

Masteroppgave

Masterstudium i jordmorfag

Oktober 2021

Helsepersonell sin kunnskap knyttet til amming på Mor-
barn-vennlig sykehus - En spørreundersøkelse

Kandidatnummer: 503 og 527
Emnekode: MAJO5900

Antall ord: 7600

Fakultet for helsevitenskap
OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

Sammendrag

Tittel: Helsepersonell sin kunnskap knyttet til amming på Mor-barn-vennlig sykehus – En spørreundersøkelse.

Hensikt: Kartlegge kunnskap hos helsepersonell knyttet til amming på Mor-barn-vennlig sykehus (MBV) i Norge, for å undersøke om helsepersonell har tilfredsstillende kunnskap knyttet til amming og forbedringsbehov.

Problemstilling: Hvilken kunnskap har helsepersonell knyttet til amming på Mor-barn-vennlig sykehus i Norge?

Metode: En kvantitativ spørreundersøkelse distribuert av Nasjonal kompetansetjeneste for amming.

Resultat: Svarene fra 1338 respondenter ved 41 avdelinger viste at helsepersonell har kunnskap om hovedindikatoren for godkjent MBV-sykehus, og følger sykehusets ammepraksis. Enkelte har fått opplæring, e-læringskurs og evaluering basert på «20 kunnskapspunkter», og 79% oppga at de kjenner til kunnskapspunktene.

Konklusjon: Helsepersonell har kunnskap om amming knyttet til trinn én, to, fire og åtte under ti trinn for vellykket amming. Helsepersonell har vanskeligheter med å følge trinn seks og morsmelkerstatning blir gitt uten medisinsk indikasjon. Det er behov for å kartlegge helsepersonells kunnskap om «20 kunnskapspunkter» ettersom resultatet viste til forbedringspotensial.

Nøkkelord: Ti trinn for vellykket amming, Mor-barn-vennlig standard, 20 kunnskapspunkter, Kunnskapsbasert praksis.

Abstract

Title: Healthcare professionals' knowledge related to breastfeeding in baby-friendly hospitals – Cross-sectional study.

Aim: Map healthcare professionals' knowledge related to breastfeeding. The thesis will reveal the level of competences of healthcare professionals in baby-friendly hospital (BFH).

Issue: What is the knowledge level of healthcare professionals with regards to breastfeeding in baby-friendly hospitals in Norway?

Method: A quantitative questionnaire distributed by the National Competence Service for Breastfeeding.

Results: The questionnaire contained 1338 respondents from 41 wards. One finding is that Healthcare professionals are familiar with the main indicator for BFH initiative and that they do comply with the hospitals breastfeeding practice at the hospitals. Some healthcare professionals have received training, e-learning courses and evaluations based on the “20 knowledge points”, and 79% are familiar with the knowledge points.

Conclusion: Healthcare professionals do have knowledge about ten steps for successful breastfeeding related to step one, two, four and eight. However, they have difficulties following step six and consequently, breast milk substitute is given to the babies without any medical reasons. Finally, it has been identified a need to map healthcare professionals' knowledge related to the “20 knowledge points” given the potential for improvement.

Keywords: Ten steps for successful breastfeeding, Baby-friendly-hospital initiative, 20 Knowledge points, Knowledge-based practice.

Forord

Å skrive denne masteroppgaven har vært en krevende prosess, men veien har også vært spennende og lærerik. At vi har skrevet masteroppgaven sammen har lært oss mye om samarbeid og kommunikasjon. Vi har hatt lange dager med mye frustrasjon, særlig over SPSS, dager fylt med humor og noen dager der gulroten har vært planlegging av første dagen etter innleveringsfristen. Til tross for alt det harde arbeidet er vi enige om det gode samarbeidet vi har fått til, og gleden over et nytt vennskap.

Kunnskapen vi har tilegnet oss disse to årene har til tider vært overveldende, men det har gitt oss en ny innsikt i kvinnehelse som vi ikke vil være foruten. Vi ser frem mot å snart kunne kalle oss for jordmødre, og fortsette reisen inn i arbeidslivet! Vi vil også takke veileder for god fagkompetanse og eksepsjonell veiledningsevne gjennom hele perioden. I tillegg vil vi takke Nasjonal kompetansetjeneste for amming. Uten deres datamateriale og samarbeid ville ikke denne masteroppgaven eksistert.

Innholdet i denne oppgaven står for forfatterenes regning.

INNHALDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING	1
1.1	Bakgrunn	1
1.1.1	<i>Opprettelse av Mor-barn-vennlig sykehus</i>	1
1.1.2	<i>Krav til helsepersonell på MBV-sykehus</i>	3
1.1.3	<i>Undervisning og opplæring i ammeveiledning</i>	4
1.2	Hensikt og problemformulering	4
1.2.1	<i>Hensikt</i>	4
1.2.2	<i>Fokuset i de utvalgte trinnene</i>	4
1.2.3	<i>Problemformulering</i>	5
1.2.4	<i>Avgrensning</i>	5
2	TEORETISK RAMMEVERK	6
2.1	Kunnskapsbasert praksis	6
2.1.1	<i>Trinnene i kunnskapsbasert praksis</i>	7
2.1.2	<i>Kunnskapsbasert jordmorpraksis</i>	8
3	METODE	9
3.1	Studiedesign	9
3.2	Datamaterialet	9
3.2.1	<i>Spørreskjemaet</i>	9
3.2.2	<i>Rekruttering og utvalg</i>	9
3.3	Dataanalyse	10
3.3.1	<i>Kontrollering og omkoding av data</i>	10
3.3.2	<i>Statistiske analyser</i>	11
3.4	Etiske overveielser	11
3.4.1	<i>For forståelse og egne holdninger</i>	11
4	RESULTAT	12
4.1	Sammendrag av vitenskapelig artikkel	12
4.2	Utfyllende resultater	13
4.2.1	<i>Rekruttering og utvalg</i>	13
4.2.2	<i>Kjennskap til «20 kunnskapspunkter»</i>	13
4.2.3	<i>Vurdering og evaluering av kunnskap knyttet til amming gjennom trinn to</i>	14
4.2.4	<i>Tilrettelegging for amming gjennom kunnskap om betydningen av hud-mot-hud kontakt</i>	16
4.2.5	<i>Å veilede mødre i det optimale ammemønsteret og gjenkjenne barnets tegn på sult</i>	16
5	DISKUSJON	18
5.1	Resultatdiskusjon	18
5.1.1	<i>Kunnskap om Mor-barn-vennlig sykehus</i>	18

5.1.2	<i>Kjennskap til «20 kunnskapspunkter»</i>	19
5.1.3	<i>E-læringskurs og ammeprosedyre</i>	20
5.1.4	<i>Vurdering og evaluering av kunnskap knyttet til amming gjennom trinn to</i>	22
5.1.5	<i>Implementering av WHO-koden og hindre bruk av morsmelkerstatning uten medisinsk indikasjon</i>	23
5.1.6	<i>Tilrettelegging for amming gjennom kunnskap om betydningen av hud-mot-hud kontakt</i>	24
5.1.7	<i>Å veilede mødre i det optimale ammemønsteret og gjenkjenne barnets tegn til sult</i>	25
5.2	Metodediskusjon	28
5.2.1	<i>Rekruttering og utvalg</i>	28
5.2.2	<i>Styrker og begrensninger ved tverrsnittstudier som design</i>	28
5.2.3	<i>Styrker og begrensninger ved spørreskjemaet i spørreundersøkelsen</i>	29
5.3	Implikasjon for praksis	30
6	KONKLUSJON	31
7	LITTERATURLISTE	32

Vedlegg 1: Vitenskapelig artikkel

Vedlegg 2: Forfatterveiledning

Vedlegg 3: Sjekkliste (STROBE) fra Sykepleien Forskning

Vedlegg 4: Ti trinn for vellykket amming

Vedlegg 5: 20 Kunnskapspunkter

Vedlegg 6: Spørreskjema benyttet i studien

Vedlegg 7: Praktisk informasjon til avdelingene

Vedlegg 8: Informasjon til føde/barselavdelinger

Vedlegg 9: Gruppeprosessen

Figur 1:	Ti trinn for vellykket amming	2
Figur 2:	Modell for kunnskapsbasert praksis	6
Figur 3:	Modell for trinnene i kunnskapsbasert praksis	7
Tabell 1:	Fordeling av helsepersonell mellom helseregionene	13
Figur 4:	Oversikt over kjennskap til «20 kunnskapspunkter» i henhold til regionale helseforetakene	14
Tabell 2:	Sammenligning mellom e-læringskurs og helseregioner	14
Figur 5:	Andel opplæring i henhold til helseregioner	15
Figur 6:	Ulike former for evaluering og vurdering knyttet til kunnskap om amming blant helsepersonell	16
Figur 7:	Råd om hvor ofte mødre skal/bør amme barnet	17

1 INNLEDNING

Masteroppgaven består av to deler: En vitenskapelig artikkel (vedlegg 1), skrevet etter retningslinjene for *Sykepleien Forskning* (vedlegg 2 og 3), og kappe. Til sammen utgjør dette avhandlingen. Delene kan leses separat, men artikkelen anbefales og leses først. Kappen vil tilføre artikkelen større dybde og er delt inn i seks kapitler. I kapittel én presenteres bakgrunns materialet og problemstilling, herunder hensikt og avgrensning.

1.1 Bakgrunn

En av de største truslene mot barns helse, utvikling og overlevelse er utilstrekkelig ernæring (World Health Organization, 2018). Amming har betydning for en rekke positive helseeffekter hos både barnet og kvinnen på kort og lang sikt, og kan redde livet til over 3500 barn daglig (Alquist, 2016; Ingram, Johnson & Condon, 2011; UNICEF, 2005; World Health Organization, 2018). Helsefordelene gjennom amming kan bidra til sykdomsforebygging og reduserte kostnader for samfunnet og familien (Alquist, 2016; Pérez-Escamilla, Martinez & Segura-Pérez, 2016). Verdens helseorganisasjon (WHO) anslår at hvis alle barn blir ammet minimum de seks første månedene av sitt liv, kan graden av sykdom og underernæring synke betydelig over hele verden (Burgio et al., 2016). Derfor anbefaler WHO iverksetting av amming allerede innen den første timen etter fødsel (Abdulghani, Edvardsson & Amir, 2018; World Health Organization, 2018).

1.1.1 Opprettelse av Mor-barn-vennlig sykehus

Fra 1960-tallet oppsto et økt fokus på risikoen knyttet til bruk av morsmelkerstatning og markedsføringen av morsmelkerstatning. Derfor arrangerte WHO og United Nations Children's Fund (UNICEF) et internasjonalt møte om ernæring til barn (UNICEF, 2006). WHO/UNICEF anbefalte å utvikle en internasjonal kode for etisk markedsføring av morsmelkerstatning (UNICEF, 2006). Formålet med WHO-koden er å beskytte og fremme amming, forebygge unødig og feil bruk av morsmelkerstatning gjennom informasjon og forsvarlig markedsføring (Helsedirektoratet, 2014; Oslo Universitetssykehus, u.å). WHO-koden har vært et solid initiativ de følgende årene og dannet grunnlaget for utviklingen av Innocenti-erklæringen. UNICEF ønsket å styrke forskningsevnen til de forente nasjoners barnefond og være en støttende talsperson for alle verdens barn (UNICEF, 2006). Derfor etablerte UNICEF i 1988 Innocenti Research Center i Firenze, Italia. Det ble i 1990 holdt et Innocenti-møte på bakgrunn av

bekymringer rundt nedgangen i ammefrekvensen (UNICEF, 2006). Møtet resulterte i at over 30 land signerte Innocenti-erklæringen. Dette ble ansett som en fremragende prosess som omhandlet beskyttelse, markedsføring, støtte av amming og anerkjennelse av spedbarnets rett til næringsrik mat på et internasjonalt plan. Gjennom en global respons ble "Baby-Friendly Hospital Initiative" (BFHI) opprettet av WHO og UNICEF (Çaylan, 2019; UNICEF, 2005, 2006), i Norge kjent som Mor-barn-vennlig standard (MBV) (Alquist, 2016; Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2019b). BFHI er et verdensomspennende tiltak med hensikt å fremme amming og tidlig nærkontakt mellom mor og barn (Hansen, 2017b; Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2019b). Tiltaket er et av de beste kunnskapsbaserte verktøyene for å øke forekomsten av amming (Ingram et al., 2011). På bakgrunn av BFHI utarbeidet WHO/UNICEF ti kunnskapsbaserte trinn for vellykket amming som består av enkle, grunnleggende prinsipper for å fremme amming og ammingens helsefordeler (Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2019b; Pound et al., 2016). Figur 1 presenterer ti trinn for vellykket amming, mens målsetningene, implementering og kriterier er presentert i vedlegg 4.

- 1a.** Følg WHO-koden for markedsføring av morsmelkerstatning og tilskuddsblandinger.
- 1b.** Ha en skriftlig ammeprosedyre som rutinemessig formidles til helsepersonell og foreldre.
- 1c.** Etablere kontinuerlig evaluering av Mor-barn-vennlig standard i sykehusets eget kvalitetssystem.
- 2.** Sikre at personalet har tilstrekkelig og oppdatert kunnskap, kompetanse og ferdigheter for å støtte amming.
- 3.** Samtale med gravide og deres familier om hvorfor det er viktig å amme og hvordan få dette til.
- 4.** Sørge for at mor og barn kan ha uforstyrret hud–mot-hud kontakt og støtte mødre i å komme i gang med ammingen så snart som mulig etter fødselen.
- 5.** Veilede mødre i å etablere og opprettholde amming, og til å håndtere vanlige ammeproblemer.
- 6.** Ikke gi morsmelkernærte nyfødte noen annen form for næring eller drikke enn morsmelk unntatt når det er medisinsk indikasjon til det.
- 7.** Gi mor og barn anledning til å være sammen 24 timer i døgnet.
- 8.** Veilede mødre i å kjenne igjen og svare på barnets tegn på sult.
- 9.** Veilede mødre om mulige ulemper og risiko ved bruk av tåteflaske og smokk, som kan påvirke ammingen.
- 10.** Planlegge utreise ved å etablere kontakt med kommunehelsetjenesten, slik at foreldre og deres nyfødte sikres kontinuerlig støtte og hjelp.

Figur 1: Ti trinn for vellykket amming innhentet fra Nasjonal kompetansetjeneste for amming (2019b).

Norges første MBV-sykehus ble evaluert og godkjent i 1994. Nasjonalt ammesenter ble etablert i 1999, og utnevnt som Nasjonal kompetansetjeneste for amming (NKA) i 2005. NKA fikk ansvar for oppfølging av MBV-standard (Hansen, 2017b). Hensikten med NKA er å bygge opp og spre kompetanse om morsmelk og amming (Alquist, 2016). I 2004 ble faglige retningslinjer utformet for MBV-sykehus med bakgrunn i WHO/UNICEFs ti trinn for vellykket amming. NKA utfører jevnlig evalueringer av norske sykehus som ønsker å opprettholde eller bli godkjent MBV-sykehus (Alquist, 2016; Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2019b). Det er utformet landsomfattende rapporter ut fra tidligere evalueringer og de er tilgjengelig på nettsiden til NKA. Gjennom søk i databaser så langt det lar seg gjøre finnes ikke lignende publiserte studier, som masteroppgaven, i Norge.

1.1.2 Krav til helsepersonell på MBV-sykehus

Kravene til helsepersonells kompetanse blir fremstilt i forskrifter, nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer (Helsedirektoratet, 2014). Som et helsefremmende tiltak presenterte regjeringen i en folkehelsemelding St.meld.nr.16 mål om at føde- og barselavdelinger skal driftes i samsvar med WHO/UNICEF ti trinn for vellykket amming (St.meld 16 (2002-2003)). Helsepersonell utdannes og etterutdannes i henhold til ti trinn for vellykket amming (Alquist, 2016). Trinn én til to er administrativt ansvar, mens tre til ti består av klinisk praksis (Nasjonalt kompetansetjeneste for amming, 2019b). Trinnene skal sikre god kunnskap knyttet til amming hos helsepersonell og legge til rette for ensartet ammeveiledning (Alquist, 2016). Studier viser at ti trinn for vellykket amming er viktig for på sikt å opprettholde amming på MBV-sykehus (Pérez-Escamilla et al., 2016; Ward & Byrne, 2011; Zakarija-Grković et al., 2012).

Tidligere hadde WHO/UNICEF krav om 20 timer teori og tre timer praksis til ammeveiledende helsepersonell (Oslo Universitetssykehus, 2019). Gjennom revisjonen i 2017 definerte WHO hva helsepersonell skal bli evaluert på, og opplæringskrav til ammeveileddene helsepersonell. Etter revisjonen ble kravene til helsepersonells kunnskap knyttet til amming endret til å ha kunnskap om «20 kunnskapspunkter» (vedlegg 5) (Oslo Universitetssykehus, 2019). Kunnskapspunktene omhandler ammerelaterte problemstillinger helsepersonell skal ha kunnskap om for å følge ti trinn for vellykket amming.

1.1.3 Undervisning og opplæring i ammeveiledning

Å veilede mødre i amming inngår i arbeidsoppgavene på føde- og barselavdelinger, og kjennetegnet på god ammeveiledning er opplært helsepersonell (McFadden et al., 2017). I tillegg øker ammeveiledning ammingens varighet og hyppighet (McFadden et al., 2017; Yang, Salamonsen, Burns & Schmied, 2018). Balogun et al., (2017) viser til den positive effekten av opplært helsepersonell gjennom økt kunnskap, forbedret holdning og MBV-praksis. Kunnskap knyttet til amming har derfor stor innvirkning på suksessraten for amming hos mødre (Chapin et al., 2021; DeFoor & Darby, 2020).

Utilstrekkelig ammerutiner i helsevesenet kan føre til flere utfordringer som medfører lavere forekomst av amming (Lechosa Muñoz et al., 2020). En utfordring er manglende ammeundervisning og kunnskap knyttet til amming, og det har ført til et fokus på kunnskap og ferdigheter hos helsepersonell (Alquist, 2016; Burgio et al., 2016; Yang et al., 2018). Kartlegging av helsepersonells kunnskap knyttet til amming bidrar til å identifisere styrker og undersøker områder som krever oppfølging. Slik kan kartleggingen betraktes som en kvalitetsvurdering og et forbedringssystem (Pérez-Escamilla et al., 2016).

1.2 Hensikt og problemformulering

1.2.1 Hensikt

Masteroppgaven kartlegger helsepersonells kunnskap knyttet til amming på Mor-barn-vennlig sykehus i Norge, gjennom trinn én, to, fire, seks og åtte og «20 kunnskapspunkter». Studien undersøker om helsepersonell har tilfredsstillende kunnskap knyttet til amming og forbedringsbehov.

1.2.2 Fokuset i de utvalgte trinnene

Ti trinn for vellykket amming omhandler ulike temaer, men likevel er det flytende overganger. Trinn én beskriver hvordan helsepersonell skal implementere WHO-koden i praksis og fremme amming. Videre skal trinn én skal sørge for en ammeprosedyre som beskriver hvordan helsepersonell iverksetter ti trinn for vellykket amming i praksis. Prosedyren skal sikre at helsepersonell gir ensartet ammeveiledning (Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2019b), mens trinn to skal sørge for at helsepersonell har tilstrekkelig med kunnskap til å praktisere «20 kunnskapspunkter». Avdelingen skal legge til rette for opplæring, e-læringskurs og undervisning ved behov for kompetanseheving slik at sykehusene tilfredsstiller kravene til

MBV-standard. Kunnskap knyttet til amming innebærer å ikke gi barn morsmelkerstatning uten medisinsk indikasjon, da det kan føre til mindre stimulering av melkeproduksjonen (Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2019b). Denne tematikken er basert på trinn én og seks. En annen forutsetning for stimulering av melkeproduksjon er uforstyrret hudkontakt mellom mor og barn som vil stimulere søkereflexen og sørge for tidlig diing (trinn fire). Helsepersonell må ha kunnskap knyttet til amming for å kunne veilede mødre i ammevarighet/hyppighet og barnets tegn til sult (trinn åtte) (Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2019b).

1.2.3 Problemformulering

Med fokus på de overnevnte trinnene er problemstillingen som følger: Hvilken kunnskap har helsepersonell knyttet til amming på Mor-barn-vennlig sykehus i Norge?

1.2.4 Avgrensning

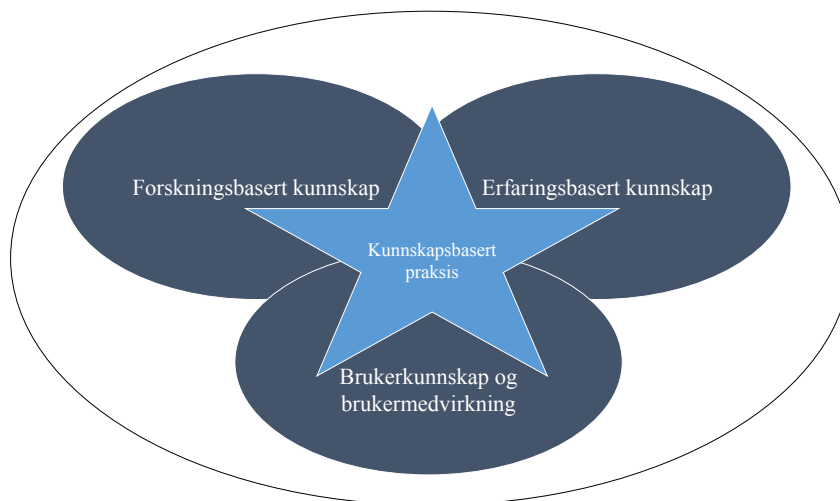
Tversnittstudien har hovedfokus på trinn én, to, fire, seks og åtte, som følge av at disse trinnene ble fremhevet i spørreundersøkelsen utført av NKA. Fokuset på de nevnte trinnene er bakgrunnen for at kun fem av de ti trinnene er presentert i masteroppgaven. NKA utfører to spørreundersøkelser for å kartlegge og evaluere sykehusene, en basert på svar fra helsepersonell og en på svar fra mødre. Masteroppgaven er basert på svarene fra helsepersonell, og helsepersonells kunnskap knyttet til amming. Spørsmålene i spørreundersøkelsen som besvarte problemstillingen ble inkludert.

2 TEORETISK RAMMEVERK

Masteroppgaven har kunnskapsbasert praksis (KBP) som teoretisk rammeverk. Resultatene fra studien blir sett i lys av to prinsipper for KBP. Oppgaven har hovedfokus på to av de tre kunnskapsområdene, forskningsbasert kunnskap (litteratur) og erfaringsbasert kunnskap. Brukerbasert kunnskap ligger utenfor oppgavens omfang.

