammet blant de som lå over to dager på barselavdeling (63,8%), sammenlignet med de som lå 0-2 dager (79,4%) (Ikke i tabell).



Figur 2. Andel av kvinner som fullammer, delammer og ikke ammer to uker etter fødsel.

Diskusjon

Resultater fra studien viser at smittevernstiltakene i barselomsorgen trolig har hatt negativ effekt på førstegangsfødendes opplevelse av ammehjelp under barseloppholdet. Kvinnene som hadde partner til stede, var mer fornøyd med hjelpen de hadde fått. Informasjonen og veiledningen om amming har vært mangelfull i forhold til det som er forventet av en Mor-barn-vennlig-avdeling, og det har vært en høyere bruk av morsmelkerstatning enn det som er rapportert fra tidligere studier. En lavere andel kvinner i studien fullammer ved to ukers alder enn tidligere undersøkelser viser.

Opplevelse av ammehjelp på barsel

Det var forskjell mellom fylkene på kvinnes opplevelse av å få hjelp. Dette kan være fordi det var opp til hver enkelt fødeinstitusjon å lage lokale prosedyrer for hvordan de skulle håndheve smitteverntiltakene, som var anbefalt av Helsedirektoratet (16). I tillegg kan det være ulik kultur ved avdelingene. En studie fant at mors opplevelse av å bli støttet økte når jordmor hadde positiv holdning til amming (25). Omfordeling av ressurser under pandemien kan ha gått ut over jordmors fokus og innstilling til blant annet amming.

Koronapandemien har endret arbeidshverdagen på avdelingene, ved at det brukes tid og ressurser på smitteverntiltak. Økt arbeidsbelastning, og frustrasjon rundt dette, kan gjøre at personalet har mindre tid til den ofte tidkrevende oppgaven amnestøtte eller veiledning er. Kvinnene har trolig merket denne reduserte kapasiteten, noe som kommer frem gjennom artikler og kronikker i dagspressen (26;27).

Blant kvinnene som hadde med seg partner, var det en større andel som opplevde å få hjelp på barsel. Dette kan bunne i at kvinnene inkluderer den støtten de får fra partner i hjelpen de har fått på barsel. En partner som er tilstedeværende og oppmerksom for kvinnen og hennes behov i oppstarten av ammingen kan gi økt mestringsfølelse (7). Hvis helsepersonell har hatt mindre tid til å være til stede hos kvinnen under koronapandemien, og partner ikke er der, er det nærliggende å tro at dette kan ha påvirket kvinnens tillit til egne evner og hennes opplevelse av støtte og hjelp.

Kvinner som lå under 48 timer på barsel rapporterte å få mindre hjelp. Dette er uheldig da kvinner som reiser tidlig hjem har et stort behov for veiledning for å kunne takle ammeutfordringer på egen hånd (9). Når liggetiden er redusert, bør ammehjelpen som gis være tilrettelagt for dette.

Manglende informasjon og veiledning på barsel

Det er overraskende at kvinnene har fått så lite informasjon og veiledning.

Veiledningspunktene er et verktøy som skal sikre at kvinnene får god informasjon i løpet av tiden på barsel (11). Da de fleste fødeinstitusjoner i Norge er godkjente som mor-barn-vennlige-avdelinger, etter krav om at 80% av kvinnene skal ha fått informasjon om de fleste veiledningspunktene, må vi anta at tallene i denne studien er betydelig lavere enn det som er normalt (11).

Å ha partner til stede hadde kun betydning for ett av veiledningspunktene. Selv om det ikke hadde så stor betydning for veiledningen de fikk, opplevde kvinnene i større grad å få hjelp hvis partneren var der. Liggetid hadde større innvirkning på veiledningspunktene. Blant annet var det en lavere andel av kvinnene som reiste hjem tidlig, som fikk informasjon om brystspreg. Da brystspreg normalt oppstår 2-4 dager etter fødselen, er det bekymringsverdig at så få har fått informasjon om det når de reiser hjem på dag to, og må håndtere dette på egenhånd (17). Siden kvinnene som hadde en lengre liggetid enn anbefalt under

koronapandemien, heller ikke hadde fått tilstrekkelig veiledning i henhold til Mor-barn vennlig-standard, kan vi anta at økt arbeidsbelastning og endrede ressurser spiller inn.

Høyere bruk av morsmelkerstatning

I henhold til «Ti trinn for vellykket amming» skal det ikke gis morsmelkerstatning uten medisinsk indikasjon. For å være godkjent som Mor-barn-vennlig, må sykehuset kunne rapportere at minst 80% av barn født til termin kun har fått morsmelk i løpet av sykehusoppholdet (12). I vår studie var det kun 53,1% av barna som bare fikk morsmelk, noe som vil si at under pandemien ble ikke Mor-barn-vennlig standard overholdt for disse kvinnene. Vi kan ikke se av våre resultater om det er medisinsk grunnlag for den økte bruken av morsmelkerstatning, men man kan anta at morsmelkerstatning i stor grad er gitt uten medisinsk indikasjon når det er gitt til så mange. Dette støttes også av at bruken av morsmelkerstatning i vår studie er like høy på fødestuer som på fødeavdeling/kvinneklinikk (ikke i tabell). Da det er selektert kun friske mødre og barn til en fødestue, forventer man ikke medisinske indikasjoner for å gi morsmelkerstatning (28).