2.1 Kunnskapsbasert praksis

KBP innebærer å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon (Helsebiblioteket, 2016). Kunnskapsområdene er forskningsbasert, erfaringsbasert og brukerbasert kunnskap, og inngår i en modell for KBP (figur 2) (Fønhus, 2019; Reinart & Blix, 2017). Modellen består av tre likeverdige sirkler der kunnskapsområdene sammen skaper en samlet verdi. KBP fremmer bevisstheten rundt begrunningsgrunnlaget og refleksjon over hvilke kunnskapskilder praksisen baseres på. KBP bidrar med å ta avgjørelse om å iverksette endring i praksis eller eventuelt å anbefale endringer i utforming av retningslinjer eller politikken (Fønhus, 2019).



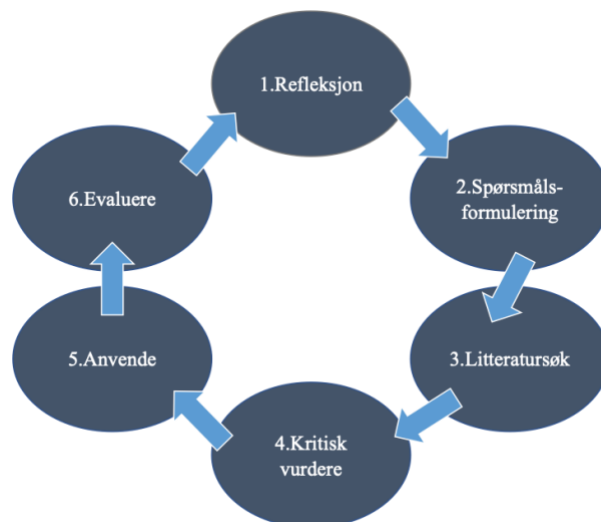
Figur 2: Modell for kunnskapsbasert praksis basert på punkter publisert på nettsiden til Helsebiblioteket (2016).

Forskningsbasert kunnskap i praksis omhandler å finne forskningsresultater som gir best kunnskap om en spesiell tilstand eller situasjon (Reinart & Blix, 2017), og er en av flere kilder til kunnskap (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012). Erfaringsbasert

kunnskap utvikles gjennom erfaringer, ferdigheter og kommunikasjon blant fagfolk (Fønhus, 2019; Nortvedt et al., 2012). Helsepersonell kan derfor bruke kunnskap fra tidligere erfaring, og reflektere i lignende situasjon. Bruerkunnskap omhandler kunnskap, erfaring, verdier, ønsker og ressursene fødekvinnen eller barselkvinnen representerer (Nortvedt et al., 2012; Reinart & Blix, 2017).

2.1.1 Trinnene i kunnskapsbasert praksis

KBP foregår gjennom seks trinn (figur 3) som danner grunnlaget for innholdet i de tre kunnskapsområdene. De seks trinnene er: Refleksjon, spørsmålsformulering, litteratursøk, kritisk vurdere forskning, anvende og evaluere (Nortvedt et al., 2012). Under trinnene stilles sentrale spørsmål, og det søkes svar etter kunnskap. Det første trinnet innebærer å reflektere over egen praksis og erkjenne informasjonsbehov. Det leder opp til trinn to, som handler om å stille spørsmål ved å formulere et presist spørsmål for å lete etter kunnskap. Trinn tre omhandler søk etter forskningsbasert kunnskap gjennom primærstudier eller systematiske oversikter (Nortvedt et al., 2012). Det fjerde trinnet inkluderer kritisk vurdering av forskningsartikler for å avdekke om artikkelen er valid. Trinn fem omhandler å sette forskning ut i praksis ved å innføre erfaringsbasert kunnskap med brukerbasert kunnskap. For eksempel gjennom bruk av faglige retningslinjer og prosedyrer. Det siste trinnet innebærer å evaluere egen og felles praksis i avdeling, slik at kunnskapen og hva som foregår i praksis blir satt i fokus (Nortvedt et al., 2012).



Figur 3: Modell for trinnene i kunnskapsbasert praksis basert på punkter publisert på nettsiden til Helsebiblioteket (2016).

2.1.2 Kunnskapsbasert jordmorpraksis

For å opprettholde kunnskap knyttet til amming må jordmødre holde seg orientert om den jordmorfaglige utviklingen (Eilertsen, 2015, 2017). Det går inn under både forsvarlighetskravet og yrkesetiske retningslinjer (Eilertsen, 2017; Fylkesnes, 2017). Etter Helsepersonelloven paragraf 16 har virksomhetslederen ansvar for å tilrettelegge slik at jordmødre skal kunne oppfylle pliktene til forsvarlig utøvelse av praksis (Eilertsen, 2015). Retningslinjene omhandler samarbeid mellom jordmor og kvinnen, om yrkesutøvelsen, ansvarlighet og fagutvikling, som innebærer kunnskaps- og praksisutvikling i jordmorfaget (Fylkesnes, 2017). Jordmorfaget bygger på utvikling og deling av kunnskap gjennom erfarings- og forskningsbasert kunnskap (Fylkesnes, 2017). Ved utøvelse av jordmorfaget skal jordmødre ivareta en trygg jordmorfaglig praksis gjennom KBP (Den norske jordmorforeningen, 2016). Det inkluderer å utvikle og dele kunnskap i jordmorfaget gjennom en rekke forskjellige prosesser. Prosessene foregår gjennom de seks trinnene som danner grunnlaget for innholdet i kunnskapsområdene (Den norske jordmorforeningen, 2016).

Å ha fagkompetanse innebærer å være kvalifisert til å ta beslutninger og ivareta og utøve oppgaver som kreves gjennom yrkesfunksjonen (Kringeland, 2017). Å veilede mødre i ulike problemstillinger knyttet til amming er sentralt i jordmors yrkesfunksjon (Alquist, 2016; Den norske jordmorforeningen, 2016; Kringeland, 2017). Teoretisk kunnskap hjelper jordmødre å forstå og reflektere under situasjoner i praksis. Erfaringsbasert kunnskap bidrar til bruk av teoretisk kunnskap og styrker ferdighetene. I tillegg må enhver jordmor være innstilt på å arbeide kunnskapsbasert, slik at holdninger og praksis blir endret (Reinar & Blix, 2017).

KBP på føde- og barselavdelinger er avgjørende for å implementere god ammeveiledning (Chapin et al., 2021), og det kan bidra til økt kvalitet på tjenestene ved at helsepersonell implementerer forskning og oppdatert kunnskap (Nortvedt et al., 2012). Jordmødre bruker denne kunnskapen for å utøve best mulig praksis (Reinar & Blix, 2017).

3 METODE

I litteraturen defineres metode som en fremgangsmåte for å komme frem til ny kunnskap og et verktøy for å løse problemer (Dalland, 2020). Kapitlet presenterer studiedesign og valg av metode knyttet opp mot forskningsprosessen. Fremgangsmåten som har ført til kunnskapen som belyses og besvarer problemstillingen fremstilles i kapitlet.

3.1 Studiedesign

En tverrsnittstudie samler inn data fra et gitt tidspunkt, og gir et øyeblikksbilde av fenomenet som undersøkes (Laake & Benestad, 2008; Tufte, 2018). Studiedesignet gir mulighet for å generalisere resultatene ved å behandle dataene statistisk (Dalland, 2020; Tufte, 2011, 2018). Masteroppgaven er basert en utført spørreundersøkelse med kvantitativ tilnærming designet av NKA med bakgrunn i MBV-standard og ti trinn for vellykket amming. Studiedesignet gir mulighet for en helhetlig oversikt over helsepersonells kunnskap knyttet til amming på deltagende føde- og barselavdelinger i Norge.

3.2 Datamaterialet

Spørreundersøkelsen foregikk fra 01.10.2020 til 30.04.2021. Datamaterialet inkluderte svar innsamlet i en periode på tre måneder, fra 01.10.2020 til 01.01.2021. Vedlagt er spørsmålene i spørreundersøkelsen (vedlegg 6) og informasjonsskriv til avdelingene (vedlegg 7 og 8).

3.2.1 Spørreskjemaet

Spørreskjemaet omhandlet helsepersonells veiledningskompetanse og kunnskap knyttet til morsmelkerstatning/ammning, og inkluderte 24 spørsmål med varierende form for svaralternativ. Enkelte spørsmål inneholdt svaralternativ som tillot flere avkryssninger. Noen ga mulighet for å velge ett til to svar, mens andre ga mulighet for å velge enten «ja», «nei» eller «annet». Enkelte spørsmål inkluderte kommentarfelt. Det ga respondentene mulighet til å tilføre informasjon dersom ingen oppgitte svaralternativer passet, og til å utdype (Fekjær, 2016). Spørreskjemaet inneholdt respondentenes subjektive oppfatning av egen kunnskap knyttet til amming. Selvrapporing som feilkilde vil diskuteres under metodediskusjon.

3.2.2 Rekruttering og utvalg

For å rekruttere helsepersonell til spørreundersøkelsen ble den distribuert som et elektronisk spørreskjema til fagutviklingsjordmødre ansatt på føde- og barselavdelinger i Norge.

Fagutviklingsjordmødre distribuerte spørreundersøkelsen videre til sine ansatte. Helsepersonell i spørreundersøkelsen er definert med stillingsbenevnelse som jordmødre, hjelpepleier/barnepleier, sykepleier, leger, studenter og annen form for helsepersonell. Kun sykehus som utfører keisersnitt ble inkludert i spørreundersøkelsen, av den grunn ble ikke fødestuer inkludert. Sykehusene ble delt inn under regionale helseforetak. I spørreundersøkelsen har 17 sykehus blitt inkludert fra region Helse Sør-Øst, seks fra Helse Vest, sju fra Helse Midt-Norge og ni fra Helse Nord. I Norge er 39 føde- og barselavdelinger godkjente som MBV-sykehus (Oslo Universitetssykehus, 2019). Av de inkluderte føde- og barselavdelingene er det to som for øyeblikket ikke har status som MBV-sykehus, men de følger MBV-standard og jobber mot neste evaluering. NKA har inkludert disse to avdelingene fordi det både var en kartleggingsundersøkelse og evaluering av MBV-standard (Nasjonal kompetansetjeneste for amming, personlig kommunikasjon, 31. mai 2021).

3.3 Dataanalyse

Målet med analyser er å fremstille datamaterialet slik at det gir en oversikt over fenomenet som studeres (Tuft, 2011). Analyser gir en systematisk beskrivelse ved fremstilling av tabeller og tallmål (Dalland, 2020; Tuft, 2018). På bakgrunn av oppgavens hensikt vil datamaterialet presenteres ved bruk av beskrivende statistikk. Datamaterialet ble behandlet og analysene gjennomført ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS (IBM Corp. Released 2020. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 27.0. Armonk, NY: IBM Corp).

3.3.1 Kontrollering og omkodning av data

Spørsmålene fra spørreundersøkelsen var lagt inn som tekst i SPSS og ble konvertert til tall og kategorier (Pallant, 2020). Svaralternativ som tillot flere avkryssninger, ble lagt inn som separate variabler i SPSS. Av den grunn inneholdt datasettet flere variabler enn de 24 spørsmålene. Variabler som besvarte problemstillingen ble valgt ut, kontrollert og omkodet. Sykehusene ble fordelt under en ny variabel, regionale helseforetak, for å anonymisere respondentene. Variablene ble kodet slik at verdien 0 representerte «nei» eller «ikke valgt» og 1 representerte «ja». Manglende svar ble registrert som egen kategori (missing data). Etter å ha gjort endringene var datasettet tilrettelagt for utførelse av statistiske analyser rettet mot problemstillingen.

3.3.2 Statistiske analyser

Beskrivende analyser ble gjennomført ved bruk av frekvensfordeling og krysstabeller. Frekvensfordeling ga en oversikt over antall enheter med de ulike verdiene på en variabel (Tuft, 2011), mens krysstabeller sammenlignet andelen tilfeller mellom to variabler (Thrane, 2018) som stillingsbenevnelse og helseregionene. For å undersøke forskjeller mellom helseregionene ble kjikvadrattest benyttet og signifikantnivået satt til 0,005 (Pallant, 2020). En signifikantstest ble gjennomført for å sikre at den statistiske analysen ikke består av tilfeldige variasjoner mellom variablene (Fekjær, 2016). Resultatene ble presentert som antall (N) og prosentandel (%) for å lettere gi et godt oversiktsbilde (Tuft, 2011). Variabler som tillot flere avkryssninger presenteres i antall og ikke prosentandel.

3.4 Etiske overveielser

Etiske prinsipper kan forklares som moralske læresetninger og skal fremme viktige verdier å være førende for praksisen (Heggstad, 2018). Helsefaglig forskningsetikk bygger på Helsinkideklarasjonen og gjør rede for grunnleggende prinsipper for medisinsk forskning på mennesker (Blix, 2017; Verdens legeförening, 2019). Mulige etiske overveielser ble undersøkt inne på nettsiden for Norsk senter for forskningsdata den 09.03.21. I forkant av spørreundersøkelsen søkte NKA personvernombudet med saksnummer 2010/21476.

Personvernombudet bekreftet at spørreundersøkelsen ikke krevde formalisering. Spørreundersøkelsen ble definert som en kartlegging og evaluering av MBV-standard, og det var ikke behov for REK godkjenning (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk). Opplysningene ble behandlet uten identifiserbar informasjon. Alle med tilgang til opplysningene har taushetsplikt.

3.4.1 Forforståelse og egne holdninger

Forforståelse er noe en forsker bringer med seg. Det innebærer at forskeren tar med seg egne erfaringer og tidligere ervervet fagkompetanse (Dalland, 2020). Under jordmorstudiets praksisperioder dannes et bilde av helsepersonells kunnskap knyttet til amming gjennom observasjon av ammeveiledning. I masteroppgaven vil egne meninger og erfaringer bli lagt til side, så langt det lar seg gjøre. Å være bevisst på egne synspunkter vil hindre at oppgaven og presentasjonen av resultatene blir påvirket.

4 RESULTAT

Resultatene består av et sammendrag, en artikkel (vedlegg 1) og utfyllende resultater om helsepersonells kunnskap knyttet til amming. Resultatene vises i form av tekst, tabeller og figurer. Enkelte resultater blir presentert opp mot regionale helseforetak for å gi oversikt over kunnskapen knyttet til amming på et regionalt nivå.

4.1 Sammendrag av vitenskapelig artikkel

Bakgrunn: Amming kan redde livet til over 3500 barn daglig, og har en betydning for en rekke positive helseeffekter hos både barnet og kvinnen på kort og lang sikt. Mor-barn-vennlig sykehus (MBV) er et verdensomspennende tiltak med hensikt å fremme amming og tidlig nærkontakt mellom mor og barn på føde- og barselavdelinger.

Hensikt: Å kartlegge helsepersonell sin kunnskap knyttet til amming på MBV-sykehus. Studien undersøker om helsepersonell har tilfredsstillende kunnskap knyttet til amming og forbedringsbehov.

Metode: En deskriptiv tverrsnittstudie med elektronisk spørreskjema. Datamaterialet ble innsamlet i en periode på tre måneder, fra 01.10.2020 til 01.01.2021, av Nasjonal kompetansetjeneste for amming.

Resultater: Totalt 1338 helsepersonell responderte fra 41 føde- og barselenheter. Over 85% kjenner til hovedindikatoren for MBV-standard og følger sykehusets ammep praksis. Kun 79% kjenner til «20 kunnskapspunkter». Over 80% har fått opplæring knyttet til amming og 90% har tatt e-læringskurs. Totalt 1083 helsepersonell har kunnskap om WHO-koden, men bare 64% mener de ikke gir morsmelkerstatning uten medisinsk indikasjon.

Konklusjon: Helsepersonell gir ofte morsmelkerstatning uten medisinsk indikasjon. Manglende ressurser og hektiske vakter setter begrensning for å kunne tilegne seg kunnskap knyttet til amming. Det er videre behov for ytterligere undervisning og opplæring for å bidra til økt kunnskap om «20 kunnskapspunkter», slik at helsepersonell tilfredsstiller kravene til MBV-standard.

Nøkkelord: Tverrsnittstudie, Mor-barn-vennlig sykehus, 20 kunnskapspunkter, Ti trinn for vellykket amming.

4.2 Utfyllende resultater

4.2.1 Rekruttering og utvalg

Spørreundersøkelsen inkluderte 1338 respondenter som har vært involvert i ammeveiledning. Fordelingen av helsepersonell under helseregioner uavhengig av stillingsbenevnelser viser at 654 (48,9%) tilhører Helse Sør-Øst, 264 (19,7%) Helse Vest, 266 (19,9%) Helse Midt-Norge og 154 (11,5%) Helse Nord.

Totalt 1275 respondenter oppga hvilken stillingsbenevnelse de har på føde- og barselavdelingen. Tabell 1 viser hvordan stillingsbenevnelserne er fordelt under landets fire regionale helseforetak og inkluderer antall manglende data knyttet opp til helseregionene.

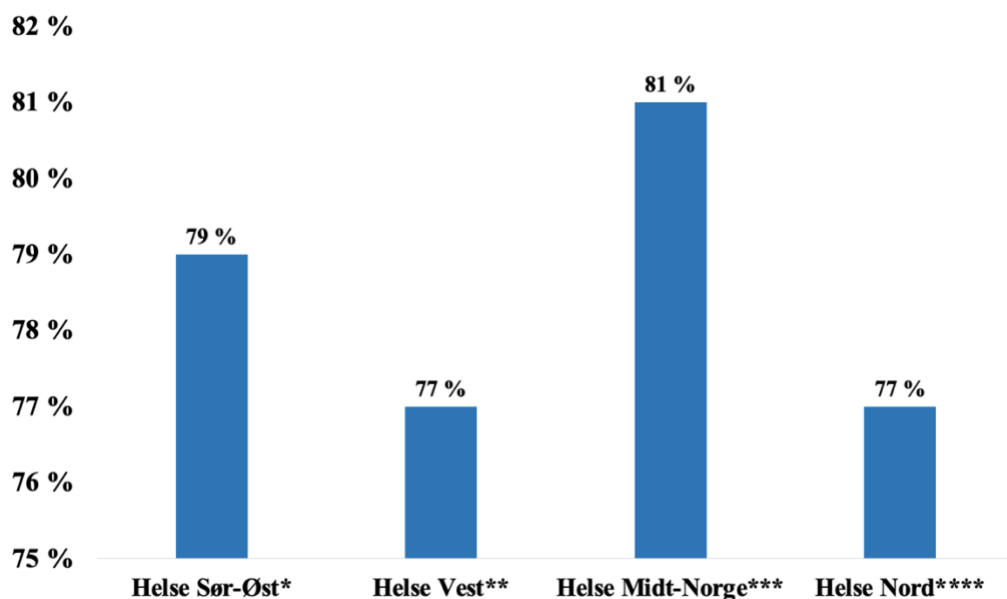
Tabell 1: Fordeling av helsepersonell mellom helseregionene

	Jordmor	Barnepleier/hjelpepleier	Annen stilling	Totalt
Helseregioner	N= 756 (%)	N= 458 (%)	N= 61(%)	N=1275(%)
Helse Sør-Øst*	348 (54,9)	258 (40,7)	28 (4,4)	634 (49,7)
Helse Vest**	136 (56,4)	92 (38,2)	13 (5,4)	241 (18,9)
Helse Midt-Norge***	174 (65,7)	74 (27,9)	17 (6,4)	265 (20,7)
Helse Nord****	98 (72,6)	34 (25,2)	3 (2,2)	135 (10,5)

*20 missing data. **23 missing data. ***1 missing data. ****19 missing data.

4.2.2 Kjennskap til «20 kunnskapspunkter»

Til sammen responderte 1078 på om de har kjennskap til «20 kunnskapspunkter». Figur 4 viser oversikten over landets regionale helseforetak og sammenligner svarandelen, uavhengig av stillingsbenevnelse. Av regionale helseforetakene kjenner 79% på Helse Sør-Øst til «20 kunnskapspunkter», 77% på Helse Vest, 81% på Helse Midt-Norge og 77% på Helse Nord.



*113 missing data. **65 missing data. ***51 missing data. ****31 missing data.

Figur 4: Oversikt over kjennskap til «20 kunnskapspunkter» i henhold til regionale helseforetakene.

4.2.3 Vurdering og evaluering av kunnskap knyttet til amming gjennom trinn to

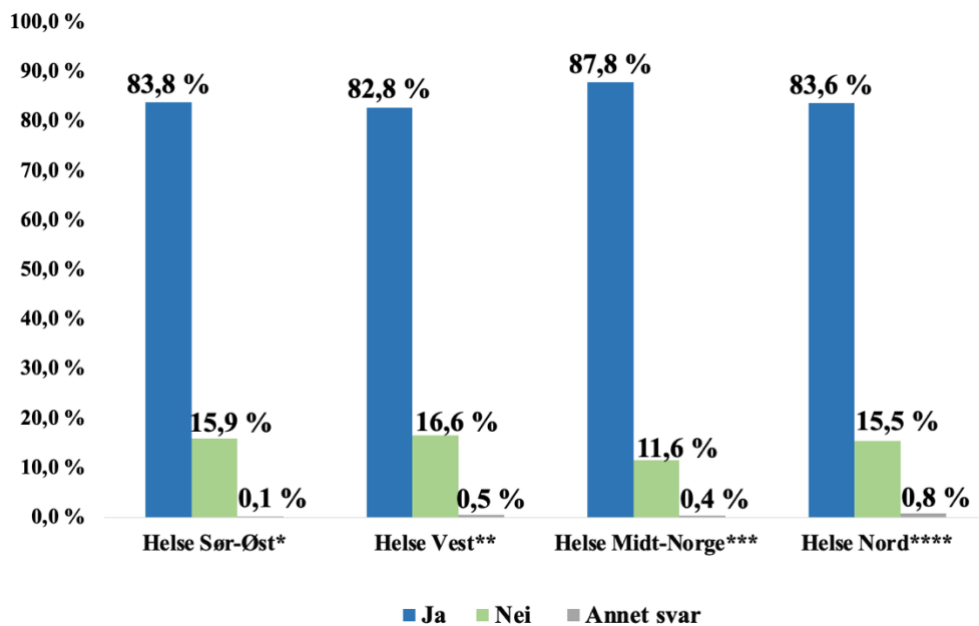
Tabell 2 viser en signifikant forskjell mellom helseregionene og e-læringskurs. Helseregionene ble sammenlignet mot hverandre og resultatet viser en signifikant forskjell med helse Sør-Øst og de tre andre regionale helseforetakene. Det er ingen signifikant forskjell mellom helse Nord, helse Midt-Norge og helse Vest.

Tabell 2: Sammenligning mellom e-læringskurs og helseregioner

	Ja N= 978 (%)	Nei N= 109 (%)	P-verdi*
Helseregioner			0.000
Helse Sør-Øst**	465 (85,3)	80 (14,7)	
Helse Vest***	188 (94,5)	11 (5,5)	
Helse Midt-Norge****	208 (95,0)	11 (5,0)	
Helse Nord*****	117 (94,4)	7 (5,6)	

*Pearson Chi-Square test. **109 missing data. ***65 missing data. ****47 missing data
*****30 missing data.