Under koronapandemien kan man anta at det har vært travelt ved barselavdelingene. Morsmelkerstatning kan være gitt fordi man ikke har tid der og da, til å ta seg av problemene kvinnene har. Forskning viser at sjansen for at barnet blir fullammet, da er lavere (29). De «Ti trinnene» spesifiserer at ressursmangel ikke er en god nok grunn for å gi morsmelkerstatning (12).

Ammestatus to uker etter fødsel

Fra landsomfattende undersøkelser av spedbarns kosthold gjort i 2007, 2013 og 2020, har vi tall på ammestatus ved to ukers alder. Funnene fra disse undersøkelsene viser at andelen kvinner som fullammet ved to uker var 89% i 2007, 84% i 2013 og 85% i 2020 (22-24). Til sammenligning er det betydelig lavere andel som fullammer i vår studie (71,6%). Kvinnene i de landsomfattende undersøkelsene inkluderte både første- og flergangsfødende, til forskjell fra vårt utvalg. Dette kan være med å forklare forskjellen.

Partner spiller en viktig rolle under etableringen av amming (7;30). Likevel finner vår studie ingen signifikant forskjell mellom kvinnene som hadde partner til stede, og de som ikke hadde det, når vi ser på ammestatus etter to uker. En liten gruppe kvinner fikk ha med seg partner

(19,9 %). Man kan anta at partnere som fikk være til stede, hadde begrensninger for hva de kunne gjøre på avdelingen på grunn av smitteverntiltak. Dette kan ha påvirket blant annet mulighetene de hadde for å avlaste og tilrettelegge for mor, noe som er en viktig del av partners støttende funksjon, og kan ha påvirket effekten av tilstedeværelsen (7).

Det var et overraskende funn at kvinner som hadde kort liggetid hadde en større sjanse for å fullamme. Det må tas med i beregningen at de som lå lenger kan ha hatt medisinske problemstillinger som kan ha ført til ammeutfordringer.

Studiens svakheter

Studiens utvalg er et bekvemmelighetsutvalg, dette kan påvirke generaliserbarheten, samtidig kan det høye antallet respondenter kompensere for dette. Rekrutteringen foregikk via sosiale medier, og på tross av at majoriteten av befolkningen bruker sosiale medier, må vi anta at det er deler av populasjonen vi ikke har nådd frem til. Blant annet kvinner som ikke bruker sosiale medier, eller av forskjellige grunner ikke har hatt mulighet til, eller ønske om, å være tilgjengelig i sosiale medier i tiden etter fødselen. Det vil også være kvinner som ikke har interesse av å være med. Dette kan potensielt gi en utvalgsskjevhet.

Det er alltid en mulighet for hukommelsesskjevhet i tverrsnittstudier (19). Imidlertid er denne studien gjennomført kort tid etter det vi spør om, det vil derfor være mindre sjanse for at kvinnene ikke husker tilbake.

En svakhet i denne studien er at spørreskjemaet som er benyttet ikke er validert. Vi har derfor brukt mye tid på å sikre oss at begrepene som er brukt er forståelige og presise, ved å samarbeide med Nasjonal Kompetansetjeneste for amming, hente inspirasjon fra et annet spørreskjema, samt gjennomføre pilottest.

Konklusjon

Vi ser at ammehjelpen førstegangsfødende har fått under koronapandemien, ikke er etter mor-barn-vennlig standard. Da de fleste sykehus er godkjent etter denne standarden, kan vi anta at smitteverntiltakene har hatt en negativ innvirkning på hjelpen de har fått. Kun halvparten av kvinnene opplevde å få god hjelp med amming i sin barselperiode. Det kan derfor være

verdifulle med en kvalitativ studie som ser mer inngående på disse kvinnenes erfaringer, og om det har hatt innvirkning på videre barselforløp.

Det har blitt gitt mer morsmelkerstatning, og kvinnene har fått mangelfull informasjon og veiledning. Dette er noe vi vet påvirker hvor mange som fullammer, og hvor lenge de ammer.

Andelen kvinner som fullammer to uker etter fødsel er lavere i vår studie enn i den generelle fødepopulasjonen. Men da resultatene fra vår studie kun inkluderer førstegangsfødende, kan vi ikke konkludere med at den lave andelen kun er på grunn av smitteverntiltakene.

Studien har sett på amming fram til to uker etter fødsel. Det vil være nødvendig å undersøke hvordan fullamming, og ammeforløp utvikler seg videre for å forstå de reelle konsekvensene av smitteverntiltakene.

Vi mener at resultatene fra denne studien, og fremtidig forskning er viktig i planleggingen av videre smitteverntiltak, for å sikre at barselomsorgen fortsatt fremmer amming, og slik ivaretar mor og barns helse på best mulig måte.

LITTERATURLISTE

1. 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.
2. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N, et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica* 2015;104(S467):96-113.
3. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. 2007/09/04 utg. Quality AfHRA; 2007. Evidence Report Technology Assessments nr 153. Tilgjengelig fra: <https://www.aeped.es/sites/default/files/1-outcomes.pdf>
4. World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization; [lest]. Tilgjengelig fra: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42590/9241562218.pdf?sequence=1>
5. Rollins NC, Bhandari N, Hajeerhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet* 2016;387(10017):491-504.
6. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017;(2).
7. Davidson EL, Ollerton RL. Partner behaviours improving breastfeeding outcomes: An integrative review. *Women and Birth* 2020;33(1):e15-e23.
8. Helsedirektoratet. Nytt liv og trygg barseltid for familien: Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. 2014.
9. Brown S, Small R, Argus B, Davis PG, Krastev A. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002;(3).
10. World Health Organization. Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Geneva: World Health Organization; [lest]. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/publications-detail/9789241550086>
11. Nasjonal kompetansetjeneste for amming. Mor-barn-vennlig standard (MBV)[lest 15.09.2020]. Tilgjengelig fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonal-kompetansetjeneste-for-amming-nka/mor-barn-vennlig-standard-mbv>
12. Nasjonal kompetansetjeneste for amming. Mor-barn-vennlig standard (MBV). Ti trinn for vellykket amming. Oslo 2018.
13. Pérez-Escamilla R, Martínez JL, Segura-Pérez S. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: A systematic review. *Maternal & Child Nutrition* 2016;12(3):402-17.
14. Beake S, Pellowe C, Dykes F, Schmied V, Bick D. A systematic review of structured compared with non-structured breastfeeding programmes to support the initiation and duration of exclusive and any breastfeeding in acute and primary health care settings. *Maternal & Child Nutrition* 2012;8(2):141-61.
15. Folkehelseinstituttet. Fakta om covid-19-utbruddetOslo: Folkehelseinstituttet, [oppdatert 30.3; lest 28.4]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/fakta-og-kunnskap-om-covid-19/fakta-om-covid-19-utbruddet/?term=&h=1>

16. Helsedirektoratet. Koronavirus – beslutninger og anbefalinger [Nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 9.6; lest 9. juni]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus>
17. Alquist R, Strømsnes H. Amming: En håndbok for helsepersonell. 4 utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2016.
18. Tuft E. Norske kvinners ammeproblemer [Master of Public Health, Nordic School of Public Health]2005. Tilgjengelig fra: <http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:733533/FULLTEXT01.pdf>
19. Ringdal K. Enhet og mangfold: Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode. 4 utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2018.
20. Ipsos. Sosiale Medier Tracker Q2'20[lest 14.10]. Tilgjengelig fra: https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/publication/documents/2020-07/ipsos_some_2._kvartal_2020.pdf
21. Sosial- og helsedirektoratet. Spedkost 6 måneder. Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant spedbarn i Norge. 2003.
22. Helsedirektoratet. Spedkost 6 måneder. Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant 6 måneder gamle barn. 2008.
23. Helsedirektoratet. Amming og spedbarns kosthold. Landsomfattende undersøkelse 2013. 2014.
24. Folkehelseinstituttet. Spedkost 3. Landsomfattende undersøkelse av kostholdet blant spedbarn i Norge, 6 måneder. 2020.
25. Ekström AC, Thorstensson S. Nurses and midwives professional support increases with improved attitudes; Design and effects of a longitudinal randomized controlled process-oriented intervention. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015;15:275.
26. Leistad Thomassen A. Å bli mor under en pandemi. *Dagsavisen* 02.09 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.dagsavisen.no/debatt/a-bli-mor-under-en-pandemi-1.1766957>
27. Solheim M. Fødsel under pandemi: Marlene (25) føler ho blei frårøva den største opplevinga i livet. NRK 09.10 2020. Tilgjengelig fra: https://www.nrk.no/trondelag/fodsel-under-pandemi_-marlene-_25_-foler-ho-blei-frarova-den-storste-opplevinga-i-livet-1.15167440
28. St. meld.nr. 12 (2008-2009). En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2008.
29. Häggkvist A-P, Brantsæter AL, Grjibovski AM, Helsing E, Meltzer HM, Haugen M. Prevalence of breast-feeding in the Norwegian Mother and Child Cohort Study and health service-related correlates of cessation of full breast-feeding. *Public Health Nutrition* 2010;13(12):2076-86.
30. Hunter T, Cattelona G. Breastfeeding initiation and duration in first-time mothers; Exploring the impact of father involvement in the early post-partum period. *Health Promot Perspect* 2014;4(2):132-6.

Forfatterveiledning

Om *Sykepleien Forskning*

Sykepleien Forskning er et norsk, fagfellevurdert vitenskapelig nivå-1-tidsskrift som skal fremheve og formidle kunnskap som er relevant for alle aspektene av sykepleieutøvelsen.