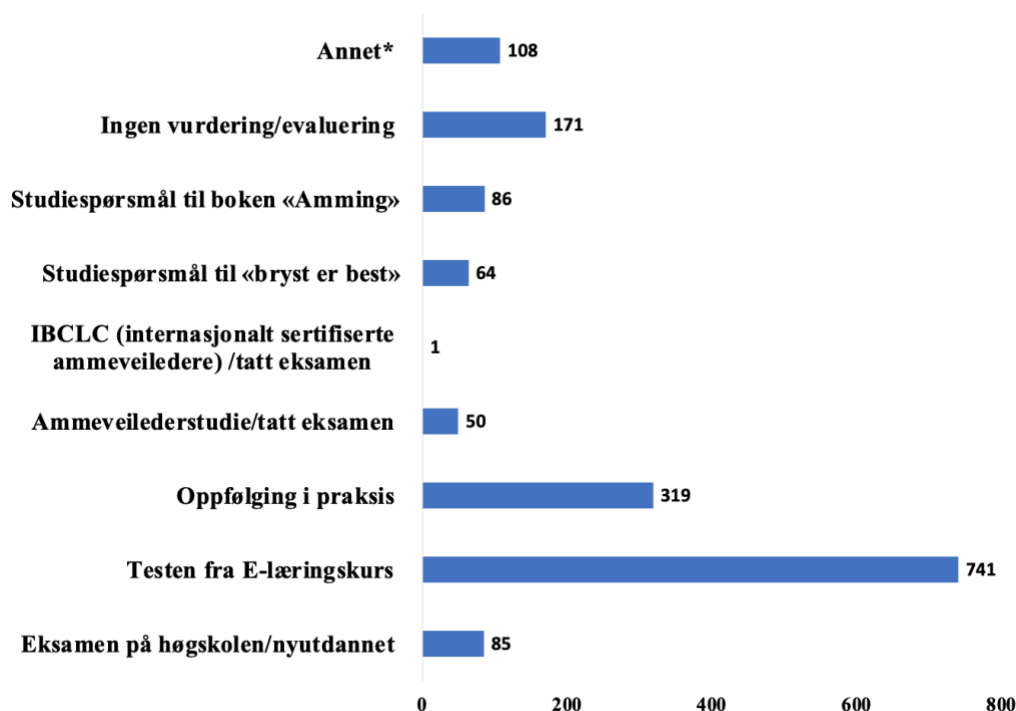
Til sammen oppga 1074 at de har fått opplæring om amming, enten ekstern eller intern undervisning, tid til selvstudier eller opplæring i praksis. Av de har 84,5 % «fått opplæring», 15,2 % har «ikke fått opplæring knyttet til amming» og 0,4% oppga «annet». Figur 5 viser oversikt over andelen opplæring i henhold til landets regionale helseforetak, uavhengig av stillingsbenevnelse.



*114 missing data. **66 missing data. ***52 missing data. ****32 missing data.

Figur 5: Andel opplæring i henhold til helseregioner.

Hvordan helsepersonell ble evaluert eller vurdert de siste to årene i sin kompetanse knyttet til amming ut fra «20 kunnskapspunkter» fremstilles i figur 6. Figuren presenterer hvilke svaralternativer helsepersonell oppga, og er uavhengig av stillingsbenevnelse og helseregioner. Ettersom helsepersonell kunne krysse av på flere svaralternativer er totalantallet 1625.



*Kommentar/forklar.

Figur 6: Ulike former for evaluering og vurdering knyttet til kunnskap om amming blant helsepersonell.

4.2.4 Tilrettelegging for amming gjennom kunnskap om betydningen av hud-mot-hud kontakt

Totalt 1039 oppga om avdelingen fremmer amming gjennom å sørge for uforstyrret hud-mot-hud kontakt etter fødsel gjennom trinn fire. Resultatet viser at 85,2% oppga «ja», 9,4% «det varierer fra person til person». Ytterligere 3,3% oppga «annet» og 2,0% «nei».

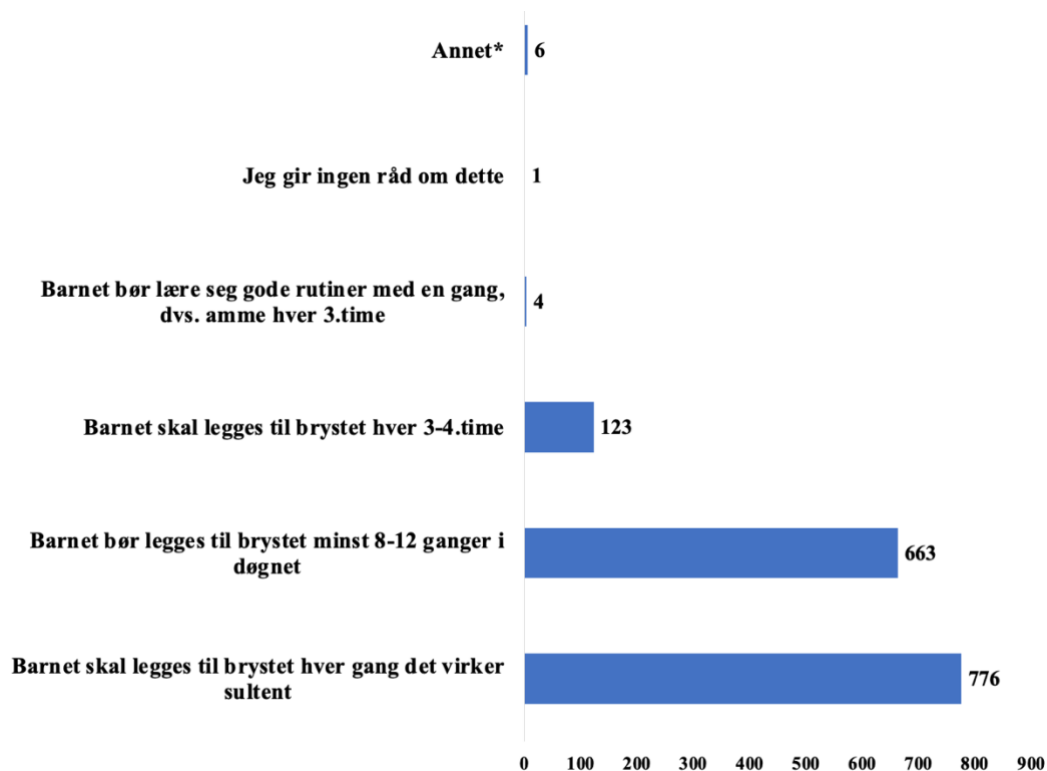
4.2.5 Å veilede mødre i det optimale ammemønsteret og gjenkjenne barnets tegn på sult

Til sammen responderte 1016 på om de kjenner til trinn åtte som omhandler å veilede mødre i å kjenne igjen og svare på barnets tegn til sult. Funnet viser at 98% kjenner til trinn åtte, mens 2% ikke gjør det. I henhold til hvilket tegn til sult helsepersonell oppgir, responderte totalt 1012. Resultatet viser at 62,1% informerte om at «barnet gaper og stikker tungen ut av munnen», 29,3% «barnet fører hånden til munnen», 4,8% «barnet får raske øyebevegelser når øynene er lukket». Øvrig oppga 2,9% «barnet gråter» og 0,9% «barnet beveger på armer og bein».

Under hvilken informasjon helsepersonell gir til mødre om hvor lenge barnet skal ligge ved brystet responderte 1123. Spørsmålet ga mulighet for å krysse av på flere svaralternativ. Til

sammen informerte 943 om «så lenge barnet vil ha brystet/slipper taket selv», mens 51 oppga «et begrenset tidsrom så hun ikke blir sår», 47 informerte at «mor må ikke la barnet suge for lenge så hun unngår å bli sår», 24 oppga «10 minutter på hver side» og 58 «annet».

Figur 7 presenterer hvilke råd helsepersonell gir mødre om hvor ofte hun bør amme. Spørsmålet ga mulighet til å krysse av på flere svaralternativer. Totalt 776 ga råd om «barnet skal legges til brystet hver gang det virker sultent», mens 663 ga råd om at «barnet bør legges til brystet minst 8-12 ganger i døgnet» og 123 om «barnet skal legges til brystet hver 3-4 time».



*Beskriv/kommentarer.

Figur 7: Råd om hvor ofte mødre skal/bør amme barnet.

5 DISKUSJON

I kapittelet diskuteres resultatene opp mot problemstillingen «Hvilken kunnskap har helsepersonell knyttet til amming på Mor-barn-vennlig sykehus i Norge?», kunnskapsbasert praksis og i lys av annen litteratur. Kapittelet er delt inn i tre deler. Første del tar for seg resultatdiskusjon, andre del presenterer metodediskusjon og siste del oppsummerer implikasjon for praksis.

5.1 Resultatdiskusjon

5.1.1 Kunnskap om Mor-barn-vennlig sykehus

Resultatene viser at 85,1% har kunnskap om hovedindikatoren for MBV-standard, som er «prosentantall mødre som begynner å amme og fullammer». Det er essensielt at helsepersonell har grunnleggende kunnskap om MBV-standard og prinsippene bak. Resultatene om hovedindikatoren for MBV-standard kan implisere at helsepersonell er innforstått med kravene til egen kompetanse knyttet til amming. MBV-sykehus har som ansvar å innfri kravene til WHO/UNICEFs ti trinn for vellykket amming (Alquist, 2016; Pound et al., 2016). Gjennom denne prosessen deltar jordmødre i utviklingen og iverksetting av en helsefremmende og forebyggende virksomhet (Fylkesnes, 2017). Dermed vil utvikling og fornyelse av jordmorvirksomheten gjennom KBP bidra til et forsvarlig helsetilbud. Resultatene kan videre antyde at helsepersonell har kunnskap om helsefordelene mor og barn får gjennom fullamming, og målet til MBV-standard. Pound et al., (2016) viser til at kunnskap om MBV-standard øker sjansen for implementering, og antyder at kunnskap knyttet til amming kan gi høyere aksept for MBV-praksis (Alquist, 2016).

Som et kvalitetssystem skal føde- og barselavdelinger registrere klinisk praksis knyttet til amming (Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2019b). Helsepersonells erfaring bidrar til å påvirke ammepraksisen (Pound et al., 2016). Gjennom et kvalitetssystem kan avdelingen studere erfaringsbasert kunnskap og kartlegge om ferdighetene hos helsepersonell er tilfredsstillende eller manglende (Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2019b; Nortvedt et al., 2012). Dermed vil helsepersonells kunnskap knyttet til amming skape refleksjon rundt praksisen på avdelingen. Totalt 86% oppga at det er viktig å registrere ammepraksisen for «å kartlegge om etablerte målsettinger er oppnådd». Funnet viser at helsepersonell har kunnskap om viktigheten av å registrere ammepraksisen. Likevel svarer ikke spørsmålet på om helsepersonell har kunnskap om målsettingene. Målsettingene inkluderer anbefalte indikatorer

som er tidlig ammestart og eksklusiv amming (Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2019b). For å bekrefte målsetningene skal en MBV-ansvarlig evaluere resultatene minst hver sjette måned for å følge opp avdelingens egen praksis. Dersom verdien av indikatoren er under 80% må avdelingen iverksette kompetansehevingstiltak (Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2019b). KBP kan iverksette endringer i praksis eller foreslå anbefalinger om endringer for å nå målsetningene. Ved å innhente erfaringsbasert kunnskap fra spørreundersøkelsen kan det skape refleksjon, og avdekke behov for forskningsbasert kunnskap (Fønhus, 2019).

5.1.2 Kjennskap til «20 kunnskapspunkter»

Kravet til helsepersonells kunnskap knyttet til amming går under trinn to (Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2019b), og krever opplæring av helsepersonell for å gjennomføre ammeveiledning (Balogun et al., 2017). Etter revisjonen i 2017 ble kravet til helsepersonell endret til å ha kunnskap om «20 kunnskapspunkter». Gjennom «20 kunnskapspunkter» skal helsepersonell ha tilstrekkelig med kunnskap for å følge ti trinn for vellykket amming. Imidlertid finnes det ingen studier basert på helsepersonells kunnskap om «20 kunnskapspunkter» verken før eller etter revisjonen (Nasjonal kompetansetjeneste for amming, personlig kommunikasjon, 6. Oktober 2021). I resultatene kom det frem at 79% av helsepersonell har kunnskap om «20 kunnskapspunkter». Ved å se på stillingsbenevnelsene viste resultatene en liten forskjell mellom barnepleiere/hjelpepleiere, jordmødre og annet helsepersonell. Som følge av funnene lå helsepersonell tett opp mot minstekravet til MBV-standard på 80% (Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2019b).

I henhold til landets regionale helseforetak viser resultatene at kun helse Midt-Norge ligger over kravet til MBV-standard, mens de resterende ligger under. Funnet er ikke signifikant, og det kan være tilfeldig variasjon mellom variablene som ble undersøkt. Som følge av nåværende krav til opplæring om amming, anbefales det å undersøke nærmere hvordan helsepersonell erverver kunnskap om «20 kunnskapspunkter».

Resultatene viser at 21% ikke har kjennskap til «20 kunnskapspunkter». Ut fra implementeringspunktene betyr det at helsepersonell må få gjennomgått internundervisning eller det må sørges for at personalet tar kurs eller får undervisning andre steder (Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2019b). Helsepersonell anser oppdatert kunnskap og ferdigheter for å støtte amming (trinn to) som viktig, men det er vanskelig å få tilgang til kurs i arbeidstiden eller ulønnet utdanningstid (Walsh, Pincombe & Henderson, 2011). Ifølge Pérez-

Escamilla et al. (2016) og Gavine et al. (2016) kan et MBV-opplæringskurs for helsepersonell bidra til økt forbedring av ti trinn for vellykket amming og implementering av trinnene i praksis. Kurs som inneholder både teori og praksis kan øke helsepersonells kunnskap og ferdighet knyttet til amming (Carvalho de Jesus, Couto de Oliveira & Fonseca, 2016; Chapin et al., 2021; Gavine et al., 2016; Ward & Byrne, 2011). Dessuten rapporterer helsepersonell om økt kompetanse og bedre holdning til amming etter en selvstudie-modul for amming (DeFoor & Darby, 2020). For det første vil refleksjoner over egne erfaringer knyttet til amming bidra positivt til helsepersonell sine holdninger (Alquist, 2016; Pérez-Escamilla et al., 2016). For det andre vil helsepersonell gjennom refleksjon over egne erfaringer erkjenne informasjonsbehov, stille spørsmål og evaluere egen og felles praksis i avdelingen (Fønhus, 2019; Reinart & Blix, 2017). På denne måten utøver helsepersonell KBP.

Først og fremst vil helsepersonell som har gjennomgått opplæring i ammeveiledning bidra til en økning av eksklusiv amming (McFadden et al., 2017; Ward & Byrne, 2011). Samtidig rapporterer mødre om bedre kvalitet på ammeveiledningen og ensartet råd (Ingram et al., 2011; Ward & Byrne, 2011). Etter gjennomgått ammeopplæring opplever helsepersonell å kunne gi oppdatert kunnskapsbaserte råd til mødre (Ingram et al., 2011). For øvrig er det ulike stillingsbenevnelser på føde- og barselavdelinger. Jordmorstudiet inkluderer effektiv utdanning som omfatter adgang til ny kunnskap, utvikling av ferdigheter og refleksjon omkring egne erfaringer (Alquist, 2016). Andre stillingsbenevnelser har ikke ammeopplæring inkludert i utdanningen eller tilstrekkelig ammeundervisning (Chapin et al., 2021; Yang et al., 2018). Yang et al. (2018) kunne rapportere om en signifikant forskjell mellom kunnskapen knyttet til amming før og etter et utdanningsprogram blant sykepleiestudenter. Suksessen fra kurs eller utdanningsprogrammer er også avhengig av støtten helsepersonell får fra avdelingen (Ward & Byrne, 2011). På et klinisk nivå skal avdelingsleder sørge for at grunnleggende kompetanse er til stede og oppdatert (Chapin et al., 2021). Avdelingsleder skal skape mulighet for helsepersonell til å bruke sin kunnskap for å utøve best mulig praksis (Reinart & Blix, 2017).

5.1.3 E-læringskurs og ammeprosedyre

Ifølge resultatene fra spørreundersøkelsen har 90% ervervet seg kunnskap knyttet til amming gjennom e-læringskurs. Når det gjelder bruken av e-læringskurs viser resultatene en signifikant forskjell mellom de regionale helseforetakene, hvor helse Sør-Øst skiller seg ut. Det er ingen signifikant forskjell mellom helse Nord, helse Vest og helse Midt-Norge når det gjelder e-

læringskurs. Likevel er det usikkert hvor forskjellen ligger og det bør undersøkes ytterligere i videre studier. Resultatene viser at 10% ikke har tatt kurset. NKA mener ammeveiledene helsepersonell bør bli evaluert i sin kompetanse knyttet opp mot «20 kunnskapspunkter». Derfor utformet NKA e-læringskurs basert på WHO/UNICEFs oppdaterte og evidensbaserte ti trinn for vellykket amming. Målet med kurset er å sikre ammeveiledende helsepersonell oppdatert kunnskap om trinnene (Oslo universitetssykehus, 2020). Jordmorfaget bygger på utvikling og deling av kunnskap gjennom erfarings- og forskningsbasert kunnskap (Fylkesnes, 2017). E-læringskurset kan bidra til forbedret ammepraksis gjennom refleksjon og spørsmålsformulering rundt egen praksis, og er det eneste utdanningsverktøyet tilbudt på avdelingene (Walsh et al., 2011).

Under trinn én inngår det administrative ansvaret om å ha en skriftlig ammeprosedyre og en opplæringsplan (Alquist, 2016; Hansen, 2017b; Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2019b). Av den grunn har MBV-sykehus en ammeprosedyre for å sikre ensartet og kunnskapsbasert ammeveiledning (Myrset, 2020). En ammeprosedyre retter krav til helsepersonells kunnskap om amming, og den skal rutinemessig formidles til helsepersonell (Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2019b; Oslo Universitetssykehus, 2018).

En hovedutfordring til implementering av MBV-standard er kunnskapsrelaterte barrierer i form av utilstrekkelig ammeinformasjon fra ulike helsepersonell og manglende kvalifikasjoner (Alquist, 2016; DeFoor & Darby, 2020; Gavine et al., 2016; Semenic, Childerhose, Lauzière & Groleau, 2012; Ward & Byrne, 2011). Det kan føre til at helsepersonell ikke gir ensartet og oppdatert informasjon (Alquist, 2016). Av den grunn kan mødre miste troverdighet og tillit til helsepersonell, som kan påvirke amming negativt (Lechosa Muñiz et al., 2020). På én side krever helsepersonell å få oppdatert evidensbasert informasjon (Fallon et al., 2016). På en annen side er det mangel på motivasjon, tilgjengelige ressurser og tid, faktorer som hindrer opplæringen i helsevesenet (Carvalho de Jesus et al., 2016; Walsh et al., 2011). Nevnte faktorer kan gjøre det utfordrende å gjennomføre e-læringskurs under en arbeidsdag. Likevel anbefales helsepersonell å få avsatt tid til å gjennomføre opplæring, e-læringskurs og selvstudie. Det kan bidra til å sikre helsepersonells kunnskap knyttet til amming og praktisering av «20 kunnskapspunkter».

5.1.4 Vurdering og evaluering av kunnskap knyttet til amming gjennom trinn to

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at 84,5% har fått opplæring om amming i løpet av de siste to årene, som tilfredsstillende kravene til MBV-standard (vedlegg 4). Et av formålene til jordmorpraksisen er kontinuerlig forbedring av tjenestene. Derfor har enhver jordmor ansvar for å avdekke behov og tilegne seg oppdatert og nødvendig kunnskap for utførelse av jordmoroppgaver (Den norske jordmorforeningen, 2016; Kringeland, 2017). I spørreundersøkelsen rapporterte helsepersonell om opplæring gjennom «ammeprat» i lunsjen og kollegaveiledning. Det kan diskuteres hvorvidt dette går under definisjonen «opplæring». Derimot rapporterte enkelte om fagdager på avdelingen som omhandlet kunnskap knyttet til amming. I tillegg har noen oppdatert seg selv via prosedyrer og nettbasert informasjon, mens enkelte har tatt videreutdanning i ammeveiledning. Imidlertid rapporterte spørreundersøkelsen om manglende avsatt tid, og at helsepersonell dermed har hatt opplæring i form av selvstudie. Walsh et al. (2011) understreker viktigheten av obligatorisk ammeopplæring, men oppgir vanskeligheter med tilgang. Helsepersonell rapporterte om opplæring knyttet til amming under utdanning, og enkelte påpeker at de stadig får oppfølging på avdelingen uten å utdype hva det innebærer.

Spørreundersøkelsen kartla videre hvordan helsepersonell ble evaluert/vurdert i sin kompetanse om «20 kunnskapspunkter» i løpet av de siste to årene. Resultatene fra undersøkelsen viser at flest ble evaluert/vurdert gjennom e-læringskurs og oppfølging i praksis, og totalt ble 1454 evaluert/vurdert. Likevel er det vanskelig å konkludere med hvor mange som ble evaluert/vurdert under hvert svaralternativ. Som følge av spørreundersøkelsens utforming kunne helsepersonell krysse av på flere svaralternativer. Imidlertid oppga 171 at de ikke har fått noe form for evaluering/vurdering, mens 108 oppga «annet». For øvrig er det vanskelig å uttale seg om hva helsepersonell legger i sistnevnte. I spørreundersøkelsens kommentarfelt har helsepersonell rapportert om evaluering/vurdering gjennom fellesundervisning og fagdager med internundervisning. Helsepersonell uttrykte at de ble evaluert/vurdert gjennom egenstudier og avdelingens faglige ammeperm. Samtidig opplyste noen om evaluering/vurdering gjennom tilbakemeldinger fra mødre, fagdiskusjoner og av caser med kollegaer. Ut fra kommentarfelt er det vanskelig å vite om helsepersonell mente de ble evaluert/vurdert ut fra «20 kunnskapspunkter» eller deres generelle kunnskap om amming.

5.1.5 Implementering av WHO-koden og hindre bruk av morsmelkerstatning uten medisinsk indikasjon

Spørreundersøkelsen viser at 1083 helsepersonell har kunnskap om at «WHO-koden er et sett med anbefalinger som skal regulere markedsføringen av morsmelkerstatninger, flasker og smokker». På bakgrunn av trinn én, seks og kunnskapspunkt 20, er helsepersonell som arbeider med pleie av mor og barn for å fremme amming, pliktig til å gjøre seg kjent med bestemmelsene i WHO-koden (Alquist, 2016; Gavine et al., 2016; Oslo Universitetssykehus, 2019). For det første har myndighetene ansvar for å sikre kunnskapsbasert informasjon om WHO-koden. For det andre skal helsepersonell fremme amming, gi informasjon og veiledning til foreldre og implementere WHO-koden i praksis (Gavine et al., 2016; Oslo Universitetssykehus, u.å). For å implementere WHO-koden skal avdelingene ha en prosedyre som beskriver hvordan helsepersonell følger koden (Oslo Universitetssykehus, 2019). Imidlertid er det både jordmor og leder av jordmortjenesten sitt ansvar å ha evnen til å reflektere og tenke kritisk, samtidig å følge med og delta i forskning og utvikling innen jordmorfaget (Kringeland, 2017). Markedsføring av morsmelkerstatning kan påvirke ammefrekvens negativt, og implementering av ti trinn for vellykket amming vil minske bruken av morsmelkerstatning (Pound et al., 2016; Semenic et al., 2012; World Health Organization, 2018). Derfor har NKA utformet en prosedyre for medisinske kriterier for bruk av morsmelkerstatning (Hansen, 2017b; Oslo Universitetssykehus, 2019). Prosedyren er et tiltak mot morsmelkerstatning som rask løsning for håndtering av ammeutfordringer (Semenic et al., 2012; Ward & Byrne, 2011).