Tidsskriftets mål er å publisere kunnskap som kan bidra til å styrke kunnskapsbasen for og kvaliteten på sykepleieutøvelsen, sykepleierutdanningen og den sykepleievitenskapelige metodeutviklingen. *Sykepleien Forskning* publiserer vitenskapelige artikler som samsvarer med dette målet.

Sykepleien Forskning henvender seg til utøvende helsepersonell, studenter på alle nivåer og forskere for å bidra til at den publiserte kunnskapen leses og benyttes i fagutvikling samt teoretisk og empirisk forskning.

Forskningsartiklene vi publiserer, er fritt tilgjengelige for alle via internett, noe som innebærer at kunnskap raskt når ut til mange lesere. *Sykepleien Forskning* inviterer av og til en fagperson til å kommentere originalartiklene, og kommentaren lenkes til artikkelen.

Forfattere som publiserer hos oss, kan lenke til artikkelen sin på våre nettsider, for eksempel fra den institusjonen de er ansatt i, sosiale medier eller andre kanaler.

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

Dobbelt- eller sekundærpublikasjon

Forfattere kan ikke sende samme artikkelmanuskript til 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 rapporter, aviser, magasiner og på internett, for eksempel i institusjonelle arkiver.

Hvis manuskriptet bygger på resultater som også er presentert i avlagt masteroppgave, må forfatter(ne) opplyse om dette samt om hvor lenge masteroppgaven er klausulert i en eventuell nettversjon, for å unngå plagiering/dobbeltpublisering.

Om du er i tvil om manuskriptet er en dobbelt- eller sekundærpublikasjon, må du ta kontakt med redaktør for avklaring.

Lengde på manuskriptet

Antallet ord er maksimalt 3000 (ikke iberegnet sammendrag, figurer, tabeller og referanser). Unntak kan gjøres for systematiske litteraturoppsummeringer, men disse bør ikke overskride 4000 ord.

Format og oppsett

Artikkelmanuskriptet med alle vedlegg skrives elektronisk i Microsoft Word-programmets .doc-form.

Sykepleien Forskning språkvasker antatte artikler, men forfatter(ne) må sørge for at manuskriptet er korrekturlest før innsending.

- All tekst skrives med teksttypen Times New Roman, skriftstørrelse 12.
- Overskriftene markeres med fet skrift.
- Linjeavstand skal være 1,5.
- Ikke bruk rett høyremarg.
- Fotnoter skal ikke brukes.

- Figurer og tabeller fremstilles sist i hovedmanuskriptet.
- Artikkelmanuskriptets tittel bør være kort, klar, informativ og lett forståelig.

Manuskriptets innhold

Artiklene skal struktureres etter IMRAD-prinsippet (Introduction, Methods, Results and Discussion):

- innledning
- metode
- resultater
- diskusjon

Hovedmanuskriptet (main document) skal ha følgende innhold:

1. Tittelside

Tittelsiden skal inneholde følgende:

- tittel på manuskriptet (maksimalt 75 tegn inkludert mellomrom)
- forfatterens/forfatterens navn, stilling og arbeidssted

Hvis det er flere forfattere av et artikkelmanuskript, angis det en kontaktperson og kontaktpersonens

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

I tillegg skal det fremkomme:

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

2. Sammendrag (*abstract*)

Forfatter(ne) fremstiller kun et norsk sammendrag. Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet og struktureres etter følgende overskrifter:

- bakgrunn
- hensikt
- metode
- resultat
- konklusjon

Sammendraget skal være på maksimalt 300 ord inkludert mellomrom. Oppgi tre–fem nøkkelord som du enten kan velge fra listen som kommer opp i ScholarOne, eller som du kan legge til selv. Bruk helst norske MeSH-begreper. Disse finner du på nettsiden mesh.uia.no. Angi minst ett nøkkelord som viser hvilket forskningsdesign som er anvendt.

Sykepleien Forskning sørger for oversetting av hele artikkelen, inkludert sammendraget, til engelsk.

Tekst

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: Vi undersøkte om tiltaket hadde en effekt.
(Subjektet som utfører handlingen, er synlig – vi undersøkte ...)
- Eksempel på passiv setning: Det ble undersøkt om tiltaket hadde effekt.
(Subjektet er ikke synlig – hvem undersøker ...?)

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

Du finner gode tips til skriving i det hvite feltet nederst på *Sykepleien Forsknings* hjemmeside, kalt «Skrive for Sykepleien Forskning?».

Oppbygging av selve artikkelen

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

Introduksjon til emnet/tematikken og *bakgrunn* for studien, som inkluderer en litteraturgjennomgang som beskriver nyere og aktuell forskning innen det samme emnet/temaet, og som begrunner behovet for at studien artikkelen beskriver, ble gjennomført. Denne delen avsluttes for eksempel med: «Hensikten med studien er å ...»

Det styrker artikkelens kvalitet om en problemstilling leder frem til artikkelens hensikt og forskningsspørsmål.

Metodedel. Her beskrives og begrunnes forskningsdesign og metoder: utvalg og utvelgelsesprosess, datainnsamlingsmetode, gjennomføring (inkludert i hvilken tidsperiode dataene ble samlet inn), bearbeiding og analyse av dataene, og godkjenning av REK eller Personvernombudet/NSD (oppgi referansenummer) og andre relevante instanser.

Hva forfatter(ne) gjorde for å ivareta studiens reliabilitet og resultatenes validitet, bør det gjøres rede for. Tillatelser til bruk av eksisterende spørreskjemaer må være innhentet.

Resultater. Her presenteres resultatene som besvarer studiens problemstilling og/eller forskningsspørsmål 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.

Ved bruk av kvalitative metoder bør forfatter(ne) ha illustrert analyseprosessen, det vil si hvordan du kom frem til resultatene, i en figur eller en tabell/matrise i metodedelen.

Diskusjon. Studiens resultater diskuteres i relasjon til hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål og annen internasjonal relevant forskning. Diskusjonen skal inkludere en metodediskusjon, der studiens styrker og svakheter gjøres rede for og diskuteres.

Konklusjon. Konklusjonen beskriver hva studiens bidrag er (til hva eller hvem), og skal fullt ut underbygges av studiens resultater.

Figurer og tabeller

Artikkelen kan maksimalt ha til sammen fem figurer og tabeller (for eksempel tre tabeller og to figurer eller omvendt). Disse lastes opp som en del av hoveddokumentet (på egne sider etter referansene). 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 forminskning 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. Antallet referanser bør ikke overstige tretti. For artikler som beskriver litteraturstudier, gjelder ikke begrensningen i antallet referanser.

Alle referanser som finnes på internett, skal ha oppgitt korrekt nettadresse samt nedlastingsdato.

Tilleggsinformasjon, som «tilgjengelig fra», «nedlastet», «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. Melbye L, Ådnanes M, Kasteng F. *Sykepleiere i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.* Trondheim: Sintef; 2017. Sintef-rapport A28053.

5. Helsedirektoratet. Nasjonal 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/Nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf> (nedlastet 08.11.2017).
6. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-064-008.html> (nedlastet 30.03.2017).
7. NOU 2011: 11. Innovasjon i omsorg. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2011.
8. Meld. St. 29 (2012–2013). Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.
9. 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.

Forslag til habile fagfeller

Artikkelforfatter(ne) må foreslå minst to habile fagfeller. Fagfeller kan ikke ha profesjonelle eller personlige bånd til artikkelforfatter(ne) som kan skape tvil om habiliteten.

Følgrebrev til redaktør (*cover letter*)

I følgrebrevet må forfatterne oppgi

- hva artikkelen tilfører av ny kunnskap. Skriv kort, og bruk maksimalt ti linjer

- en beskrivelse av hvorfor denne artikkelen har interesse for *Sykepleien Forsknings* lesere
- en redegjørelse for hvorvidt resultatene er presentert tidligere, for eksempel som poster eller abstrakt på en vitenskapelig konferanse

Innsending av manuskript

Artikkelen og alle medfølgende dokumenter lastes opp i *Sykepleien Forsknings* manuskripthåndteringssystem ScholarOne, via følgende adresse: <http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>

Vurderingsprosessen

Redaksjonen tilstreber rask behandlingstid for artikkelmanuskripter som sendes til oss. I første omgang foretar redaktøren og en medredaktør en vurdering av om artikkelmanuskriptet refuseres, sendes tilbake til forfatter(ne) 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 på manuskripthåndteringssystemet ScholarOne kan du følge med på hvor manuskriptet ditt er i vurderingsprosessen.

Innsending av revidert manuskript

Etter fagfellevurderingen blir artikkelen sendt tilbake til forfatter(ne) med kommentarer fra både fagfeller og redaktør.

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 det reviderte manuskriptet i ScholarOne som «Author's response».

Alle endringer i det reviderte manuskriptet skal markeres med rød skrift.

Revidert manuskript og «Author's response» lastes opp i <http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>. Følg lenken i svarbrevet fra redaktøren eller gå til «Author» i ScholarOne.

Godkjenning av manuskript

Forfatter(ne) får beskjed fra redaktøren når artikkelen er godkjent for publisering.

Etter godkjenning sendes manuskriptet videre for teknisk og språklig bearbeiding (inkluderer også tittelen) og følges opp av manusredaktøren.

Forfatter(ne) mottar språkvasket manuskript for gjennomgang og godkjenning.

Ved stor pågang kan bearbeidingen ta noe tid.

Oversetting til engelsk

Alle forskningsartikler i *Sykepleien Forskning* blir oversatt til engelsk av en profesjonell oversetter. I tillegg til selve artikkelen oversettes også tabeller/figurer og sammendrag.

Forfatter(ne) vil få tilsendt den engelske versjonen til gjennomlesning før publisering.

Krav til medforfatterskap

Sykepleien Forskning følger de nasjonale forskningsetiske komitéenes anbefalinger om å følge Vancouver-reglene for medforfatterskap.