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at 64% oppga at avdelingen følger trinn seks «ikke gi morsmelkernærte nyfødte noen annen form for næring eller drikke enn morsmelk unntatt når det er medisinsk indikasjon». Medisinske kriterier for bruk av morsmelkerstatning ble utarbeidet i forbindelse med prosjektet MBV-initiativ (Alquist, 2016; Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2019b; Semenic et al., 2012). Manglende overholdelse av trinn seks kan gi økt risiko for lavere ammeforekomst (Pérez-Escamilla et al., 2016). Det bygger videre på sammenhengen mellom morsmelkerstatning tidlig i ammeforløpet og tidlig ammeslutt (Alquist, 2016). Morsmelkerstatning fordøyes saktere enn morsmelk og kan føre til forstyrrelse av melkeproduksjonens etablering ved av at barnet vil die færre ganger (Alquist, 2016; Fallon et al., 2016; Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2019b). Således kan morsmelkerstatning hindre betydningsfulle helsefordeler mor og barn får gjennom amming (Helsedirektoratet, 2014; Ward & Byrne, 2011; Yang et al., 2018). Bruk av morsmelkerstatning kan bidra til at sykehus som ønsker å følge MBV-standard ikke oppfyller kravet til

hovedindikatoren om prosentandelen mødre som begynner å amme og fullammer (Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2019b). Retningslinjer for bruk av morsmelkerstatning er kunnskapsbaserte og utarbeidet gjennom de seks trinnene i KBP (figur 3) (Helsedirektoratet, 2014). Hensikten med konkrete retningslinjer er å tydeliggjøre standarden for praksisen (Helsedirektoratet, 2014). Det kan hjelpe helsepersonell med å ta objektive beslutninger (Blix, 2017). Resultatene viser at 632 helsepersonell ga morsmelkerstatning uten medisinsk indikasjon. En grunn til bruk av morsmelkerstatning kan være manglende kunnskap om de medisinske kriteriene og ingen konsekvenser for bruken (Semenic et al., 2012). Et tiltak for å endre holdninger til bruk av morsmelkerstatning som rask løsning kan være opplæring om amming og morsmelkerstatning (Ward & Byrne, 2011; Yang et al., 2018). I spørreundersøkelsen oppga helsepersonell at morsmelkerstatning ble gitt til barn av mødre med redusert helsetilstand som ikke orket å amme, pumpe eller håndmelke og ved mors ønske. Noen oppga at enkelte helsepersonell har lav terskel for å gi morsmelkerstatning uten medisinsk indikasjon, mens andre sjeldent opplevde det. Nasjonal kompetansetjeneste for amming (2019b) påpeker at mangel på ressurser, tid eller kunnskap hos helsepersonell ikke er medisinske indikasjoner for å gi morsmelkerstatning. Likevel rapporterte helsepersonell at de ga morsmelkerstatning grunnet lavbemanning og for høyt arbeidspress til å kunne gi ammeveiledning. For øvrig kom det frem i spørreundersøkelsen at morsmelkerstatning ble gitt til urolige og sultne barn som ikke roer seg ved brystet, slitne mødre og under avlastning på natt. Imidlertid oppga ikke helsepersonell om de har prøvd andre løsninger i slike tilfeller. Enkelte oppga keisersnitt og «kultur» som årsak til at de ga morsmelkerstatning. Det er uklart om kulturen er rettet til avdelingen eller etnisitet til helsepersonell eller mor.

5.1.6 Tilrettelegging for amming gjennom kunnskap om betydningen av hud-mot-hud kontakt

Ifølge resultatene oppga 85,2% at avdelingen følger trinn fire «Sørge for at mor og barn kan ha uforstyrret hud-mot-hud kontakt og støtte mødre i å komme i gang med ammingen så snart som mulig etter fødselen». På bakgrunn av resultatene kan det antydes at helsepersonell har kunnskap om betydningen hud-mot-hud kontakt har for etablering av amming. Grunnet trinn fire, kunskapspunkt fire og ti skal det tilrettelegges og oppmuntres til tidlig uforstyrret hud-mot-hud kontakt mellom mor og barn så raskt som mulig etter både vaginal fødsel og keisersnitt, i minst en time (Abdulghani et al., 2018; Burgio et al., 2016; Helsedirektoratet, 2014; Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2019b; Ward & Byrne, 2011). Først og fremst vil barnet instinktivt søke etter brystet og begynne å suge ved hud-mot-hud kontakt (Alquist, 2016). Dermed vil barnet komme oftere til brystet som er vesentlig for etablering av amming

(Alquist, 2016; Burgio et al., 2016; Hansen, 2017a; Helsedirektoratet, 2014). For det andre vil mødre bli kjent med barnets atferd og behov som danner grunnlaget for å kjenne igjen og svare på barnets tegn på sult (trinn åtte) (Abdulghani et al., 2018; Alquist, 2016; Ward & Byrne, 2011; World Health Organization, 2018). Både trinn fire og åtte ble evaluert og forbedret etter gjennomgått kurs blant helsepersonell på barsel (Zakarija-Grković et al., 2012).

Helsepersonell rapporterte i spørreundersøkelsen at de var flinke til å legge barnet hud-til-hud med mor. Imidlertid klarer ikke alle å gjennomføre anbefalingen om hud-mot-hud innen fem minutter og med én times varighet (Ward & Byrne, 2011). Walsh et al. (2011) beskriver vanskeligheter med å utføre hud-mot-hud kontakt etter keisersnitt på grunn av bemanning, rutiner og det fysiske miljøet. Helsepersonell oppga lignende utfordringer i spørreundersøkelsen. Flere påpekte at mulighet til å være borte fra avdelingen varierer på grunn av lav bemanning og kapasitet. Tidsmangel er et tilbakevendende hindrer og setter begrensinger for utøvelse av KBP (Skogheim, Kongslie & Hanssen, 2019). Dersom mor trenger ekstra oppfølging og observasjon etter keisersnitt kan partner være en god ressurs (Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2019b). Når mor og barn ble adskilt etter fødsel er det viktig å gi anledning til å «starte på nytt» når situasjonen tillater det (Alquist, 2016; Hansen, 2017a; World Health Organization, 2018).

Gjennom kunnskapspunkt to kreves det av helsepersonell å bruke sine ferdigheter til å bygge opp tillitt og gi støtte og råd til mor (Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2019a). Mødres tillit til egen evne til å amme, er en hovedfaktor for ammingens start og varighet. Derfor er det viktig med god veiledning tidlig etter fødsel for å hjelpe mødre med å amme helt fra begynnelsen (Abdulghani et al., 2018; Burgio et al., 2016; Kellams, 2020).

5.1.7 Å veilede mødre i det optimale ammemønsteret og gjenkjenne barnets tegn til sult

Spørreundersøkelsen viser at 98% helsepersonell har kunnskap om trinn åtte «Å veilede mødre i å kjenne igjen og svare på barnets tegn på sult». Trinnet henger sammen med kunnskapspunkt seks «å veilede en mor i hvordan man best får barnet til brystet» (Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2019a). Ved å gi ammeveiledning i henhold til trinn åtte kan mødre respondere tidlig på barnets tegn til sult og tilby brystet tidsnok. Helsepersonell på føde- og barselavdelinger spiller derfor en avgjørende rolle for å støtte kvinner med amming (Balogun et al., 2017; Gavine et al., 2016). For det første kan helsepersonell gjennom erfaringsbasert kunnskap bygge opp tillitt, gi støtte og råd til mødre (Nasjonal kompetansetjeneste for amming,

2019a). For det andre kan helsepersonellens ferdigheter, kunnskap og holdninger til amming overføres til mødrene de første dagene etter fødsel (Burgio et al., 2016; Chapin et al., 2021; Hansen, 2017a; Yang et al., 2018). Ved å gjennomføre ammeobservasjoner kan helsepersonell informere om det optimale ammemønsteret, som går under kunnskapspunkt én, fire, fem og syv (Alquist, 2016; Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2019a).

Når det gjelder tegn til sult er det nødvendig at helsepersonell informerer mødre om hvilke tegn til sult barnet kan uttrykke, slik at brystet tilbys tidsnok (Hansen, 2017a; Oslo Universitetssykehus, 2018). Resultatet viser at 97,1% oppga svaralternativ definert som tidlig stadium under barnets tegn til sult, mens 2,9% oppga «gråt» definert som et sent stadium (Alquist, 2016). Funnet kan antyde at helsepersonell har kunnskap om de ulike stadiene og hvilke tegn de skal informere om først. Spørreundersøkelsen inkluderte fem mulige svaralternativer. Fire av alternativene går under tidlige stadium og ett går under sent. Derimot finnes det syv stadier som innebærer at spørreundersøkelsen ikke inkludert to av stadiene definert som mellomstadium av tegn til sult (Alquist, 2016).

Mødre krever mye informasjon om amming, men veiledningen samsvarer ikke med retningslinjene i praksis. Helsepersonell gir forskjellig råd om ammingens hyppighet og varighet og begrensninger og tidsplaner (Fallon et al., 2016). Motstridende informasjon kan føre til negativ ammeforekomst (DeFoor & Darby, 2020). Av den grunn har manglende kunnskap om hvordan ammingen fungerer satt et fokus på helsepersonells kunnskap og ferdigheter (Alquist, 2016). Spørreundersøkelsen belyste hvilke informasjon helsepersonell ga angående varighet og hyppighet. Ammevarigheten har betydning for barnet energiinntak, mens hyppigheten har betydning for melkemengden mor produserer (Alquist, 2016; Fallon et al., 2016; Hansen, 2017a). For det første vil opplæring knyttet til amming forbedre rådene helsepersonell gir om ammingens hyppighet og varighet (Zakarija-Grković et al., 2012). For det andre viser opplæring til økt ammehyppighet og varighet (Ward & Byrne, 2011). Dermed er det en tydelig sammenheng mellom implementering av ti trinn for vellykket amming og ammevarigheten (Zakarija-Grković et al., 2012).

Ammingens varighet og hyppighet er påvirket av brystet anatomi, barnets evne til å suge og samspillet mellom mor og barn (Alquist, 2016; Fallon et al., 2016). Det er betydningen av ammevarigheten helsepersonell viser god kunnskap om ved at 943 oppga selvregulering, «så lenge barnet vil ha brystet/slipper taket selv». Selvregulering er den anbefalte tilnærmingen når

det gjelder ammevarighet (Alquist, 2016; Fallon et al., 2016; Hansen, 2017a). Et hinder for selvregulering er såre brystknopper (Fallon et al., 2016; Hansen, 2017a). Spørreundersøkelsen viser til kunnskap hos helsepersonell om sammenhengen mellom ammevarighet og såre brystknopper, siden 51 informerte mødre å amme «et begrenset tidsrom så hun ikke blir sår» og 47 om at «mor må ikke la barnet suge for lenge så hun unngår å bli sår». Samtidig har helsepersonell rapportert i spørreundersøkelsen om ammevarigheter innenfor rimelige grenser og med forbehold om riktig sugeteknikk, effektiv diing og ammestilling. God sugeteknikk hos barnet styrer varigheten på ammingen gjennom selvregulering, og det kan ta 30 minutter å die ferdig på et bryst (Alquist, 2016). Ved lang ammevarighet eller såre brystknopper kan helsepersonell utføre ammeobservasjon å vurdere om barnet suger effektivt med riktig sugetak (Hansen, 2017a; Kellams, 2020). I spørreundersøkelsen oppga helsepersonell ammevarigheter fra 10-30 minutter på et bryst, mellom 20-60 minutter per amming og selvregulering. Ut fra svaralternativene er det usikkert om helsepersonell ga informasjon om ammevarighet basert på barnets energiinntak eller forebygging av såre brystknopper (Alquist, 2016; Hansen, 2017a). Imidlertid samsvarer helsepersonell sine kommentarer med anbefaling om ammevarigheten, og viser til kunnskap knyttet til amming (Alquist, 2016; Fallon et al., 2016). Dessuten vil god og riktig informasjon til mødre om ammevarigheten bidra til vellykket amming (Fallon et al., 2016).

Mødre har ulike forventninger og kunnskap om amming, og helsepersonell bør informere om ammehyppigheten, melkens sammensetning og forventet melkemengde (Kellams, 2020; Kent et al., 2006). Det anbefales en ammehyppighet på minimum seks til åtte ganger i døgnet (Alquist, 2016; Fallon et al., 2016; Hansen, 2017a; Kent et al., 2006). Helsepersonell viser god kunnskap om ammehyppigheten siden 663 oppga «barnet bør legges til brystet minst 8-12 ganger i døgnet», som samsvarer med anbefalingene (Alquist, 2016; Fallon et al., 2016; Hansen, 2017a; Kent et al., 2006). Videre oppga 123 at de ga rådet «barnet skal legges til brystet hver 3-4 time» som tilsvarer seks til åtte ganger i døgnet. I kommentarfeltet oppga helsepersonell hver andre til fjerde time, åtte til 12 ganger i døgnet og selvregulering. Når det gjelder friske barn født til termin kan de bestemme hyppigheten og varigheten til ammingen gjennom selvregulering (Fallon et al., 2016; Hansen, 2017a). Helsepersonell viser god kunnskap om selvregulering da 776 oppga «barnet skal legges til brystet hver gang det virker sultent» (Alquist, 2016; Fallon et al., 2016; Hansen, 2017a). Derimot ga ikke spørreundersøkelsen informasjon om helsepersonells kunnskap om betydningen av ammingens hyppighet og varighet.

5.2 Metodediskusjon

5.2.1 Rekruttering og utvalg

For å rekruttere helsepersonell ble spørreundersøkelsen utsendt på e-post, som ga mulighet til å sende ut påminnelser. En begrensning er usikkerheten om hvor stor andel helsepersonell i Norge som arbeider med ammeveiledning, sammenlignet med helsepersonell som har besvart undersøkelsen. Det er uklart hvilke kunnskap helsepersonellet har og deres erfaring knyttet til amming, noe spørreundersøkelsen ikke avdekket. Imidlertid ble det ikke oppgitt antall helsepersonell som har mottatt undersøkelsen. Dermed er det ingen forventet svarrespons og vanskelig å uttale seg om størrelsen på dekningsgraden, og generaliserbarheten kan bli svekket (Dalland, 2020).

5.2.2 Styrker og begrensninger ved tverrsnittstudier som design

Tverrsnittstudier, som spørreundersøkelser, blir ofte gjennomført som digitale undersøkelser (Tuft, 2018). Fordelen med digitale undersøkelser er at de krever få ressurser, er lett tilgjengelige og en kostnadseffektiv metode som kan nå ut til mange (Chapin et al., 2021; Dalland, 2020; Fekjær, 2016; Thrane, 2018). Tverrsnittstudier kan ha stor verdi da viktige fenomen på et bestemt tidspunkt belyses (Laake & Benestad, 2008; Tuft, 2018). Samtidig kan enkelte deskriptive analyser få frem endringer over tid (Thrane, 2018).

En utfordring med tverrsnittstudier er frafall (Eberhard-Gran, 2017). Det kan være færre responderer i dagens samfunn fordi undersøkelser ofte er utviklet av ukvalifiserte personer (Fekjær, 2016), eller firmaer. På én side kan respondentene falle fra som følge av temaer som ikke interesserer den enkelte (Fekjær, 2016). På en annen side kan personer av interesse for fenomenet ha større sannsynlighet for å svare (Pound et al., 2016). Imidlertid kan svarprosenten være tilfredsstillende dersom frafallet er systematisk. Det vil si at frafallet kan være problemfritt når de som ikke har svart ikke skiller seg fra respondentene (Dalland, 2020; Fekjær, 2016; Tuft, 2011). En høy svarprosent på tverrsnittstudier bidrar til mer presise resultater (Eberhard-Gran, 2017; Tuft, 2018), og fordelen med spørreskjemaer er at de kan gi nyttig informasjon selv om enkelte ikke svarer eller opplever at svaralternativene ikke passer (Fekjær, 2016). Videre kan formulering av spørsmålene føre til en begrensning, dersom det er uklart hva som etterspørres eller at respondentene ikke tar undersøkelsen seriøst og oppgir uriktige svar (Fekjær, 2016). Det kan føre til dårlig kvalitet på innsamlet data (Fekjær, 2016). Fordelen med

kvantitative metoder er at de lettere kan generalisere, og resultater fra undersøkelser kan være gyldig for større grupper (Fekjær, 2016; Tufte, 2018).

5.2.3 Styrker og begrensninger ved spørreskjemaet i spørreundersøkelsen

Først og fremst er spørreskjemaet et nyttig verktøy for å oppdage manglende kunnskap (Lechosa Muñiz et al., 2020). Informasjonen gitt i spørreskjemaet er egnet for å beskrive helsepersonells kunnskap knyttet til amming. Samtidig gir studiedesignet gode muligheter for en helhetlig oversikt over helsepersonells kunnskap knyttet til amming på føde- og barselavdelinger i Norge. En begrensning med spørreskjemaet er frafall og manglende data som forekommer i undersøkelsen (Tufte, 2011). Frafall er et økende problem i helsevesenet (Fekjær, 2016; Pound et al., 2016). Hvorfor helsepersonell ikke har gjennomført spørreundersøkelsen eller latt være å besvare visse spørsmål, er usikkert. Helsepersonell kan oppleve som de er i en eksamenssituasjon på grunn av «kunnskapsspørsmålene» i spørreundersøkelsen. Av den grunn kan de ha oppgitt svar som tilsier at de har mer kunnskap enn realiteten (Tufte, 2018). I tillegg inneholdt spørreundersøkelsen selvrapportering som feilkilde. Helsepersonells subjektive mening knyttet til kunnskap om amming belyses og ikke den objektive. Noen spørsmål fremsto ledende, eks. «Følger avdelingen trinn 4?». Slike formuleringer bør inneholde en forklaring på hvorfor de er ledende (Tufte, 2018). Det er også viktig at spørsmålene samsvarer med svaralternativene slik at undersøkelsen ikke inneholder alternativer som ikke er dekket (Tufte, 2018). Et eksempel er barnets tegn til sult som kan deles inn i sju stadier, mens spørreundersøkelsen inkluderte fem (Alquist, 2016). En annen begrensning er formulering av spørsmålene og svaralternativene. Noen spørsmål var lignende, som spørsmålene om ammevarighet og ammehyppighet. Det er dermed usikkert om helsepersonell forsto forskjellen og hva spørreundersøkelsen etterspurte.

Datamaterialet tillot flere avkryssninger og det førte til at hvert svaralternativ ble lagt inn som egen variabel i SPSS. Dermed har det vært vanskelig å gjennomføre enkelte statistiske analyser for å beskrive resultatene. Flere spørsmål oppga svaralternativet «annet» uten å definere hva det inkluderte. Spørreskjemaet ga mulighet til å kommentere enkelte spørsmål. Kommentarfeltet åpnet opp for å tilføre informasjon dersom svaralternativene ikke passet og til å utdype svaret. Det kan gi informasjon om helsepersonellens oppfatninger og holdninger (Fekjær, 2016).

5.3 Implikasjon for praksis

I spørreundersøkelsen kom det frem at hektiske vakter og ulønnet utdanningstid er barrierer for at helsepersonell skal kunne tilegne seg kunnskapen som trengs for å følge ti trinn for vellykket amming. Barrierene kan være årsaken til at avdelingene gir morsmelkerstatning uten medisinsk indikasjon og ikke har tid til å tilegne seg oppdatert kunnskap om ammingens helsefordeler. For at helsepersonell skal ha muligheten til å sørge for hud-mot-hud kontakt og oppdatere seg på kunnskap knyttet til amming er de avhengig av avsatt tid og økt bemanning. Undersøkelsen viser at ytterligere undervisning og opplæring for å bidra til økt kunnskap om «20 kunnskapspunkter», slik at helsepersonell tilfredsstiller kravene på MBV-sykehus.

6 KONKLUSJON

Studien viser at helsepersonell har kunnskap omhandlende amming knyttet til de utvalgte trinnene i spørreundersøkelsen. Studien viser at helsepersonell har kunnskap om hovedindikatoren, «prosentantall mødre som begynner å amme og fullammer» for MBV-standard og viktigheten av å registrere ammepraksisen gjennom trinn én. Helsepersonell gir ofte morsmelkerstatning uten medisinsk indikasjon og har vanskeligheter med å følge trinn seks. Som følge av avdelingens ressurser oppga helsepersonell utfordringer med å «sørge for hud-mot-hud kontakt mellom mor og barn», etter gjennomgått keisersnitt i henhold til trinn fire. Spørreundersøkelsen viser at helsepersonell har kunnskap til å veilede mødre i å kjenne igjen og svare på tegn til sult gjennom trinn åtte. Informasjonen helsepersonell gir knyttet til ammevarighet og hyppighet samsvarer med nasjonale anbefalinger.

Gjennom trinn to får helsepersonell opplæring knyttet til amming, tar e-læringskurs og blir evaluert/ vurdert ut fra sin kompetanse knyttet til «20 kunnskapspunkter». Med bakgrunn i trinn to anbefales utvidet utdanning og opplæring da kravet er at minst 80% skal ha kjennskap til «20 kunnskapspunkter». Det vil være interessant og relevant å undersøke hvordan helsepersonell selv oppfatter sin egen kunnskap knyttet til amming, og om kunnskap de besitter samsvarer med ammeveiledningen mødre mottar.