Alle forfatterne skal ha deltatt i arbeidet i et slikt omfang at hver av dem kan ta offentlig ansvar for gjeldende deler av innholdet i artikkelen. Alle av følgende kriterier skal være oppfylt:

- Forfatter(ne) skal ha bidratt vesentlig til idé og utforming, eller datainnsamling, eller analyse og tolkning av data
- Forfatter(ne) skal ha bidratt til utarbeiding av selve manuskriptet eller kritisk revisjon av artikkelens intellektuelle innhold
- Alle forfatterne skal ha godkjent artikkelversjonen som skal publiseres
- Det skal være enighet blant forfatterne om å være ansvarlig for alle deler av arbeidet for å sikre at spørsmål knyttet til presisjon eller integritet til noen del av arbeidet er hensiktsmessig undersøkt

Vancouver-reglene med utdypninger finnes på følgende

nettside: <http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html>

Ved felles (kollektivt) forfatterskap må personene som har ansvar for og opphavsrett til innholdet, navngis. Kriteriene sier ikke noe om forfatterrekkefølgen.

Personer som har bidratt til arbeidet, men som 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.

Sykepleien Forskning er i kontakt med forfatteren som er oppgitt som kontaktperson, og det er kontaktpersonens ansvar å videreformidle fagfellenes vurderinger og redaksjonens beslutninger til eventuelle medforfattere.

Interessekonflikter

Hvis noen av forfatterne har interessekonflikter, må dette oppgis under punktet «Kartlegging av mulige interessekonflikter» når manuskriptet sendes inn. Det er ikke nødvendig å sende inn selve dokumentet «Erklæring om interessekonflikter».

Sist oppdatert 09/2019

Ammestart og korona

Gratulerer så mye som førstegangsmor i denne spesielle tiden!

Takk for at du ønsker å være med på vår spørreundersøkelse om ammestart for førstegangsmødre under koronautbruddet.

Vi er to jordmørstudenter ved OsloMet som gjør denne undersøkelsen som en del av vår masteroppgave.

Hensikten er å finne ut hvordan det har vært for dere å komme i gang med amming under en periode hvor barselomsorgen er endret. For å undersøke dette har vi laget et spørreskjema i samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste for amming.

Vi ønsker oss svar fra deg som fødte ditt første barn mellom 12 mars og 12 mai 2020 fordi det var rundt denne perioden smitteverntiltakene var strengest. Du kan ha født enten vaginalt eller med keisersnitt. Barnet må være født mellom uke 37-42 og skal ikke ha ligget på nyfødtintensiv avdelingen. Vi er interessert i å ha med alle dere førstegangsmødre som oppfyller kriteriene over, uavhengig av om du ammer eller ikke i dag. Dersom du på forhånd har valgt ikke å amme, eller av andre grunner ikke kan amme barnet ditt trenger du ikke å svare på undersøkelsen.

Spørreskjemaet er anonymt, og kan ikke spores tilbake til deg. Ved å svare på spørreskjemaet samtykker du til å være med i vår studie.

Spørreundersøkelsen tar ca 10 minutter.

På forhånd hjertelig tusen takk for hjelpen.

Hvor gammel er du? *

- Under 25
- 25-35
- Over 35

Hvilket fylke bor du i? *

- Agder
- Innlandet
- Møre og Romsdal
- Nordland
- Oslo
- Rogaland
- Troms og Finnmark
- Trøndelag
- Vestfold og Telemark
- Vestland
- Viken

Ved hvilken type fødeinstitusjon fødte du? *

Fødeavdeling/kvinneklipp: Avdeling på et større eller mindre sykehus med leger og operasjonsstue tilgjengelig. Har mulighet for epidural. De fleste kvinner føder disse stedene.

17.8.2020

Ammestart og korona – Vis - Nettskjema

Eks: Ullevål, Rikshospitalet, Elverum, Lillehammer, Tromsø.

Fødestue: Enhet som kan ligge utenfor sykehuset, *kun* bemannet med jordmor og kan feks ikke tilby epidural. Kun for friske gravide.

Eks: Alta, Tynset, Odda, Brønnøysund.

- Fødeavdeling/kvinneklinikk
- Fødestue

Fødte du mellom uke 37 og 42? *

- Ja
- Nei

Var ditt barn innlagt på nyfødtintensiv avdeling i løpet av din tid på barselavdelingen/barselhotellet?

- Ja
- Nei

Hvordan fødte du barnet ditt? *

- Vaginalt
- Keisersnitt

Fikk du ha barnet ditt hud-mot-hud innen fem minutter etter fødsel? *

- Ja
- Nei
- Husker ikke

Fikk du ha barnet uforstyrret hud-mot-hud i minst en time i løpet av de første timene etter fødselen? *

- Ja
- Nei
- Husker ikke

Hvor mange dager lå du på barselavdelingen/barselhotellet etter fødselen? *

17.8.2020

Ammestart og korona – Vis - Nettskjema

Opplevde du at du fikk hjelp med ting du lurte på rundt ammingen i den tiden du lå på barselavdelingen/barselhotellet? *

- I svært stor grad
- I stor grad
- Nøytral
- I liten grad
- I svært liten grad

Observerte personalet på barselavdelingen/barselhotellet ammingen for å se hvordan barnet tok brystet? *

- Ja
- Nei

Fikk du ammeveiledning i løpet av din tid på barselavdelingen/barselhotellet? *


- Ja
- Nei

Ble det konstatert noe problem med ammingen? *

For eksempel dårlig sugetak, såre brystknopper etc.


- Ja
- Nei

Hvis du fikk konstatert problemer, fikk du konkret veiledning? *

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Ble det konstatert noe problem med ammingen?»

- Ja
- Nei

Løste veiledningen problemet? *

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Hvis du fikk konstatert problemer, fikk du konkret veiledning?»

17.8.2020

Ammestart og korona – Vis - Nettskjema

- I svært stor grad
- I stor grad
- Nøytral
- I liten grad
- I svært liten grad

Fikk ditt barn morsmelkerstatning i løpet av de første tre dagene etter fødsel? *

- Ja
- Nei
- Vet ikke

Ble du spurt om hvordan ammingen gikk når du skulle skrives ut fra sykehuset? *

- Ja
- Nei
- Husker ikke

Fikk du veiledning om følgende før du dro fra sykehuset: *

Velg alle som passer

- Hvordan gjenkjenne barnets tidlige tegn på sult
- Hvordan du kan vurdere om barnet tar et godt sugetak og får i seg melk
- At amming ikke skal gjøre vondt
- Hvordan du kan håndmelke
- Hvordan du kan forebygge og behandle brystspreg/ melkespreng
- At det kan være mulige ulemper og risiko ved bruk av tåteflaske og smokk, som kan påvirke ammingen
- Hvor mange ganger i døgnet barnet bør die
- Hvor du kan finne hjelp med ammingen videre

Når du tenker tilbake – skulle du ønske du hadde blitt lenger på barselavdelingen/barselhotellet? *

- Ja
- Nei

17.8.2020

Ammestart og korona – Vis - Nettskjema

 Usikker

Var din partner med deg under oppholdet på barselavdelingen/barselhotellet? *

 Ja, hele oppholdet Ja, deler av oppholdet (feks måtte dra hjem på natten) Nei, ikke i det hele tatt utover de første timene etter fødselen (på fødeavdelingen)

Tror du ammeveiledningen du fikk hadde vært mer til hjelp for deg, hvis din partner var tilstede og kunne bistå? *

i Dette elementet vises kun dersom alternativet «Nei, ikke i det hele tatt utover de første timene etter fødselen (på fødeavdelingen)» er valgt i spørsmålet «Var din partner med deg under oppholdet på barselavdelingen/barselhotellet?»

 I svært stor grad I stor grad Nøytral I liten grad I svært liten grad

Opplever du at din partner har vært/er til støtte og hjelp under ammingen hjemme? *

 I svært stor grad I stor grad Nøytral I liten grad I svært liten grad

Tror du at du hadde fått mer støtte og hjelp fra partner hjemme, dersom han/hun hadde vært tilstede under ammeveiledningen på barselavdelingen/barselhotellet? *

i Dette elementet vises kun dersom alternativet «Nei, ikke i det hele tatt utover de første timene etter fødselen (på fødeavdelingen)» er valgt i spørsmålet «Var din partner med deg under oppholdet på barselavdelingen/barselhotellet?»

 I svært stor grad I stor grad

17.8.2020

Ammestart og korona – Vis - Nettskjema

- Nøytral
- I liten grad
- I svært liten grad

Fikk du hjemmebesøk innen tre dager etter utskrivelse fra sykehuset? *

- Ja
- Ja, men senere enn tre dager
- Nei

Fikk du tilbud om time på helsestasjonen, som erstatning for hjemmebesøk innen tre døgn etter at du kom hjem? *

- Dette elementet vises kun dersom alternativet «Nei» er valgt i spørsmålet «Fikk du hjemmebesøk innen tre dager etter utskrivelse fra sykehuset?»

- Ja
- Ja, men senere enn tre dager
- Nei

Ble ammingen observert første gang du hadde kontakt med helsestasjonen etter utskrivelse fra sykehuset? *

- Ja
- Nei
- Ammet ikke/hadde sluttet å amme

Hvordan gikk det med ammingen de to første ukene etter at du kom hjem fra sykehuset? *

- Ammet / ga bare morsmelk, og hadde ingen problemer
- Ammet / ga bare morsmelk, men hadde problemer
- Ammet delvis, barnet fikk også morsmelkerstatning
- Ammet ikke, men pumpet og ga både morsmelk og morsmelkerstatning på flaske
- Ammet ikke, men pumpet og ga utelukkende morsmelk på flaske
- Ammet ikke

Hvis du hadde ammeproblemer etter fødselen, hvem tok du kontakt med for å få hjelp? *