7 LITTERATURLISTE

- Abdulghani, N., Edvardsson, K. & Amir, L. H. (2018). Worldwide prevalence of mother-infant skin-to-skin contact after vaginal birth: A systematic review. *PLoS ONE* 13(10), e0205696. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205696>
- Alquist, R. (Red.). (2016). *Amming: En håndbok for helsepersonell* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Balogun, O. O., Dagvadorj, A., Yourkavitch, J., Lopes, K. d. S., Suto, M., Takemoto, Y., ... Ota, E. (2017). Health Facility Staff Training for Improving Breastfeeding Outcome: A Systematic Review for Step 2 of the Baby-Friendly Hospital Initiative. *Breastfeed Med* 12(9), 537-546. <https://doi.org/10.1089/bfm.2017.0040>
- Blix, E. (2017). Forskning. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 79-82). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Burgio, M. A., Laganà, A. S., Sicilia, A., Prosperi Porta, R., Porpora, M. G., Ban Frangež, H., ... Triolo, O. (2016). Breastfeeding Education: Where Are We Going? A Systematic Review Article. *Iran J Public Health*, 45(8), 970-977. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5139977/>
- Carvalho de Jesus, P., Couto de Oliveira, M. I. & Fonseca, S. C. (2016). Impact of health professional training in breastfeeding on their knowledge, skills, and hospital practices: a systematic review. *Jornal de pediatria*, 92(5), 436-450. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2015.09.008>
- Çaylan, N. (2019). Breastfeeding Promotion and Baby-Friendly Health Facilities in Turkey: A Systematic Approach to Scale up the Program. *Ankara medical journal*, 19(1), 32-40. <https://doi.org/10.17098/amj.542159>
- Chapin, E. M., Chen, C.-H., Dumas, L., MacEnroe, T., Smith, L. J., Begin, F. & Grummer-Strawn, L. (2021). The Paradigm Shift in BFHI Step 2: From Training to Competency Verification. *Journal of Human Lactation*, 37(3), 532-538. <https://doi.org/10.1177/0890334421995098>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Oslo: Gyldendal.
- DeFoor, M. & Darby, W. (2020). «Motivate to Lactate»: Utilizing Motivational Interviewing to Improve Breastfeeding Rates. *The journal of perinatal Education*, 29(1), 9-15. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.29.1.9>
- Den norske jordmorforeningen. (2016). Yrkesetiske retningslinjer. Hentet 15.09.21 fra <https://www.jordmorforeningen.no/politikk/etikk>

- Eberhard-Gran, M. (2017). *Spørreskjema som metode: For helsefagene*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Eilertsen, B. (2015). *Juss for jordmødre* (5. utg.). Oslo: Jussboka.no.
- Eilertsen, B. (2017). Lover og forskrifter. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 32-44). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Fallon, A., Van der Putten, D., Dring, C., Moylett, E. H., Fealy, G. & Devane, D. (2016). Baby-led compared with scheduled (or mixed) breastfeeding for successful breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*, 9(9), CD009067.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009067.pub3>
- Fekjær, S. B. (2016). *Statistikk i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fylkesnes, A. M. (2017). Internasjonale føringer for jordmorvirksomhet. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 25-31). Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Fønhus, M. S. (2019). Kunnskapsbasert praksis og politikktutforming. Hentet 04.07.21 fra <https://www.cochrane.no/nb/ressurser/bruk-og-formidling-av-systematiske-oversikter/kunnskapsbasert-praksis-og-politikktutforming>
- Gavine, A., MacGillivray, S., Renfrew, M. J., Siebelt, L., Haggi, H. & McFadden, A. (2016). Education and training of healthcare staff in the knowledge, attitudes and skills needed to work effectively with breastfeeding women: a systematic review. *Int Breastfeed J*, 12(6). <https://doi.org/10.1186/s13006-016-0097-2>
- Hansen, M. N. (2017a). Ammeveiledning. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 715-739). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Hansen, M. N. (2017b). Mor-barn-vennlig sykehus. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 697-704). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Heggestad, A. K. T. (2018). *Etikk i klinisk sjukepleie*. Oslo: Samlaget.
- Helsebiblioteket. (2016). Kunnskapsbasert praksis. Hentet 20.05.21 fra <https://www.helsebiblioteket.no/248533/kunnskapsbasert-praksis>
- Helsedirektoratet. (2014). Nytt liv og trygg barseltid for familien. Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. Hentet 02.06.2021 fra <https://tinyurl.com/3zjn728s>
- Ingram, J., Johnson, D. & Condon, L. (2011). The effects of Baby Friendly Initiative training on breastfeeding rates and the breastfeeding attitudes, knowledge and self-efficacy of

- community health-care staff. *Primary Health Care Research & Development*, 12(3), 266-275. <https://doi.org/10.1017/S1463423610000423>
- Kellams, A. (2020). Breastfeeding: Parental education and support. I A. G. Hoppin (Red.), *UpToDate*. Hentet fra <https://bit.ly/3vL4VJC>
- Kent, J. C., Mitoulas, L. R., Cregan, M. D., Ramsay, D. T., Doherty, D. A. & Hartmann, P. E. (2006). Volume and Frequency of Breastfeedings and Fat Content of Breast Milk Throughout the Day. *Pediatrics*, 117(3), e387-395. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-1417>
- Kringeland, T. (2017). Jordmorvirksomheten. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 45-50). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Lechosa Muñiz, C., Sánchez, C., Luis, J., Herrera Castanedo, S., Cornejo del Rio, E., Mateo Sota, S. & Sáez de Adana Herrero, M. (2020). ECoLaE: validación de un cuestionario sobre conocimientos y habilidades en lactancia materna para enfermería. *Elsevier ScienceDirect*, 52(6), 373-380. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.04.006>
- Laake, P. & Benestad, H. B. (2008). Forskning: Metode og planlegging. I B. R. Olsen, P. Laake & H. B. Benestad (Red.), *Forskning i medisin og biofag* (2. utg., s. 115-145). Oslo: Gyldendal akademisk.
- 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. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2(2), CD001141. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001141.pub5>
- Myrset, S. (2020). Ammeprosedyre. Hentet 03.06.2021 fra https://kvalitet.sus.no/forlop/docs/doc_13405/index.html
- Nasjonal kompetansetjeneste for amming. (2019a). 20 kunnskapspunkter. Hentet 24.04.21 fra <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Nasjonal-kompetansetjeneste-for-ammig/Documents/2019-06-25%20Oppl%C3%A6ring%20-%2020%20kunnskapspunkter.pdf>
- Nasjonal kompetansetjeneste for amming. (2019b). Mor-barn-vennlig standard (MBV) Ti trinn for vellykket amming (revidert 2018). Hentet 27.04.21 fra <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Nasjonal-kompetansetjeneste-for-ammig/Documents/Ti%20trinn%20for%20vellykket%20ammig%202020-02-12.pdf>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! : En arbeidsbok* (2. utg.). Oslo: Akribe.

- Oslo Universitetssykehus. (2018). Amming: Veiledning og undervisning Hentet 28.04.21 fra <https://ehandboken.ous-hf.no/document/12159>
- Oslo Universitetssykehus. (2019). Mor-barn-vennlig-sykehus. Hentet 24.04.21 fra <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonal-kompetansetjeneste-for-ammning-nka/mor-barn-vennlig-sykehus>
- Oslo universitetssykehus. (2020). MBV e-læring 10-trinn. Hentet 14.05.21 fra <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonal-kompetansetjeneste-for-ammning-nka/mbv-e-lering-10-trinn>
- Oslo Universitetssykehus. (u.å). Verdens helseorganisasjons kode for markedsføring av morsmelkerstatninger og tilskuddsblandinger (WHO-koden). Hentet 18.08.21 fra https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Nasjonal-kompetansetjeneste-for-ammning/Documents/WHO-KODEN_270619%20Enkel%20versjon.pdf
- Pallant, J. (2020). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (7. utg.). London: Open University Press.
- 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. *Matern Child Nutr*, 12(3), 402-417. <https://doi.org/10.1111/mcn.12294>
- Pound, C., Ward, N., Freuchet, M., Akiki, S., Chan, J. & Nicholls, S. (2016). Hospital Staffs Perceptions with Regards to the Baby-Friendly Initiative. *Journal of human lactation*, 34(4), 648-657. <https://doi.org/10.1177/0890334416662630>
- Reinar, L. M. & Blix, E. (2017). Kunnskapsbasert praksis. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 66-78). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Semenic, S., Childerhose, J. E., Lauzière, J. & Groleau, D. (2012). Barriers, Facilitators, and Recommendations Related to Implementing the Baby-Friendly Initiative (BFI). *Journal of Human Lactation*, 28(3), 317-334. <https://doi.org/10.1177/0890334412445195>
- Skogheim, G., Kongslien, S. & Hanssen, T. A. (2019). Slik kan jordmorstudenter lære kunnskapsbasert praksis. *Sykepleien forskning*, 107(79726), e-79726. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.79726>
- St.meld 16 (2002-2003). *Resept for et sunnere Norge - Folkehelsepolitikken*. Helsedepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/069d160b7cf54b04a1a375515d01659a/no/pdfs/stm200220030016000dddpdfs.pdf>

- Thrane, C. (2018). *Kvantitativ metode: En praktisk tilnærming* (1. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Tufte, P. A. (2011). Kvantitativ metode. I A.-M. Sellerberg & K. Fangen (Red.), *Mange ulike metoder* (s. 71-99). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tufte, P. A. (2018). *Hvordan lese kvantitativ forskning?* Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- UNICEF. (2005). Infant and young child feeding. Hentet 11.05.21 fra <https://bit.ly/3bizoWv>
- UNICEF. (2006). Celebration the Innocenti-Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding. Hentet 18.06.21 fra https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/celebrating_2nded.pdf
- Verdens legeforening. (2019). Helsinkideklarasjonen. Hentet 02.06.2021 fra <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/helsinkideklarasjonen/>
- Walsh, A. D., Pincombe, J. & Henderson, A. (2011). An Examination of Maternity Staff Attitudes Towards Implementing Baby Friendly Health Initiative (BFHI) Accreditation in Australia. *Maternal and child health journal.*, 15(5), 597-609. <https://doi.org/10.1007/s10995-010-0628-1>
- Ward, K. N. & Byrne, J. P. (2011). A Critical Review of the Impact of Continuing Breastfeeding Education Provided to Nurses and Midwives. *Journal of Human Lactation*, 27(4), 381-393. <https://doi.org/10.1177/0890334411411052>
- World Health Organization. (2018). Guideline: Counselling of women to improve breastfeeding practices. Hentet 12.05.2021 fra <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550468>
- Yang, S.-F., Salamonson, Y., Burns, E. & Schmied, V. (2018). Breastfeeding knowledge and attitudes of health professional students: a systematic review. *International breastfeeding journal*, 13(8). <https://doi.org/10.1186/s13006-018-0153-1>
- Zakarija-Grković, I., Šegvić, O., Božinović, T., Čuže, A., Lozančić, T., Vučković, A. & Burmaz, T. (2012). Hospital Practices and Breastfeeding Rates before and after the UNICEF/WHO 20-Hour Course for Maternity Staff. *Journal of Human Lactation*, 28(3), 389-399. <https://doi.org/10.1177/0890334412447079>

Helsepersonell sin kunnskap knyttet til amming på Mor- barn-vennlig sykehus

Tverrsnittstudie Mor-barn-vennlig sykehus 20 kunnskapspunkter Ti trinn for vellykket amming

Fornavn Etternavn

Sykepleier og jordmorstudent

Fornavn Etternavn

Sykepleier og jordmorstudent

Fornavn Etternavn

Jordmor/IBCLC

Nasjonalt kompetansetjeneste for amming, Oslo universitetssykehus

Fornavn Etternavn

Jordmor og førsteamanuensis

OsloMet - storbyuniversitetet, Oslo Norge

Antall ord: 2300

Sykepleien Forskning, oktober 2021

Sammendrag

Bakgrunn: Amming kan redde livet til over 3500 barn daglig, og har en betydning for en rekke positive helseeffekter hos både barnet og kvinnen på kort og lang sikt. Mor-barn-vennlig sykehus (MBV) er et verdensomspennende tiltak med hensikt å fremme amming og tidlig nærkontakt mellom mor og barn på føde- og barselavdelinger.

Hensikt: Å kartlegge helsepersonell sin kunnskap knyttet til amming på MBV-sykehus. Studien undersøker om helsepersonell har tilfredsstillende kunnskap knyttet til amming og forbedringsbehov.

Metode: En deskriptiv tverrsnittstudie med elektronisk spørreskjema. Datamaterialet ble samlet inn i en periode på tre måneder, fra 01.10.2020 til 01.01.2021, av Nasjonal kompetansetjeneste for amming.

Resultater: Totalt 1338 helsepersonell responderte fra 41 føde- og barselenheter. Over 85 prosent kjenner til hovedindikatoren for MBV-standard og følger sykehusets ammepraksis. Kun 79 prosent kjenner til «20 kunnskapspunkter». Over 80 prosent har fått opplæring knyttet til amming og 90 prosent har tatt e-læringskurs. Totalt 1083 helsepersonell har kunnskap om WHO-koden, men bare 64 prosent mener de ikke gir morsmelkerstatning uten medisinsk indikasjon.

Konklusjon: Helsepersonell gir ofte morsmelkerstatning uten medisinsk indikasjon. Manglende ressurser og hektiske vakter setter begrensning for å kunne tilegne seg kunnskap knyttet til amming. Det er videre behov for ytterligere undervisning og opplæring for å bidra til økt kunnskap om «20 kunnskapspunkter», slik at helsepersonell tilfredsstiller kravene til MBV-standard.

Helsepersonell sin kunnskap knyttet til amming på Mor-barn-vennlig sykehus

En av de største truslene mot barns helse, utvikling og overlevelse er utilstrekkelig ernæring (1). Amming kan ha betydning for en rekke positive helseeffekter hos både barnet og kvinnen

på kort og lang sikt (1-3,6). Disse helsefordelene har stor betydning og amming kan ha en sykdomsforebyggende verdi og bidra til redusert kostnad for samfunnet og familien (2, 4).

Mor-barn-vennlig standard

"Baby-Friendly Hospital Initiative" (BFHI) ble opprettet av Verdens helseorganisasjon (WHO) og United Nations Children's Fund (UNICEF) (5, 6), og er ansett som et av de beste kunnskapsbaserte verktøyene for å øke forekomsten av amming (3). På bakgrunn av BFHI utarbeidet WHO og UNICEF ti kunnskapsbaserte trinn for vellykket amming som består av enkle, grunnleggende prinsipper for å fremme amming og ammingens helsefordeler (7, 8). BFHI er i Norge kjent som Mor-barn-vennlig standard (MBV) (2, 7).

I 2004 ble det utformet faglige retningslinjer for MBV-sykehus med bakgrunn i WHO og UNICEF sine ti trinn for vellykket amming (2,7). For å bidra til at sykehusene følger denne standarden utfører Nasjonal kompetansetjeneste for amming (NKA) jevnlige evalueringer av norske sykehus som ønsker å opprettholde eller bli godkjent MBV-sykehus (2, 7).

Krav til helsepersonell

Kravene til helsepersonells kompetanse blir fremstilt i forskrifter, nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer (9). Regjeringen har som mål om at føde- og barselavdelinger skal driftes i samsvar med WHO og UNICEFs ti trinn for vellykket amming (10).

Tidligere var kravet til ammeveiledende helsepersonell å ha 20 timer teori og tre timer praksis. Kunnskap om ti trinn for vellykket amming ble gjennom WHO og UNICEFs revisjon i 2017 endret til å ha kunnskap om de 20 kunnskapspunktene (11). Disse punktene omhandler ammerelaterte problemstillinger helsepersonell skal ha kunnskap om for å kunne følge ti trinn for vellykket amming (2). Helsepersonell utdannes og etterutdannes i henhold til kravene i trinnene og skal sikre god kunnskap hos helsepersonell og legge til rette for ensartet ammeveiledning (2).

Manglende ammeundervisning og kunnskap blant helsepersonell om hvordan ammingen fungerer har satt et søkelys på kunnskap og ferdigheter blant helsepersonell (2, 12, 13). Samtidig kan utilstrekkelig ammerutiner i helsevesenet føre til økt tilfeller av utfordringer som medfører lavere forekomst av amming (14).

Hensikten med studien

Vi ønsket å kartlegge helsepersonell sin kunnskap knyttet til amming på mor-barn-vennlig sykehus i Norge.

Studien kartlegger helsepersonell sin kunnskap knyttet til amming som kan bidra til å identifisere styrker og undersøker områder som krever oppfølging. Slik kan kartleggingen betraktes som en kvalitetsvurdering og et forbedringssystem (4).

Metode

Studien er en kvantitativ tverrsnittstudie basert på en eksisterende nettbasert spørreundersøkelse designet av Nasjonal kompetansetjeneste for amming med bakgrunn i MBV-standard og ti trinn for vellykket amming.

Utvalg og rekruttering

For å rekruttere helsepersonell til spørreundersøkelsen ble den distribuert til fagutviklingsjordmødre ansatt på føde- og barselavdelinger i Norge. Fagutviklingsjordmødre distribuerte spørreundersøkelsen videre til sine ansatte. Helsepersonell i spørreundersøkelsen ble definert med stillingsbenevnelse som jordmødre, hjelpepleier/barnepleier, sykepleier, leger, studenter og annen form for helsepersonell. Kun sykehus som utførte keisersnitt ble rekruttert.

Datainnsamlingsmetode

Denne studien inneholdt datamaterialet innsamlet i en periode på tre måneder, fra 01.10.2020 til 01.01.2021. Spørreundersøkelsen omhandlet helsepersonell sin veiledningskompetanse og kunnskap knyttet til amming.

Totalt inkluderte spørreskjemaet 24 spørsmål med svaralternativene som varierte mellom enkeltsvar, flervalg og kommentarfelt. Spørreundersøkelsens kommentarfelt ga helsepersonell mulighet til å tilføre informasjon dersom ingen oppgitte svaralternativer passet, og til å utdype eller kommentere et spørsmål.

Analyse

Vi analyserte datamaterialet i IBM SPSS Statistics versjon 27, og gjennomførte beskrivende analyser i form av frekvens- og krystabeller. Vi brukte krystabeller for å sammenligne variabler opp mot helsepersonells stillingsbetegnelser (15). Ved å utføre frekvensanalyser undersøkte vi hvor mange som hadde besvart spørsmål om helsepersonell sin kunnskap knyttet til amming (16). Vi anså disse analysemetodene som relevante for å besvare studiens hensikt.

Analysene som ble utført i studien ga en systematisk beskrivelse ved fremstilling av tabeller og tallmål (17, 18), og resultatene presenteres i antall og prosentandel. Spørsmål som besvarte studiens hensikt ble valgt ut, kontrollert og omkodet. For å analysere datamaterialet ble variablene kodet slik at verdien 0 representerte «nei» eller «ikke valgt» og 1 «ja». Manglende svar ble registrert som egen kategori (missing data). Spørsmål som tillot flere avkryssninger, har ikke blitt presentert i prosentandel.

Etiske overveielser

I forkant av spørreundersøkelsen søkte NKA personvernombudet (saksnummer 2010/21476). Personvernombudet bekreftet at spørreundersøkelsen ikke krevde formalisering.

Alle opplysningene ble behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre identifiserbare opplysninger. Da studien både var en kartlegging og evaluering av MBV-standard, var den ikke fremleggingspliktig for Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

Resultater

Spørreundersøkelsen inkluderte 1338 svar fra helsepersonell ansatt på føde- og barselavdelinger. Av totalen svarte 1275 på hvilken stillingsbenevnelse de har på føde- og barselavdelingen. Frekvensfordelingen viser at 59,3 prosent hadde stillingsbenevnelse som jordmor, 35,9 prosent som barnepleier/hjelpepleier og 4,8 prosent som «annen stilling» (sykepleier, leger, studenter og annet helsepersonell). Tabell 1 viser til frekvensfordelingen av stillingsbenevnelser.

Tabell 1: Stillingsbenevnelse

Stillingsbenevnelse	N= 1275 (%)
Jordmødre	756 (59,3)
Barnepleier/hjelpepleier	458 (35,9)
Annet helsepersonell	61 (4,8)

Kunnskap om Mor-barn-vennlig sykehus

Hovedindikatoren for MBV-standard er «prosentantall mødre som begynner å amme og fullammer», noe 85,1 prosent svarte riktig. Videre svarte 8,7 prosent «mødrenes tilfredshet», 5,6 prosent «antall timer med personalopplæring» og 0,6 prosent svarte «keisersnitt forekomst». Av respondentene svarte 1120 på hva som er hovedindikatoren for MBV-standard.

Av totalt 1120 respondenter svarte 86 prosent «det er viktig å registrere ammepraksisen for å kartlegge om etablerte målsettinger er oppnådd». Det var 13,8 prosent som svarte «for å se om alle får den samme behandlingen/oppfølgingen», 0,2 prosent «for å rapportere til myndighetene» og 0,1 prosent at «administrasjonen trenger å samle inn data». Førstnevnte svaralternativ er riktig under spørsmålet som omhandlet oppfølging av sykehuset ammepraksis.

Kjennskap til «20 kunnskapspunkter»

Svarprosenten viser at 79 prosent av helsepersonell har kjennskap til de 20 kunnskapspunktene. Kartlegging av stillingsbetegnelsene sine kjennskap til «20 kunnskapspunkter» viser at 79 prosent av jordmødre, 78 prosent av barnepleiere/hjelpepleiere og 72 prosent av annet helsepersonell har kjennskap til punktene.

Sørge for at ammeveiledene helsepersonell har tilstrekkelig med kunnskap

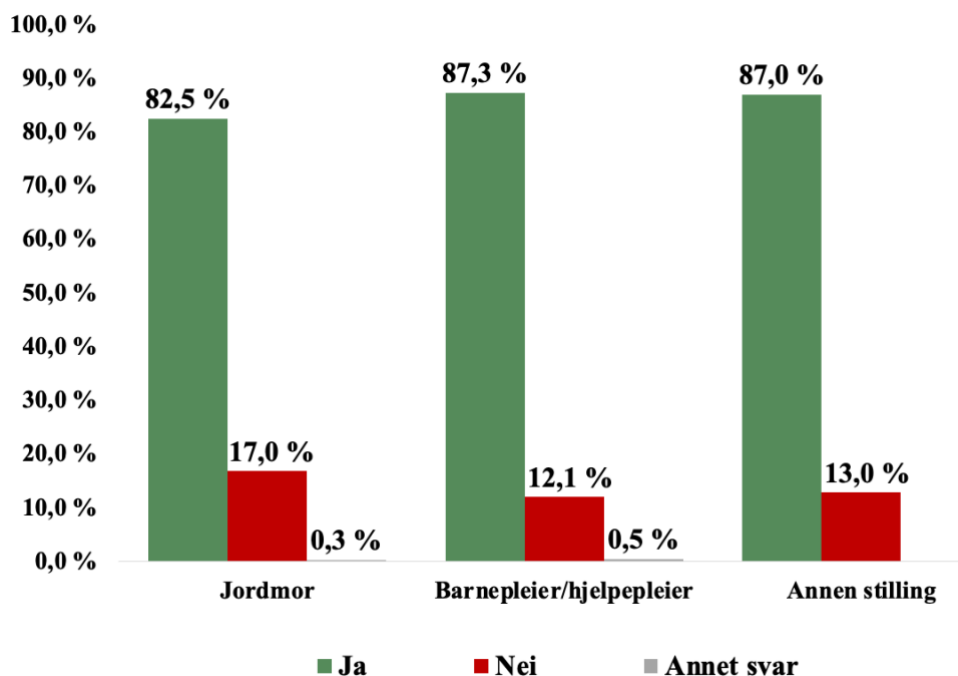
I spørreundersøkelsen kom det frem at 90 prosent har tatt e-læringskurs. Av 1087 respondenter har 10 prosent ikke tatt e-læringskurset. Av de som tok kurset var 89,2 prosent jordmødrene, mens 90,8 prosent barnepleiere/hjelpepleier og 92,6 prosent var annet helsepersonell. Tabell 2 viser fordeling av stillingsbetegnelse og e-læringskurs.

Tabell 2: Sammenligning mellom e-læringskurs og stillingsbenevnelse

	Ja N= 978 (%)	Nei N= 109 (%)
Stillingsbenevnelse		
Jordmødre	581 (89,2)	70 (18,8)
Barnepleier/hjelpepleier	347 (90,8)	35 (9,2)
Annet helsepersonell	50 (92,6)	4 (7,4)

I studien undersøker vi om helsepersonell har fått en form for opplæring om amming, enten ekstern eller intern undervisning, tid til selvstudier eller opplæring i praksis. Totalt har 907 helsepersonell fått opplæring. Av disse er 82,5 prosent jordmødre, 87,3 prosent barnepleier/hjelpepleier og 87 prosent annet helsepersonell. Figur 1 presenterer hvilken stillingsbenevnelse som har fått opplæring.

Figur 1: Sammenligning mellom opplæring og stillingsbenevnelse



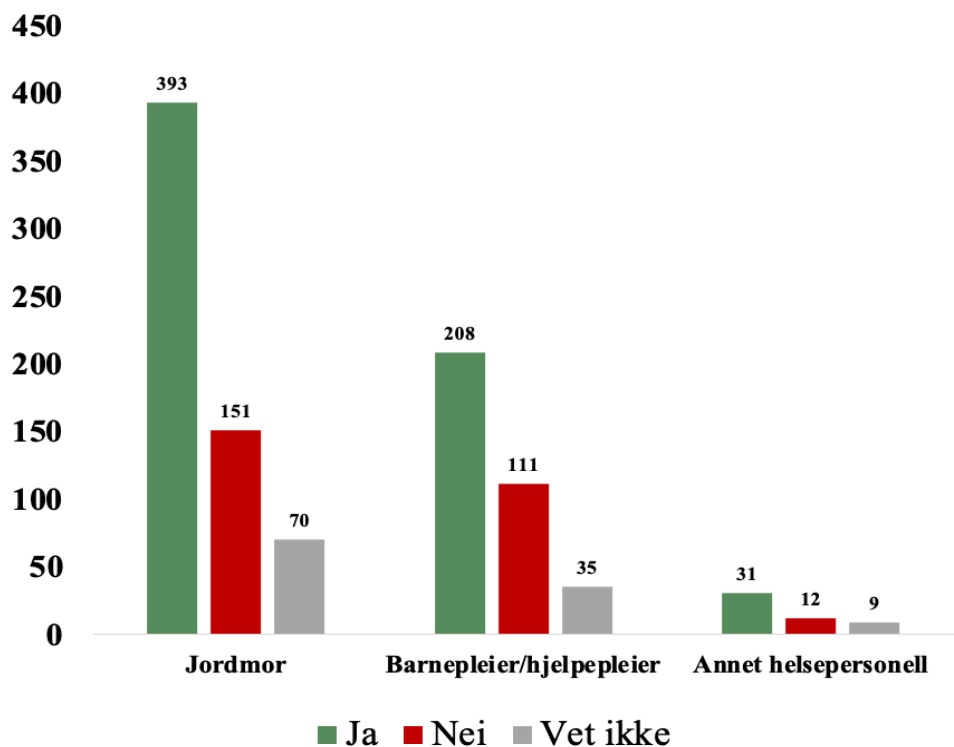
Implementering av WHO-koden og hindre bruk av morsmelkerstatning uten medisinsk indikasjon

Blant helsepersonell i studien har totalt 1083 svart riktig på at «WHO-koden er et sett med anbefalinger som skal regulere markedsføringen av morsmelkerstatninger, flasker og smokker». Videre svarte 129 at «WHO-koden er råd om hva reklame for morsmelkerstatning kan inneholde». Resterende 12 svarte at «WHO-koden er en anbefaling om hvilke produkter sykehuset kan kjøpe til redusert pris, fra produsent av morsmelkerstatning».

Av totalt 1029 svarte 64 prosent at avdelingen ikke gir morsmelkerstatning uten medisinsk indikasjon, mens 26 prosent svarte at det «varierer fra person til person». Øvrig 10 prosent svarte at avdelingen ga morsmelkerstatning uten medisinsk indikasjon.

Videre kartla spørreundersøkelsen om helsepersonell ga tillegg/morsmelkerstatning uten medisinsk indikasjon. Spørsmålet ga mulighet til å krysse av på flere svaralternativer og resultatet presenteres i figur 2. Av totalen på 1020 var det 632 som svarte at de selv eller kollegaer ga tillegg/morsmelkerstatning uten medisinsk indikasjon. Ytterligere 274 svarte «nei» og 114 «vet ikke».

Figur 2: Andel helsepersonell som gir morsmelkerstatning uten medisinsk indikasjon.



Diskusjon

Kunnskap om Mor-barn-vennlig-sykehus

Resultatene viser at 85,1 prosent har kunnskap om hovedindikatoren for MBV-standard som er «prosentantall mødre som begynner å amme og fullammer». Det er essensielt at helsepersonell har grunnleggende kunnskap om MBV-standard og prinsippene bak. Resultatene om hovedindikatoren for MBV-standard kan implisere at helsepersonell er innforstått med kravene til egen kompetanse knyttet til amming. Kunnskap om MBV-standard øker sjansen for implementering, og antyder at kunnskap knyttet til amming kan gi høyere aksept for MBV-praksis (2, 8).

Gjennom et kvalitetssystem skal føde- og barselavdelinger registrere klinisk praksis knyttet til amming (7). Resultatet viser at 86 prosent svarte det er viktig å registrere ammepraksisen for «å kartlegge om etablerte målsettinger er oppnådd». Gjennom et kvalitetssystem vil avdelingen kunne se på erfaringsbasert kunnskap og kartlegge om ferdighetene hos helsepersonell er tilfredsstillende eller manglende (7, 19). Funnet viser at helsepersonell har kunnskap om viktigheten av å registrere ammepraksisen.

Derimot svarer ikke spørsmålet på om helsepersonell har kunnskap om hva målsettingene er. Målsettingene inkluderer anbefalte indikatorer som er tidlig ammestart og eksklusiv amming (7). For å kunne bekrefte målsettingene skal en MBV-ansvarlig evaluere resultatene minst hver sjette måned for å følge opp avdelingens egen praksis. Dersom verdien av indikatoren er under 80 prosent må avdelingen iverksette kompetansehevingstiltak (7).

Kjennskap til «20 kunnskapspunkter»

Ti trinn for vellykket amming skal bidra til å sikre helsepersonells kunnskap og ferdigheter knyttet til amming, og krever opplæring av helsepersonell for å gjennomføre ammeveiledning (7). Etter revisjonen i 2017 er kravet til helsepersonell endret til å ha kunnskap om «20 kunnskapspunkter». Gjennom de 20 kunnskapspunktene skal helsepersonell ha tilstrekkelig med kunnskap for å kunne følge ti trinn for vellykket amming. Imidlertid fant vi ingen forskning basert på helsepersonell sin kunnskap om de 20 kunnskapspunktene før og etter revisjonen. I studien kom det frem at 79 prosent av helsepersonell kjenner til «20 kunnskapspunkter». Som følge av funnene lå helsepersonell tett opp mot minstekravet til MBV-standard som er 80 prosent (7).

Ammeveiledning inngår i helsepersonellens arbeidsoppgaver på føde- og barselavdelinger, og kjennetegnet på god ammeveiledning er at helsepersonell er opplært (20). I tillegg bidrar opplæring av helsepersonell til en positiv effekt gjennom økt kunnskap, forbedret holdning og MBV-praksis (21). Implementeringspunktene under ti trinn for vellykket amming innebærer at helsepersonell må få undervisning eller sørge for tilgjengelige kurs (7). Helsepersonell anser kunnskap knyttet til amming som viktig, men at det vanskelig å få tilgang til kurs og utdanning i arbeidstiden eller ulønnet utdanningstid (22).

Sørge for at ammeveiledene helsepersonell har tilstrekkelig med kunnskap

Ifølge resultatene fra spørreundersøkelsen erverver 90 prosent av helsepersonell seg kunnskap knyttet til amming gjennom avdelingens e-læringskurs. NKA utformet e-læringskurs basert på WHO og UNICEFs oppdaterte og evidensbaserte ti trinn for vellykket amming (23). Målet med kurset er å sikre at helsepersonell som gir ammeveiledning har oppdatert kunnskap om trinnene (7). På den måten bidrar e-læringskurset med å sikre at helsepersonell praktisere «20 kunnskapspunkter». Derimot er det mangel på motivasjon, tilgjengelige ressurser og tid er faktorer som hindrer helsepersonell i å kunne holde seg oppdatert (24).

Resultatene viser at 907 helsepersonell har fått opplæring om amming i løpet av de siste to årene. Av alle stillingsbenevnelsene i spørreundersøkelsen hadde over 80 prosent fått opplæring, noe som tilfredsstiller kravene til MBV-standard. Et av formålene til jordmorpraksisen er kontinuerlig forbedring av tjenestene. Derfor har enhver jordmor ansvar for å avdekke behov og tilegne seg oppdatert og nødvendig kunnskap for utførelse av jordmoroppgaver (25). I spørreundersøkelsen rapporterte helsepersonell om opplæring gjennom «ammeprat» i lunsjen og kollegaveiledning. Det kan diskuteres hvorvidt det går under definisjonen «opplæring».

Implementering av WHO-koden og hindre bruk av morsmelkerstatning uten medisinsk indikasjon

Spørreundersøkelsen viser at 1083 helsepersonell har kunnskap om at «WHO-koden er et sett med anbefalinger som skal regulere markedsføringen av morsmelkerstatninger, flasker og smokker». Helsepersonell som arbeider med pleie av mor og barn for å fremme amming, er pliktig til å gjøre seg kjent med bestemmelsene i WHO-koden (2, 7).

For å implementere koden skal avdelingene ha en prosedyre som beskriver hvordan helsepersonell skal følge den (11). Prosedyren er et tiltak mot bruk av morsmelkerstatning som en rask løsning for håndtering av ammeutfordringer (11). Markedsføring av morsmelkerstatning kan påvirke ammefrekvens negativt, og implementering av ti trinn for vellykket amming vil minske bruken av morsmelkerstatning (1, 8).

I studien kom det frem at 64 prosent mente at avdelingen ikke ga morsmelkerstatning uten medisinsk indikasjon. Resultatene viser at 632 helsepersonell ga morsmelkerstatning uten medisinsk indikasjon. En grunn til dette være manglende kunnskap om de medisinske kriteriene og ingen konsekvenser for bruken (26). I spørreundersøkelsen rapporterte helsepersonell at de ga morsmelkerstatning ved mors ønske og til barn av mødre som ikke orket å amme på grunn av redusert helsetilstand. I tillegg ble det gitt ved lavbemanning og for høyt arbeidspress til å kunne gi ammeveiledning. Et tiltak for å endre holdninger til bruk av morsmelkerstatning som rask løsning kan være opplæring om amming og morsmelkerstatning (13).

Styrker og begrensninger ved studien

Spørreskjemaet er et nyttig verktøy for å oppdage manglende kunnskap (14).

Samtidig gir studiedesignet gode muligheter for en helhetlig oversikt over helsepersonell sin kunnskap knyttet til amming på deltagende føde- og barselavdelinger i Norge (18). I tillegg kan enkelte beskrivende analyser få frem endringer over tid (15).

En begrensning er at studieperioden var forholdsvis kort da NKA har materialet for en lenger periode enn denne studien inneholdt. Resultatene må derfor tolkes i lys av dette. En annen begrensning til spørreskjemaet er forekomsten av frafall og manglende data (16). Hvorfor helsepersonell ikke har gjennomført spørreundersøkelsen eller besvart enkelte spørsmål er usikkert (8, 27). Imidlertid ble det ikke oppgitt antall helsepersonell som har mottatt undersøkelsen. Dermed er det ingen forventet svarrespons og vanskelig å uttale seg om størrelsen på dekningsgraden, og generaliserbarheten kan bli svekket (18).

Helsepersonell kan oppleve som de er i en eksamenssituasjon på grunn av «kunnskapsspørsmål» i spørreundersøkelsen. Av den grunn kan de ha oppgitt svar som tilsier at de har mer kunnskap enn realiteten (17).

Datamaterialet tillot flere avkryssninger og det førte til at hvert svaralternativ ble lagt inn som egen variabel i SPSS. Dermed har det vært vanskelig å gjennomføre enkelte statistiske analyser å beskrive resultatene og tolke svarene helsepersonell oppga.

Konklusjon

I spørreundersøkelsen kom det frem at helsepersonell har kunnskap om hovedindikatoren «prosentantall mødre som begynner å amme og fullammer» for MBV-standard og viktigheten av å registrere ammepraksisen. Helsepersonell oppgir å ofte gi morsmelkerstatning uten medisinsk indikasjon. Helsepersonell har fått opplæring knyttet til amming og tatt e-læringskurs.

Det anbefales utvidet utdanning og opplæring på bakgrunn av kravet om minst 80 prosent skal ha kjennskap til «20 kunnskapspunkter». Det ville vært interessant og undersøkt helsepersonell sin kunnskap om disse punktene i en egen studie. Det kan bidra til å si noe om revisjonen i 2017 og om kjennskap til «20 kunnskapspunkter» er tilstrekkelig opplæringskrav til helsepersonell som skal utføre ammeveiledning.

Referanser

1. World Health Organization. Guideline: Counselling of women to improve breastfeeding practices 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550468> (nedlastet 12.05.2021).
2. Alquist R, red. Amming: En håndbok for helsepersonell. 4. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2016.
3. Ingram J, Johnson D, Condon L. The effects of Baby Friendly Initiative training on breastfeeding rates and the breastfeeding attitudes, knowledge and self-efficacy of community health-care staff. Primary Health Care Research & Development. 2011;12(3):266-75. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1463423610000423>

4. Pérez-Escamilla R, Martinez JL, Segura-Pérez S. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: A systematic review. *Matern Child Nutr.* 2016;12(3):402-17. DOI: <https://doi.org/10.1111/mcn.12294>
5. Çaylan N. Breastfeeding Promotion and Baby-Friendly Health Facilities in Turkey: A Systematic Approach to Scale up the Program. *Ankara medical journal.* 2019;19(1):32-40. DOI: <https://doi.org/10.17098/amj.542159>
6. UNICEF. Infant and young child feeding 2005. Tilgjengelig fra: <https://bit.ly/3bizoWv> (nedlastet 11.05.2021).
7. Nasjonal kompetansetjeneste for amming. Mor-barn-vennlig standard (MBV) Ti trinn for vellykket amming 2019. Tilgjengelig fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Nasjonale-kompetansetjeneste-for-ammings/Documents/Ti%20trinn%20for%20vellykket%20ammings%202020-02-12.pdf> (nedlastet 27.04.2021).
8. Pound C, Ward N, Freuchet M, Akiki S, Chan J, Nicholls S. Hospital Staffs Perceptions with Regards to the Baby-Friendly Initiative. *Journal of human lactation.* 2016;34(4):648-57. DOI: <https://doi.org/10.1177/0890334416662630>
9. Helsedirektoratet. Nytt liv og trygg barseltid for familien. Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen 2014. Tilgjengelig fra: <https://bit.ly/3jueDv9> (nedlastet 02.06.2021).
10. St.meld 16 (2002-2003). Resept for et sunnere Norge - Folkehelsepolitikken. I: Helsedepartementet, red. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/069d160b7cf54b04a1a375515d01659a/no/pdfs/stm200220030016000dddpdfs.pdf> (nedlastet 27.04.2021).
11. Oslo Universitetssykehus. Mor-barn-vennlig-sykehus 2019. Tilgjengelig fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonale-kompetansetjeneste-for-ammings-nka/mor-barn-vennlig-sykehus> (nedlastet 24.04.2021).

12. Burgio MA, Laganà AS, Sicilia A, Prosperi Porta R, Porpora MG, Ban Frangež H, et al. Breastfeeding Education: Where Are We Going? A Systematic Review Article. *Iran J Public Health*. 2016;45(8):970-7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5139977/>
13. Yang S-F, Salamonson Y, Burns E, Schmied V. Breastfeeding knowledge and attitudes of health professional students: a systematic review. *International breastfeeding journal*. 2018;13(1):8. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13006-018-0153-1>
14. Lechosa Muñiz C, Sánchez C, Luis J, Herrera Castanedo S, Cornejo del Río E, Mateo Sota S, et al. ECoLaE: validación de un cuestionario sobre conocimientos y habilidades en lactancia materna para enfermería. *Elsevier ScienceDirect*. 2020;52(6):373-80. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.04.006>
15. Thrane C. *Kvantitativ metode: En praktisk tilnærming* 1. utg. Oslo: Cappelen Damm AS; 2018.
16. Tufte PA. *Kvantitativ metode. I: Sellerberg A-M, Fangen K, red. Mange ulike metoder*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2011. s. 71-99.
17. Tufte PA. *Hvordan lese kvantitativ forskning?* Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2018.
18. Dalland O. *Metode og oppgaveskriving*. 7. utg. Oslo: Gyldendal; 2020.
19. Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Nordheim LV, Reinart LM. *Jobb kunnskapsbasert! : En arbeidsbok*. 2. utg. Oslo: Akribe; 2012.
20. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2017;2(2):CD001141. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001141.pub5>
21. Balogun OO, Dagvadorj A, Yourkavitch J, Lopes KdS, Suto M, Takemoto Y, et al. *Health Facility Staff Training for Improving Breastfeeding Outcome: A Systematic Review*

for Step 2 of the Baby-Friendly Hospital Initiative. *Breastfeed Med* 2017;12(9). DOI: <https://doi.org/10.1089/bfm.2017.0040>

22. Walsh AD, Pincombe J, Henderson A. An Examination of Maternity Staff Attitudes Towards Implementing Baby Friendly Health Initiative (BFHI) Accreditation in Australia. *Maternal and child health journal*. 2011;15(5):597-609. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10995-010-0628-1>
23. Oslo universitetssykehus. MBV e-læring 10-trinn 2020. Tilgjengelig fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonal-kompetansetjeneste-for-amming-nka/mbv-e-lering-10-trinn> (nedlastet 14.05.2021).
24. Carvalho de Jesus P, Couto de Oliveira MI, Fonseca SC. Impact of health professional training in breastfeeding on their knowledge, skills, and hospital practices: a systematic review. *Jornal de pediatria*. 2016;92(5):436-50. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2015.09.008>
25. Kringeland T. Jordmorvirksomheten I: Brunstad A, Tegnander E, red. *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde*. 2. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2017. s. 45-50.
26. Semenic S, Childerhose JE, Lauzière J, Groleau D. Barriers, Facilitators, and Recommendations Related to Implementing the Baby-Friendly Initiative (BFI). *Journal of human lactation*. 2012;28(3):317-34. DOI: <https://doi.org/10.1177/0890334412445195>
27. Fekjær SB. *Statistikk i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2016.

Forfatterveiledning

Om *Sykepleien Forskning*

Forfatterveiledning tilgjengelig på: <https://sykepleien.no/forfatterveiledning>

Sykepleien Forskning er et norsk, fagfellevurdert vitenskapelig nivå-1-tidsskrift som skal fremheve og formidle kunnskap som er relevant for alle aspektene av sykepleieutøvelsen. Tidsskriftet utgis av Norsk Sykepleierforbund og er indeksert i CINAHL.

Tidsskriftet søker å publisere artikler av høy kvalitet, der både forfattere og tidsskriftet følger kriterier for høy vitenskapelig standard og internasjonale konvensjoner.

Sykepleien Forskning henvender seg spesielt til utøvende helsepersonell, studenter på alle nivåer og forskere, men også andre med interesse for å søke aktuell helsereelatert kunnskap.

Tidsskriftets mål er å publisere kunnskap som kan bidra til å styrke grunnlaget for og kvaliteten på sykepleieutøvelsen, sykepleierutdanningen og den sykepleievitenskapelige metodeutviklingen. Videre er det et mål at tidsskriftet skal bidra til å stimulere sykepleiefaglig forskning og fagutvikling, samt fremme og underbygge faglige og fagpolitiske diskusjoner og refleksjoner.

Forskningsartiklene vi publiserer, er fritt tilgjengelige for alle via internett, noe som innebærer at kunnskapen raskt når ut til mange lesere. Alle publiserte artikler oversettes til engelsk og er dermed tilgjengelige også for internasjonale lesere.

Dobbelt- eller sekundærpublikasjon

Forfattere kan ikke sende samme artikkelmanuskript til andre vitenskapelige tidsskrifter for 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 forfatterne opplyse om dette samt om hvor lenge masteroppgaven er klausulert i en eventuell nettversjon, for å unngå plagiering/dobbeltpublisering. [Se her for råd til masterstudenter](#).

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

Sjekkliste for rapportering

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

Forfatterne skal følge, fylle ut og legge ved følgende sjekklister for rapportering av forskning:

- for kvalitative studiedesign: [SRQR](#) eller [COREQ](#)
- for kvantitative studiedesign: [STROBE](#) for observasjonsstudier og [CONSORT](#) for randomiserte, kontrollerte studier

- for systematiske litteraturstudier: PRISMA eller PRISMA-ScR
- for «mixed methods»-design: GRAMMS

Lengde på manuskriptet

Standard tillatte ordramme er maksimalt 3000 (ikke iberegnet sammendrag, figurer, tabeller og referanser).

Begrenset unntak fra ordrammen kan vurderes for manuskripter av høy vitenskapelig kvalitet som rapporterer fra kvalitative studier eller systematiske litteraturstudier. Avvik fra ordrammen skal angis og begrunnes i følgebrev til redaktøren (cover letter). Eventuelt unntak vurderes i hvert enkelt tilfelle og i dialog mellom kontaktforfatteren og redaktøren.

Merk at en utvidet ordramme ikke kan benyttes til en mer omfattende resultatdel, som for eksempel å legge inn flere sitater – men heller for å styrke metod delen av manuskriptet der det er nødvendig.

Format og struktur

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

- 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.
- Tabeller og figurer fremstilles sist i hovedmanuskriptet, på en egen side etter referanselisten.
- Figurer som er bilder, lastes opp i riktig format (TIFF, JPG, PNG) og med høy oppløsning. Bilder skal lastes opp som egne filer og ikke limes inn i Word-dokumentet.

Tittel

Tittelen skal med så få, men presise ord som mulig beskrive artikkelens innhold, hensikt og metode. Sammen med sammendrag og nøkkelord er tittelen avgjørende for å skape interesse og gi synlighet. Redaksjonen lager en egen fronttittel til forsiden Sykepleien.no og sosiale medier.