17.8.2020

Ammestart og korona – Vis - Nettskjema


Velg alle som passer

- Sykehuset
- Helsestasjonen
- Ammehjelpen(organisasjon som gir gratis informasjon, veiledning og støtte ved spørsmål omkring amming og morsmelk)
- Venner / familie
- Sosiale medier
- Ingen
- Hadde ikke problemer

Når du tok kontakt med sykehuset for å få hjelp, opplevde du at du fikk den hjelpen du trengte? *

-  Dette elementet vises kun dersom alternativet «Sykehuset» er valgt i spørsmålet «Hvis du hadde ammeproblemer etter fødselen, hvem tok du kontakt med for å få hjelp?»
- Ja, jeg fikk god hjelp som løste problemet
- Ja, jeg fikk god hjelp, men det løste ikke problemet
- Nei, jeg fikk ikke den hjelpen jeg trengte

Når du tok kontakt med helsestasjonen for å få hjelp, opplevde du at du fikk den hjelpen du trengte? *

-  Dette elementet vises kun dersom alternativet «Helsestasjonen» er valgt i spørsmålet «Hvis du hadde ammeproblemer etter fødselen, hvem tok du kontakt med for å få hjelp?»
- Ja, jeg fikk god hjelp som løste problemet
- Ja, jeg fikk god hjelp, men det løste ikke problemet
- Nei, jeg fikk ikke den hjelpen jeg trengte

Når du tok kontakt med Ammehjelpen for å få hjelp, opplevde du at du fikk den hjelpen du trengte? *

-  Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ammehjelpen(organisasjon som gir gratis informasjon, veiledning og støtte ved spørsmål omkring amming og morsmelk)» er valgt i spørsmålet «Hvis du hadde ammeproblemer etter fødselen, hvem tok du kontakt med for å få hjelp?»

Via e-post, telefon, nettside eller Ammehjelpsgruppen på Facebook

17.8.2020

Ammestart og korona – Vis - Nettskjema

- Ja, jeg fikk god hjelp som løste problemet
- Ja, jeg fikk god hjelp, men det løste ikke problemet
- Nei, jeg fikk ikke den hjelpen jeg trengte

Når du tok kontakt med venner/familie for å få hjelp, opplevde du at du fikk den hjelpen du trengte? *

- Dette elementet vises kun dersom alternativet «Venner / familie» er valgt i spørsmålet «Hvis du hadde ammeproblemer etter fødselen, hvem tok du kontakt med for å få hjelp?»

- Ja, jeg fikk god hjelp som løste problemet
- Ja, jeg fikk god hjelp, men det løste ikke problemet
- Nei, jeg fikk ikke den hjelpen jeg trengte

Når du tok kontakt med sosiale medier for å få hjelp, opplevde du at du fikk den hjelpen du trengte? *

- Dette elementet vises kun dersom alternativet «Sosiale medier» er valgt i spørsmålet «Hvis du hadde ammeproblemer etter fødselen, hvem tok du kontakt med for å få hjelp?»

Facebook, Snapchat, Instagram o.l.

- Ja, jeg fikk god hjelp som løste problemet
- Ja, jeg fikk god hjelp, men det løste ikke problemet
- Nei, jeg fikk ikke den hjelpen jeg trengte

Opplevde du at amnehjelpen du fikk i din barselperiode var påvirket av koronasituasjonen? *

Svar uavhengig om du hadde problemer eller ikke

- I svært stor grad
- I stor grad
- Nøytral
- I liten grad
- I svært liten grad

Hvor mange uker er ditt barn i dag?

I *hele* uker

17.8.2020

Ammestart og korona – Vis - Nettskjema

Opplever du at ammingen fungerer bra nå?

- I svært stor grad
- I stor grad
- Nøytral
- I liten grad
- I svært liten grad
- Ammer ikke

Avsluttet du amming tidligere enn du ønsket?

- Ja
- Nei
- Ammer fortsatt

Om du avsluttet ammingen tidligere enn du ønsket, tror du koronasituasjonen hadde innvirkning?

- Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Avsluttet du amming tidligere enn du ønsket?»
- I svært stor grad
- I stor grad
- Nøytral
- I liten grad
- I svært liten grad

Se nylige endringer i Nettskjema (v1039_On

Til denne masteroppgaven har vi jobbet sammen med alle aspektene av oppgaven. Vi har personlige egenskaper som utfyller hverandre godt, slik at det hele tiden har vært fornuftig at begge deltok i alle prosessene. Vi har tidvis jobbet hver for oss med å sette oss inn i fagstoffet, men så satt oss sammen for å skrive det inn i selve oppgaven. Samarbeidet har fungert utmerket, mye på grunn av ulike kvaliteter. Vi har jobbet jevnt og trutt gjennom hele perioden. Det å utvikle et eget spørreskjema har vært veldig gøy og lærerikt. Analysearbeidet har også gitt oss en bratt læringskurve. Temaet vi har valgt har gjort at vi har beholdt motivasjonen hele tiden, da det er både nytt og interessant.