Overskrift

Overskriftene (mellomtitlene) i den løpende teksten skal være korte og tydelige og markeres med fet skrift. Forfatterne oppfordres til å lage flere mellomtitler, særlig i resultatdelen og i diskusjonen, som viser hva avsnittene handler om.

Redaksjonen kan foreslå mellomtitler der det vurderes som hensiktsmessig med tanke på artikkelens lesbarhet på ulike digitale flater, som for eksempel mobiltelefon.

Mellomtitler er i tillegg søkbare, slik at gode mellomtitler øker sjansen for treff ved søk og gjør det lettere for leserne å følge med og orientere seg i artikkelen.

Språk

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 skrives fullt ut første gangen de forekommer i teksten.

Struktur

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

- innledning
- metode
- resultater
- diskusjon

Manuskriptets oppbygning og innhold

Artikkelmanuskriptet skal ha følgende oppbygning og innhold:

Sammendrag

Forfatterne fremstiller kun et norsk sammendrag. Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet og struktureres med følgende overskrifter:

- bakgrunn
- hensikt
- metode
- resultat
- konklusjon

Sammendraget skal være på maksimalt 300 ord. Oppgi tre–fem nøkkelord som du enten kan velge fra listen som kommer opp i ScholarOne, eller som du kan legge til selv. Nøkkelordene skal være unike og ikke brukt i tittelen.

Bruk helst norske MeSH-begreper. Disse finner du på nettsiden mesh.uia.no. Angi minst ett nøkkelord som viser hvilket forskningsdesign som er anvendt.

Introduksjon

Her gis en 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.

Litteraturgjennomgangen skal belyse forskningsfronten på et område, inkludere relevant internasjonal forskning og avdekke kunnskapshull. Denne delen av manuskriptet skal forklare behovet for studien gjennom å utvikle en argumentasjonsrekke (en problemstilling).

Studiens hensikt skal beskrives under en egen overskrift, og målet med studien kan beskrives dersom det er hensiktsmessig. Forskningsspørsmål og/eller hypoteser beskrives til slutt i introduksjonskapittelet og legger føringer for beskrivelse av design og metode.

Se her for en kort innføring i skillene, men også sammenhengene mellom tema, problemstilling, forskningsspørsmål, hypotese, hensikt og mål.

Metode

Forfatterne skal oppgi forskningsdesign og beskrive og begrunne metode(r) som ble benyttet i studien. Unngå generelle metodebeskrivelser, som «kvalitative intervjuer» eller «kvantitativ spørreundersøkelse». Beskriv konkret og presist hvilke(n) type(r) metode(r) som ble brukt, alltid underbygget av metodelitteratur. Gjennom beskrivelse av metode skal det komme frem hvordan validitet og reliabilitet ble ivaretatt.

Utvalg og utvelgelsesprosess skal gjøres rede for, begrunnes og underbygges av metodelitteratur.

Datainnsamlingsmetode skal gjøres rede for, begrunnes og underbygges av metodelitteratur. Oppgi i hvilken tidsperiode dataene ble samlet inn, og av hvem.

Bearbeiding og analyse av dataene skal gjøres rede for, begrunnes og underbygges av metodelitteratur. Ved kvalitative studiedesign skal analyseprosessen fra rådata til hovedfunn illustreres i en tabell eller figur.

Er studien vurdert av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), personvernombud / Norsk senter for forskningsdata (NSD) eller andre relevante instanser, skal dette beskrives og referansenummeret oppgis. Om studien ikke er vurdert av de ovennevnte instansene, skal dette også oppgis og begrunnes. Ethiske overveielser utover forskningsetikk skal, der det er hensiktsmessig, diskuteres – for eksempel der forskningsobjekter er i sårbare situasjoner, eller kan være utsatt for stigmatisering.

Tillatelser til å bruke eksisterende spørreskjemaer må være innhentet, hvis relevant. Egenutviklet spørreskjema, intervjuguide og beskrivelse av søk, inkludert resultater, fra minst én database ved litteraturstudier må gjøres tilgjengelig for fagfeller ved å laste disse opp når manuset og tilhørende filer sendes inn.

Resultater

Her presenteres resultatene som besvarer studiens problemstilling og/eller forskningsspørsmål i en logisk rekkefølge og uten tolkning eller diskusjon. Hovedfunn beskrives i tekst før resultater fremstilles i tabeller. Hver tabell/figur skal ha en henvisning i teksten som viser til tabellen/figuren. Bruk overskrifter/mellomtiter som viser hvilke(t) resultat(er) som presenteres i avsnittene under.

Diskusjon

Studiens resultater diskuteres i relasjon til hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål og i lys av annen nasjonal og internasjonal relevant forskning. Diskusjonen skal inkludere en metodediskusjon, der studiens styrker og svakheter gjøres rede for og diskuteres. Bruk overskrifter/mellomtiter som viser hva som diskuteres i avsnittene under.

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 skal være 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 begrenses normalt til 30. For artikler som beskriver litteraturstudier, kan antallet referanser overstige 30 samlet sett, men referanser som ikke kan relateres til resultatet av litteratursøk, skal ikke overstige 30.

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. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2007.01.010](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.01.010)
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, Ådnes M, Kasteng F. *Sykepleiere i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.* Trondheim: Sintef; 2017. Sintef-rapport A28053. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/sbMDzXsesQLTfYe7EHR9MTnzAchuSASE1QHW1f8IkTY2mSrtoh.pdf> (nedlastet 01.02.2021).
5. Helsedirektoratet. *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser.* Oslo: Helsedirektoratet; 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.lovdata.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.

Referansene skal utformes slik som illustrert i disse eksemplene. Lenker eller DOI-nummer kan oppgis der disse finnes hvis ønskelig.

Innsending av manuskriptet

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

Innsending til tidsskriftet skal bestå av følgende dokumenter:

- følgebrev til redaktøren
- tittelside
- studiens kunnskapsbidrag
- artikkelmanus

Alle dokumenter lastes opp i *Sykepleien Forsknings* manuskriphåndteringssystem ScholarOne via følgende adresse: <http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>

Følgebrev til redaktøren (cover letter)

I følgebrevet må forfatterne oppgi

- en beskrivelse av hvorfor denne artikkelen har interesse for *Sykepleien Forsknings* lesere.
- en redegjørelse for hvorvidt resultatene er presentert tidligere, for eksempel som masteroppgave, poster eller abstrakt på en vitenskapelig konferanse. Ved masteroppgave må det oppgis hvorvidt og hvor lenge denne er klausulert.
- begrunnelse for eventuelt avvik fra ordrammen på maksimalt 3000 ord.
- forfatternes bidrag som kvalifiserer til forfatterskap.

Studiens kunnskapsbidrag

Forfatterne skal fremheve studiens kunnskapsbidrag ved å sette inn tre kulepunkter i et eget dokument, og med et enkelt språk, som skal beskrive følgende:

- Hva visste man fra før?
- Hva ble gjort?
- Hva er studiens bidrag / hva tilfører den, til hva eller hvem?

Disse tre punktene skal være forskjellig fra sammendrag og konklusjon, til sammen maksimalt 150 ord. Punktene integreres i artikkelen hvis denne publiseres.

Filnavnet skal være «Studiens kunnskapsbidrag».

Tittelsiden

Tittelsiden skal inneholde følgende:

- tittel på manuskriptet (maksimalt 75 tegn inkludert mellomrom)
- forfatterens navn, akademisk tittel, 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, tabeller/figurer eller referanser)
- antallet figurer og tabeller

Vurderingsprosessen

I første omgang foretar redaktøren og/eller en assisterende redaktør en vurdering av hvorvidt artikkelmanuskriptet avvises direkte eller oversendes til minst to fagfeller for vurdering. Etter fagfellevurdering gjør assisterende redaktør ny vurdering og anbefaler beslutning til redaktøren.

Redaktøren beslutter på bakgrunn av fagfellevurderingene, assisterende redaktørs vurdering og egen vurdering. Det er tre mulige utfall etter fagfellevurderinger: a) manuskriptet aksepteres, b) større eller mindre revisjon anbefales, c) manuskriptet avvises.

Kontaktforfatteren kan følge med på hvor manuskriptet er i vurderingsprosessen ved å logge seg inn i manuskripthåndteringssystemet ScholarOne.

Fagfellevurdering

Sykepleien Forskning praktiserer åpen fagfellevurdering. Det vil si at forfatterne og fagfellene har tilgang til hverandres identitet. Alle manuskripter vurderes normalt av minst to fagfeller, inkludert redaktøren og assisterende redaktør før en beslutning fattes.

Vi tilstreber en rask vurderingsprosess fra innsending til beslutning og fra aksept til publisering. Fagfellene bes følge COPE – etiske retningslinjer for fagfeller.

Forfatterne skal ved innsending av manuskriptet anbefale minst to fagfeller som er aktuelle med tanke på

- habilitet: skal ikke ha tidligere eller pågående samarbeid, kan ikke være nære kolleger, nære venner eller i familie. Ved tvil konferer Forskningsrådets habilitetsregler.
- kompetanse: substansielt og/eller metodisk.

Forslagene til fagfeller skal begrunnes. Fagfeller fra andre nordiske land kan foreslås. Bygger manuskriptet på en masteroppgave, skal ikke sensor foreslås som fagfelle.

Innsending av revidert manuskript

Etter fagfellevurderingen blir artikkelen sendt tilbake til forfatterne med kommentarer fra både fagfeller og redaktører.

Forfatterne må utarbeide et eget dokument som viser punktvis hvordan forfatterne har bearbeidet manuskriptet etter kommentarene fra fagfeller og redaktørene. Dette dokumentet skal lastes opp sammen med det reviderte manuskriptet i manuskripthåndteringssystemet ScholarOne som «Author's response».

Alle endringer som er relevante og substansielle med tanke på ny vurdering av manuskriptet, skal markeres med rød skrift i det reviderte manuskriptet. Vi ønsker ikke at det brukes funksjonene Spor endringer og Merknader i dokumentet.

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

Godkjenning av manuskript

Forfatterne får en e-post fra redaktøren når artikkelen er akseptert for publisering.

Etter godkjenning sendes manuskriptet videre for teknisk og språklig bearbeiding, såkalt språkvask (inkluderer også tittelen og eventuelle mellomtitler/overskrifter), og følges opp av manusredaktøren. Ved stor pågang kan bearbeidingen ta noe tid.

Kontaktforfatteren mottar språkvasket manuskript for gjennomgang og godkjenning. Rett før publisering mottar kontaktforfatteren også publiseringsklar artikkel i PDF-format til godkjenning. Her har artikkelen også blitt gitt en fronttittel, ingress, bilde og bildetekst og eventuelt flere mellomtitler og avsnitt for å imøtekomme *Sykepleiens* krav til nettpublisering.

Oversetting til engelsk

Sykepleien Forskning sørger for profesjonell oversetting av hele artikkelen til engelsk, inkludert sammendraget, tabeller og figurer. Den engelske versjonen av publisert artikkel blir gjort tilgjengelig i CINAHL.

Kontaktforfatteren får tilsendt den engelske versjonen til gjennomlesning før publisering.

Krav til medforfatterskap

Sykepleien Forskning følger de nasjonale forskningsetiske komiteenes 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 delene 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 [her](#).

Ved felles (kollektivt) forfatterskap må personene som har ansvaret for innholdet, navngis. Kriteriene sier ikke noe om forfatterrekkefølgen. Ved delt førsteforfatterskap må dette dokumenteres i følgebrevet til redaktøren. Det blir da markert i publisert artikkel på følgende måte nederst i artikkelen: «NN og NN har bidratt like mye og deler førsteforfatterskapet.»

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 har 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».

Manuskripter som ikke følger forfatterveiledningen, blir returnert til innsenderen.

Kontakt

Kontakt redaktør Edith Roth Gjevjon på [edith.gjevjon\(at\)ldh.no](mailto:edith.gjevjon@ldh.no) hvis du har spørsmål.

Sist oppdatert 07/2021

STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of *cross-sectional studies*

	Item No	Recommendation	
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract	s.1-2
		(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found	s.2
Introduction			
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported	s.2-3
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses	s.4
Methods			
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper	s.4
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection	s.4
Participants	6	(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants	s.4
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable	s.4
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group	
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias	
Study size	10	Explain how the study size was arrived at	s.4
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why	s.5
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding	s.4-5
		(b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions	
		(c) Explain how missing data were addressed	s.5
		(d) If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy	
		(e) Describe any sensitivity analyses	s.5
Results			
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed	s.5
		(b) Give reasons for non-participation at each stage	
		(c) Consider use of a flow diagram	
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders	s.5-8

		(b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest	s.5-8
Outcome data	15*	Report numbers of outcome events or summary measures	
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included	
		(b) Report category boundaries when continuous variables were categorized	
		(c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period	
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses	s.5
Discussion			
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives	s.9-12
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias	s.11-12
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence	s.12
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results	s.11
Other information			
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based	

*Give information separately for exposed and unexposed groups.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at www.strobe-statement.org.

Mor–barn-vennlig standard (MBV)

Ti trinn for vellykket amming (revidert 2018)

Administrativt ansvar:

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

Forklaring: Verdens helseforsamling ber helsepersonell og helseinstitusjoner om å følge WHO koden for markedsføring av morsmelkerstatninger og relevante resolusjoner fra Verdens helseforsamling, for å beskytte familier mot markedsføring og reklamepress.

Helsepersonell har også behov for beskyttelse mot markedsføring og reklame som kan påvirke deres yrkesaktivitet og dømmekraft.

Å følge WHO-koden er viktig for helsetjenester som gir tilbud til mødre og nyfødte, da markedsføring av morsmelkerstatning kan påvirke ammingen negativt.

Implementering: Koden gir et tydelig ansvar til helsevesenet om ikke å reklamere for morsmelkerstatning, flasker, smokker og produkter som er omfattet av koden. Morsmelkerstatning, flasker og smokker skal være kjøpt inn etter vanlige innkjøpsrutiner. Helsepersonell som arbeider med mødre og nyfødte, skal ikke delta i noen form for reklamer, bruke produktnavn, eller tillate at morsmelkerstatning eller utstyr som er merket med produsentens navn, vises fram eller deles ut. Fagmøter for helsepersonell skal ikke være sponset av barnematindustrien og barnematindustrien skal ikke delta i undervisning av foreldre.

Kriterier:

- Avdelingen har en prosedyre som beskriver hvordan de følger WHO-koden:
 - Morsmelkerstatning, flasker og smokker i avdelingen er innkjøpt etter vanlige innkjøpsrutiner
 - Helsetjenestens lokaler skal ikke benyttes til markedsføring, presentasjon, og reklame for disse produktene, eller til utdeling av materiell fra produsentene.
 - Helsepersonell skal ikke tilbys eller ta imot gratisprøver av disse produktene eller gaver fra produsentene
 - Helsepersonell skal ikke dele ut gratisprøver av morsmelkerstatning, flasker eller smokker
- Minst 80 % av helsepersonalet kan forklare minst to punkter fra WHO-koden

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

Forklaring: Prosedyrer er viktig for å sikre at pasienten mottar kunnskapsbasert veiledning og at personalet gir ensartet informasjon.

Implementering: Alt helsepersonell som tar hånd om mor og barn, skal være kjent med ammeprosedyren og følge den i sin praksis. Ammeprosedyren skal forklare hvordan WHO/UNICEFs Ti trinn blir iverksatt på avdelingen og skal sikre mor/barn/partner ensartet og kunnskapsbasert ammeveiledning, som ikke er påvirket av den enkeltes meninger. Prosedyren skal også omfatte mødre som ikke ammer.

Kriterier:

- Avdelingen har en skriftlig ammeprosedyre som forklarer hvordan de åtte kliniske trinnene (trinn 3-10) blir iverksatt, hvordan WHO koden blir implementert, og hvordan kunnskapen til personalet blir evaluert
- Observasjoner i avdelingen bekrefter at ammeprosedyren er lett tilgjengelig for gravide, mødre og deres familier
- Alle dokumenter som omhandler amming er i samsvar med Mor-barn-vennlig standard
- Minst 80 % av personalet kan forklare minst to punkter fra ammeprosedyren som påvirker deres arbeid i avdelingen

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

Forklaring: Føde/barselenheter skal registrere klinisk praksis relatert til amming i sitt eget kvalitetssystem for å kunne følge med på egen praksis.

Implementering:

Anbefalte indikatorer:

- Tidlig ammestart
- Eksklusiv amming
 - Resultatene følges opp minst hver 6 måned. Hvis verdien av indikatorene er lavere enn 80 %, må avdelingen iverksette kompetansehevingstiltak

Kriterier:

- Avdelingens ammeprosedyre viser at de har en pågående evaluering av egen praksis
- Personalet/MBV ansvarlige skal møtes minst hver 6 måned for å evaluere resultatene

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

Forklaring: God ammeveiledning gitt til rett tid, kan bare gjennomføres hvis personalet har fått opplæring slik at de har kunnskap, kompetanse og ferdigheter i å støtte og veilede kvinner som ammer. Det kan ikke forventes at helsepersonell skal kunne følge en prosedyre eller veilede en pasient i et fagområde de selv ikke har fått opplæring i.

Implementering: Generelt sett bør ansvaret for opplæringen ligge hos grunnutdanningen og videreutdanningen for helsepersonell.

Dersom kunnskapen blant personalet er mangelfull, må det gjennomføres internundervisning eller sørges for at personalet tar kurs eller får undervisning andre steder.

Helsepersonell bør få avsatt tid til å gjennomføre opplæring, e-læringskurs og selvstudier. I tillegg vil veiledet praksis med kompetansevurdering være nødvendig.

Det er viktig å fokusere på kunnskap og ferdigheter som er oppnådd, og ikke bare på et gitt pensum. Personalet bør ha fått ammeundervisning i løpet av de to siste årene.

Alt helsepersonell som hjelper mødre med spedbarnsernæring bør vurderes i sin kompetanse til å praktisere WHO's 20 kunnskapspunkter om amming, samt å veilede og støtte mødre som ikke skal amme.

Kriterier:

- Minst 80 % av helsepersonell som er i kontakt med gravide, mødre og spedbarn bekrefter at de har fått ammeundervisning i løpet av de to siste årene
- Minst 80 % av helsepersonell som er i kontakt med gravide, mødre og spedbarn bekrefter at de har fått vurdert sin kompetanse om amming i løpet av de siste to årene
- Minst 80 % av helsepersonell som er i kontakt med gravide, mødre og spedbarn er i stand til å svare riktig på tre av fire spørsmål om kunnskap og ferdigheter for å støtte amming

Klinisk praksis:

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

Forklaring: Alle gravide kvinner må få grunnleggende informasjon om amming for å kunne gjøre et informert valg. Graviditeten er et gunstig tidspunkt for å informere kvinnene om fordelene ved å amme, og hva de kan gjøre for å få til ammingen. Gravide trenger også informasjon om at fødselen kan ha en innvirkning på ammestart og videre amming.

Implementering:

Fødeenheter som følger opp gravide i svangerskapet, skal informere kvinnene og deres familier om fordelene ved tidlig oppstart av amming og hvordan få dette til.

Informasjon om amming bør inneholde risikoen ved å gi morsmelkerstatning uten medisinsk grunn, hvordan man legger barnet til brystet og ulike ammestillinger, tidlig tegn på sult og selvregulering. Familier bør få informasjon om betydningen av hud-mot-hud kontakt og å være sammen med barnet 24 timer i døgnet. Mødrene bør også informeres om følelsen av ikke å produsere nok melk og hvordan man håndterer dette. Gravide som hovedsakelig får oppfølging fra primærhelsetjenesten skal få informasjon om amming av jordmor eller lege. Samtale om amming bør starte ved første eller andre svangerskapskonsultasjon, slik at det blir nok tid til å diskutere eventuelle utfordringer hvis nødvendig. Tidlig informasjon er i tillegg viktig for de kvinnene som føder prematurt. Ammeveiledningen må gis individuelt med utgangspunkt i den gravides kunnskap, kulturell bakgrunn og eventuelt tidligere ammeerfaring. Skriftlig informasjon på flere språk og henvisning til nettsider, er en måte å formidle relevant informasjon på.

Kriterier:

- Prosedyre om ammeveiledning til gravide skal som et minimum, inneholde følgende punkter:
 - Fordelene ved amming, for mor og barn
 - Retningslinje for spedbarnsernæring og risiko ved å gi morsmelkerstatning uten medisinsk grunn
 - Betydningen av umiddelbar og fortsatt hud-mot-hud kontakt
 - Betydningen av tidlig oppstart av amming
 - Betydningen av å være sammen 24 timer i døgnet
 - Grunnleggende kunnskap om ammestilling og sugetak
 - Kjenne til tidlige tegn på sult fra barnet

- Minst 80 % av mødrene som har fått svangerskapsoppfølging ved fødeenheten, kan rapportere at de har fått informasjon om amming
- Minst 80 % av mødrene som har fått svangerskapsoppfølging ved fødeenheten, kan beskrive to temaer som ble diskutert

Trinn 4. Sørge 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

Forklaring: Både umiddelbar og fortsatt hud-mot-hud kontakt og tidlig diing er viktig for en god ammestart. Kolostrum/råmelk som et nyfødt barn får i seg rett etter fødsel, er svært næringsrik og inneholder viktige antistoffer. Uforstyrret hud-mot-hud kontakt stimulerer den nyfødtes naturlige søkereflex og forebygger hypotermi/lav kroppstemperatur. Tidlig diing eller utmelking stimulerer melkeproduksjonen. Mange mødre slutter å amme tidlig fordi de tror de ikke har nok melk. Derfor er tidlig etablering av melkeproduksjon viktig for å lykkes med amming. Både hud-mot-hud kontakt og morsmelk bidrar til å kolonisere den nyfødte og forme mikrobiomet.

Implementering: Det skal tilrettelegges og oppmuntres til tidlig og uforstyrret hud-mot-hud kontakt mellom mor og barn så raskt som mulig etter vaginal fødsel og keisersnitt. Hud-mot-hud kontakt betyr at barnet legges nakent med forsiden mot mors mage/bryst.

Kontakten bør være uforstyrret i minst 60 minutter. Den første ammingen er en direkte følge av uforstyrret hud-mot-hud kontakt som fremmer barnets medfødte reflekser, slik at barnet finner veien til brystet. Helsepersonell skal jevnlig ha tilsyn/observasjon av mor og barn de første timene etter fødsel.

Det bør informeres om at kolostrum/råmelk kommer i små mengder, inneholder mye energi og er rik på antistoffer. Mødre som er søvnige eller påvirket av medisiner, trenger ekstra oppfølging og observasjon. Pårørende kan være en god støtte for mor. Hvis mødre ikke er i stand til å starte ammingen i løpet av den første timen, skal de få støtte og hjelp til å få hud-mot-hud kontakt og amme når de er klare for det. Hud-mot-hud kontakt er spesielt viktig for premature barn. Kengurumetoden innebærer tidlig og kontinuerlig hud-mot-hud kontakt mellom mor og barn, og er anbefalt når barnet er stabilt. Tidlig og hyppig håndmelking/pumping er svært viktig for stimulering av melkeproduksjonen, når den nyfødte ikke er klar for å suge selv eller er på nyfødt/intensivavdelingen.

Kriterier:

- Minst 80 % av mødre som har født normalt eller er forløst med keisersnitt uten narkose, skal kunne bekrefte at de fikk anledning til å ha barnet hos seg rett etter fødselen, eller innen 5 minutter, med uforstyrret hudkontakt i minst én time, med mindre det var dokumenterte medisinske grunner til forsinket kontakt
- Minst 80 % av mødre forløst ved keisersnitt i narkose skal kunne bekrefte at de fikk anledning til å få barnet til seg så snart de var i stand til å forholde seg til det. De skal kunne bekrefte at de fikk anledning til å ha hudkontakt med barnet i minst én time, og at de fikk tilbud om hjelp til ammingen
- Minst 80 % av mødre til fullbårne barn rapporterer at barnet kom til brystet innen én time etter fødselen, med mindre det var dokumenterte medisinske grunner til at dette ikke kunne skje

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

Forklaring: Selv om amming er en naturlig prosess, trenger mange mødre praktisk hjelp og veiledning. Selv erfarne mødre kan møte nye utfordringer med å amme et nyfødt barn. Veiledning og støtte etter fødsel er vist å øke ammeforekomsten opp til 6 måneders alder. En god ammestilling og et godt sugetak kan forebygge ammeproblemer senere. Tett oppfølging, støtte og hjelp er viktig for å bygge opp mødrenes selvtillit.

Implementering: Mødre skal få praktisk støtte som gjør dem i stand til å etablere og opprettholde amming og til å håndtere vanlige ammeproblemer. Det innebærer å gi emosjonell og motiverende støtte, gi informasjon og veiledning som gjør mødre i stand til å etablere en velfungerende amming. Føde/barseloppholdet er en unik mulighet til å diskutere og hjelpe mor med spørsmål eller problemer relatert til amming, og til å styrke hennes tro til egen evne til å kunne amme.

Førstegangsfødende og mødre med negativ ammeerfaring vil kunne trenge ekstra støtte for å unngå ammeproblemer. Keisersnittforløste og overvektige kvinner bør få tilbud om ekstra hjelp med ammestilling og sugetak.

Barn født i uke 34 – 36 + 6 dager kan vanligvis fullammes, men er mer utsatt for gulsott, lavt blodsukker/hypoglykemi og spiseproblemer enn barn født til termin, og trenger derfor økt årvåkenhet. Praktisk støtte til mødre med premature og syke barn kan være avgjørende for å etablere og opprettholde melkeproduksjon. Tvillingmødre trenger også ekstra støtte, spesielt til ammestilling og sugetak.

Flere temaer bør være inkludert i ammeundervisning til mødre som:

- Vise en god ammestilling og et godt sugetak som er avgjørende for å:
 - stimulere melkeproduksjonen
 - sikre at barnet får nok melk
 - forebygge såre brystknopper
- Hvordan håndtere melkespreng/brystspreng
- Opplæring i håndmelking/pumping for å opprettholde melkeproduksjonen, hvis de blir skilt fra sine barn
- Hvordan lagre utpumpet melk

Ammeobservasjon er nødvendig for å være sikker på at barnet er i stand til å die og får i seg morsmelk (at det foregår en melkeoverføring) og personalet skal tilby neste ammeveiledning senest innen 6 timer etter fødsel.

Kriterier:

- Minst 80 % av ammende mødre til barn født til termin skal bekrefte at personalet tilbød hjelp med ammingen innen 6 timer etter fødsel
- Minst 80 % av mødre til premature og/eller syke barn skal bekrefte at de har fått hjelp til å håndmelke eller pumpe innen 1-2 timer etter fødselen
- Minst 80 % av ammende mødre til barn født til termin er i stand til å vise hvordan de legger barnet til brystet, så det får et godt sugetak og at barnet dier effektivt og overfører melk
- Minst 80 % av ammende mødre til barn født til termin kan beskrive minst to måter å stimulere melkeproduksjonen på
- Minst 80 % av ammende mødre til barn født til termin kan beskrive minst to tegn på at diebarnet får nok melk
- Minst 80 % av ammende mødre til barn født til termin kan beskrive eller demonstrere håndmelking eller pumping

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

Forklaring: Å gi nyfødte brysternærte annen næring eller væske de første dagene etter fødselen forstyrrer etablering av melkeproduksjonen. Nyfødtes magesekker er små og fylles raskt. Morsmelkerstatning fordøyes saktere enn morsmelk og nyfødte som får annen væske enn morsmelk, vil die færre ganger. Dette fører igjen til mindre effektiv stimulering av melkeproduksjonen. En studie viser at spedbarn som har fått morsmelkerstatning på barselavdelingen har to ganger større sannsynlighet for å avslutte diingen i løpet av de første seks ukene etter fødsel. En norsk studie fant at risikoen for ikke å fullamme ved én måneds alder var fem til seks ganger større hvis barnet hadde fått morsmelkerstatning på barselavdelingen. I tillegg vil annen væske enn morsmelk kunne inneholde skadelige bakterier som kan gi risiko for sykdom. Bruk av morsmelkerstatning fører til endringer i tarmfloraen.

Implementering: Mødre skal frarådes å gi annen væske enn morsmelk, unntatt når det er en medisinsk grunn. Det er få tilstander hos mor eller barn som tilsier at man ikke kan amme og at det er behov for morsmelkerstatning.

Mangel på ressurser, tid eller kunnskap hos personale er ikke grunner for å gi morsmelkerstatning. Nyfødte som ikke kan få mors egen melk eller som trenger å få ekstra tilskudd av næring, spesielt premature eller barn med veldig lav fødselsvekt, bør få donormelk hvis mulig og det er kulturelt akseptabelt.

Hvis det er behov for tillegg er dette i de fleste tilfellene forbigående, inntil barnet klarer å ta brystet og/eller moren er tilgjengelig og klar for å amme. Selv om det for en periode er vanskelig å amme direkte på brystet må mødrene bli støttet og oppmuntret til å stimulere melkeproduksjonen ved å håndmelke eller pumpe, og prioritere å gi egen melk. Mødre som delammer eller ikke ammer skal få opplæring i sikker tilberedning og oppbevaring av morsmelkerstatning. Mødrene skal også få informasjon om hvordan de svarer på barnets tidlige tegn på sult.

Kriterier:

- Minst 80 % av premature barn og barn født til termin, har bare fått morsmelk eller bankmelk i løpet av sykehusoppholdet
- Minst 80 % av mødrene som på informert grunnlag har bestemt seg for ikke å amme, kan bekrefte at de hadde en samtale med personalet om ulike matemetoder
- Minst 80 % av mødrene som har bestemt seg for ikke å amme, kan bekrefte at de hadde en samtale med personalet om hvordan man kan tilberede og oppbevare morsmelkerstatning på en trygg måte.
- Minst 80 % av barn født til termin som har fått morsmelkerstatning, har en medisinsk grunn dokumentert i journalen
- Minst 80 % av premature eller syke barn som ikke har fått mors egen melk, har fått donormelk
- Minst 80 % av mødrene til nyfødte som er på nyfødt intensiv avdelingen, kan rapportere at de har fått hjelp til å stimulere/pumpe brystene innen 1-2 timer etter fødselen og til å opprettholde melkeproduksjonen videre

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

Forklaring: Når mor og barn er sammen dag og natt (Rooming-in), er det lett for mor å lære og gjenkjenne tidlige tegn på sult og svare på dem. Dette vil legge til rette for å etablere amming.

Implementering: Føde - barselavdelinger skal gjøre det mulig for mor og barn å være sammen hele døgnet, både etter vaginal fødsel og keisersnitt (sectio), eller fra det tidspunktet hvor mor er i stand til å forholde seg til barnet, og fram til utreise. Helsepersonell må forsikre seg om at barna er trygge. Mor og barn skal bare være adskilt hvis det er en medisinsk grunn. Barselavdelingen skal begrense ulike situasjoner og rutiner som medfører avbrudd i ammingen under barseloppholdet. Dette innebærer en praksis som gjør mor i stand til å amme så ofte og så lenge som hennes barn trenger det. Når en mor ligger på post operativ avdeling etter forløsning og er i stand til å forholde seg til barnet, skal barnet være sammen med henne. Hun vil trenge praktisk hjelp til å få barnet til seg og finne en god ammetilling. Rooming-in kan være vanskelig å gjennomføre hvis barnet må flyttes til nyfødtavdelingen.

Hvis premature og/eller syke barn må være på spesialavdeling for behandling og observasjon, må det settes i verk tiltak slik at mor kan være sammen med barnet, og det skal ikke være begrensninger i besøkstiden. Mødre bør ha mulighet til å håndmelke/pumpe ved siden av barnet.

Kriterier:

- Minst 80 % av mødrene til terminbarn kan bekrefte at de har hatt barnet hos seg siden fødselen
- Observasjoner i barselavdelingen bekrefter at minst 80 % av mødre og barn er sammen dag og natt, og hvis ikke, har en medisinsk grunne for å være adskilt
- Minst 80 % av mødrene til premature barn kan bekrefte at de var oppfordret til å være i nærheten av barnet dag og natt

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

Forklaring: Amming innebærer å gjenkjenne og svare på spedbarnets tegn på sult og når det er klart for å die. Selvregulering/ammings etter behov betyr at det ikke er noen begrensninger i brystmåltidenes antall eller varighet. Mødre skal få råd om å amme når barnet viser tegn på sult og så ofte som barnet ønsker å die. Skjemamating, det vil si å amme etter klokken, er ikke anbefalt. Det er viktig at mødrene har kunnskap om at gråt er et sent tegn på sult, og at det er vanskeligere å få til et godt sugetak og finne en god amlestilling når barnet er sultent og gråter.

Implementering: Mødrene skal bli veiledet i å praktisere amming etter barnets behov, selvregulering. Uavhengig av om barnet skal ammes eller ikke, skal mødrene bli veiledet i å svare på barnets tegn til sult og behov for nærhet og trøst.

Kriterier:

- Minst 80 % av ammende mødre skal kunne beskrive minst to tegn på sult
- Minst 80 % av mødrene kan bekrefte at de har fått råd om å amme så ofte og så lenge som barnet ønsker

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

Forklaring: Riktig veiledning og rådgivning til mor/partner og familiemedlemmer, gjør dem i stand til å gjøre et informert valg om bruk eller unngå bruk av smokk og flaske inntil velfungerende amming er etablert. Selv om WHO's retningslinjer ikke absolutt fraråder bruk av flasker og smokker til fullbårne barn, er det flere grunner til å være forsiktig med dette, inkludert hygiene, utvikling av kjeve/munnhule og gjenkjenning av tidlige tegn på sult.

Implementering: Dersom det er et ammeproblem eller en medisinsk indikasjon for å gi utpumpet brystmelk eller morsmelkerstatning til barn født til termin, kan ulike matemetoder brukes som kopp, skje eller flaske.

Det er viktig at personalet ikke bruker flaskesmokk som en lettvinnt måte å løse et dieproblem/sugeproblem på istedenfor å veilede mor og gjøre henne i stand til å legge barnet til brystet på en riktig måte, slik at det suger effektivt. Fysiologien er ulik når barnet suger på brystet og når barnet suger på en flaskesmokk og smokk. Dette kan føre til ammeproblemer. Hvis bruk av smokk erstatter et måltid og reduserer antall ganger barnet stimulerer brystet, kan dette føre til en reduksjon i melkeproduksjonen. Smokkbruk kan gjøre at mødre ikke gjenkjenner barnets tidlige tegn på sult, slik at måltidet utsettes til barnet blir veldig urolig eller gråter. Det skal ikke være reklame for smokker og flaskesmokker i avdelingen. Personalet skal heller ikke anbefale bruk av smokker og flaskesmokker, tilsvarende kriteriene for morsmelkerstatning (Trinn 1a WHO koden).

Kriterier:

- Minst 80 % av mødre til premature barn og barn født til termin, skal kunne bekrefte at de har fått informasjon om risikoen ved bruk av tåteflaske og smokk

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

Forklaring: Mødre trenger vedvarende støtte for å fortsette ammingen. Oppholdet på fødebarselavdelingen skal gi mødre grunnleggende kunnskap og ferdigheter om amming. Melkeproduksjonen er som regel ikke fullt etablert ved hjemreise. Støtte og hjelp til ammingen er helt avgjørende og nødvendig i dagene og ukene etter hjemreise for å kunne identifisere ammeutfordringer.

Implementering: Et faglig kriterium for en god barselomsorg bør derfor være kontinuerlig, daglig oppfølging inntil ammingen er etablert og barnet har en god vektutvikling.

Det vises til Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen:

(4.4) Regionalt helseforetak og kommunene er forpliktet til å inngå samarbeidsavtaler og utarbeide en flerårig lokalt tilpasset plan for svangerskaps-, fødsels- og barseltilbudet i helseregionen.

(4.5) Når mor og barn reiser hjem etter fødselen, skal kommunen eller den instans som ivaretar oppfølging av familien, varsles av føde-/barselavdelingen om hjemreise.

(6.3) Det anbefales at Ti trinn for vellykket amming er minstestandard for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen og at kvinner og nyfødte sikres tilgang til ammekyndig helsepersonell. Det foreslås at en kvinne som ønsker å amme, enten får være på barselavdelingen inntil ammingen fungerer tilfredsstillende og barnet ernæres med morsmelk, eller at føde-/barselavdelingen ved utskrivning har forsikret seg om at kvinnen vil få tilstrekkelig hjelp ved hjemmebesøk og konsultasjon på helsestasjonen.

Personalet skal kjenne til og sørge for at mødre blir informert om Ammehjelpen.

Kriterier:

- Minst 80 % av mødre til premature - og terminbarn bekrefter at personalet har informert dem om hvor de kan henvende seg for å få ammehjelp etter hjemreise
- Avdelingen kan dokumentere at den samarbeider med kommunehelsetjenesten om barselomsorgen og at det foreligger en samarbeidsavtale



Alt helsepersonell som veileder mødre i amming bør bli evaluert i sin kompetanse basert på kunnskaper om følgende punkter:

1. lytte og observere for å veilede mor
2. bruke ferdigheter for å bygge opp tillit og gi støtte og råd til mor
3. veilede en gravid kvinne om amming
4. observere og vurdere en amming
5. veilede en mor i å finne en god ammestilling for seg selv og barnet
6. veilede en mor i hvordan man best får barnet til brystet
7. forklare en mor om det optimale ammemønsteret
8. veilede en mor i i håndmelking
9. veilede en mor i koppmating
10. legge til rette for at mor kan amme innen den første timen etter fødsel
11. veilede en mor som tror hun har for lite melk
12. veilede en mor som har et barn som gråter ofte
13. veilede en mor med et barn som avviser brystet
14. veilede en mor som har flate eller innadvendte brystknopper
15. veilede en mor med brystspreg
16. veilede en mor med såre brystknopper
17. veilede en mor med brystbetennelse
18. veilede en mor i å amme et barn med lav fødselsvekt eller et sykt barn
19. veilede mor om hennes egen helse
20. implementere WHO koden i føde-barsel enheten

Digitalt spørreskjema til ansatte som gir ammeveiledning

I forbindelse med MBVS og evaluering av sykehusene høsten 2020 (keisersnittmødre) ønsker vi at alt personale som er involvert i ammeveiledning (leger, jordmødre og barnepleiere, sykepleiere) svarer digitalt på noen spørsmål. Svarene kan ikke spores tilbake til den enkelte.

Evt. spørsmål eller kommentarer til undersøkelsen kan sendes til:

Anette Schaumburg Huitfeldt: ahuitfel@ous-hf.no eller Mette Ness

Hansen: mehansen@ous-hf.no

1. Hvor arbeider du?

- Helse Sør-Øst:
- Oslo Universitetssykehus, Ullevål
- Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet
- Asker og Bærum sykehus, Vestre Viken
- Akershus Universitetssykehus
- Sykehuset Østfold, Fredriksstad
- Sykehuset Innlandet Lillehammer
- Sykehuset Innlandet Elverum
- Sykehuset Innlandet Gjøvik
- Sykehuset Innlandet Kongsvinger
- Tynset fødestue
- Drammen sykehus
- Ringerike Sykehus, Hønefoss
- Kongsberg Sykehus
- Sykehuset i Vestfold, Tønsberg
- Sykehuset Telemark, Skien
- Sørlandet sykehus, Kristiansand
- Sørlandet sykehus, Arendal
- Sørlandet sykehus, Flekkefjord
- Helse Vest:
- Haukeland universitetssykehus
- Bergen Voss sjukehus
- Stavanger universitetssykehus

- Haugesund sjukehus
- Stord sjukehus
- Odda sjukehus
- Førde sentralsjukehus
- Nordfjord sjukehus, Nordfjordeid
- Lærdal sjukehus
- Helse Midt-Norge
- St. Olavs Hospital, Trondheim
- Orkdal sjukehus
- Sykehuset Levanger
- Sykehuset Namsos
- Molde sjukehus
- Kristiansund sykehus
- Ålesund sjukehus
- Volda Sjukehus
- Helse Nord-Norge:
- Klinikk hammerfest
- Klinikk Kirkenes
- Fødestua i Alta
- UNN Tromsø
- UNN Harstad
- UNN Narvik
- Fødestua i Nord-Troms, Finnsnes
- Fødestua i Midt-Troms, Sonjatun
- Nordlandssykehuset Bodø
- Nordlandssykehuset Vesterålen, Stokmarknes
- Nordlandssykehuset Lofoten, Gravdal
- Helgelandssykehuset, Mo i Rana
- Helgelandssykehuset, Sandnessjøen
- Helgelandssykehuset, Brønnøysund
- Helgelandssykehuset, Mosjøen

2. Hvilken stilling har du på føde/barselavdelingen?

- Avdelingsjordmor

- Fagansvarlig jordmor
- Jordmor
- Hjelpepleier/barnepleier
- Lege
- Sykepleier
- Annet?

3. Hva er Verdens helseorganisasjons kode for markedsføring av morsmelkerstatninger og tilskuddsblandinger (WHO-koden)?

- WHO-koden er et sett med anbefalinger som skal regulere markedsføringen av morsmelkerstatninger, flasker og smokker
- WHO-koden er råd om hva reklame for morsmelkerstatning kan inneholde
- WHO-koden er en anbefaling om hvilke produkter sykehuset kan kjøpe til redusert pris, fra produsenter av morsmelkerstatning

4. Hva sier WHO koden om utdeling av gratisprøver?

- Utdeling av gratisprøver av morsmelkerstatning, tilskuddsblandinger, flasker og smokker skal ikke finne sted
- Utdeling av gratisprøver av morsmelkerstatning, tilskuddsblandinger, flasker og smokker kan gjøres av helsepersonell dersom mor og barn har behov for produktene
- Utdeling av gratisprøver av morsmelkerstatning skal ikke finne sted, men mødrene kan få gratis prøver på flasker og smokker

5. Hva sier WHO koden om markedsføring (promotering) av morsmelkerstatning, tilskuddsblandinger, flasker og smokker til helsepersonell og i helseinstitusjoner?

- Personalet kan motta vitenskapelig informasjon fra produsentene
- Personalet kan motta vitenskapelig informasjon om produktene og «gaver» i form av kulepenner, notatblokker, bærenett med produsent-logo fra produsentene
- Produsentene kan holde møte på avdelingene hvor personalet kan motta vitenskapelig informasjon om produktene samtidig med at produsentene sponser med/tilbyr lunsj e.l

6. Har du sett reklameoppslag i avdelingen for flasker eller narresmokker?

- Ja
- Nei

7. Har du sett reklame for morsmelkerstatning?

- Ja
- Nei

8. Har du overhørt kolleger snakke om produktnavn? (For eksempel Nutramigen, Holle, Semper, HIPP, NAN/Nestlé)

- Ja
- Nei

9. Hva er regnet som en av hovedindikatorene for et Mor-barn-vennlig sykehus?

- Keisersnittforekomsten
- Mødrenes tilfredshet
- Antall timer med personalopplæring
- Prosentandel mødre som begynner å amme og fullammer

10. Hvorfor er det viktig å registrere / følge opp sykehusets ammepraksis?

- For å rapportere til myndighetene
- For å se om etablerte målsetninger er oppnådd (Ti trinn)
- For å se om alle får den samme behandling/oppfølging
- Administrasjonen trenger å samle inn data

Trinn 2. «Sikre at personalet har tilstrekkelig og oppdatert kunnskap, kompetanse og ferdigheter for å støtte amming».**Kriterier:**

- Minst 80 % av helsepersonell som er i kontakt med gravide, mødre og spedbarn bekrefter at de har fått ammeundervisning i løpet av de to siste årene.
- Minst 80 % av helsepersonell som er i kontakt med gravide, mødre og spedbarn bekrefter at de har fått vurdert sin kompetanse om amming i løpet av de siste to årene.
- Minst 80 % av helsepersonell som er i kontakt med gravide, mødre og spedbarn er i stand til å svare riktig på tre av fire spørsmål om kunnskap og ferdigheter for å støtte amming.

11. Har du gjennomgått e-læringskurset og testen etterpå? E-læringskurset «Ti trinn for vellykket amming» er rettet mot helsepersonell som er i kontakt med gravide, mødre og spedbarn.

- Ja
- Nei

12. Kjenner du til de 20 ammekunnskapspunktene?

- Ja
- Nei

13. Har du fått noen form for opplæring om amming i løpet av de siste to årene? (Intern internt, eksternt undervisning, tid til selvstudium, eller oppfølging i praksis).

- Ja
- Nei
- Annet?

14. Hvordan er du blitt vurdert/evaluert i din kompetanse om amming i løpet av de siste to årene (20 kunnskapspunkter)? Flere alternativer.

- Eksamen på høgskolen/nyutdannet siste 2 årene
- Testen fra e-læringskurset
- Oppfølging i praksis
- Ammeveilederstudie/tatt eksamen
- IBCLC/tatt eksamen
- Studiespørsmål til «bryst er best»
- Studiespørsmål til boken «ammings»
- Ingen vurdering/evaluering
- Annet? Forklar

15. Følger avdelingen Trinn 4? «Sørge for at mor og barn kan ha uforstyrret hud-mot-hud kontakt og støtte mødre i å komme i gang med amming så snart som mulig etter fødsel»?

Kriterier:

- Minst 80% av mødre som har født normalt eller er forløst med keisersnitt uten narkose, skal kunne bekrefte at de fikk anledning til å ha barnet hos seg rett etter fødselen, eller innen 5 minutter, med uforstyrret hudkontakt i minst én time, med mindre det var dokumenterte medisinske grunner til forsinket kontakt.
- Minst 80 % av mødre forløst ved keisersnitt i narkose skal kunne bekrefte at de fikk anledning til å få barnet til seg så snart de var i stand til å forholde seg til det. De skal kunne bekrefte at de fikk anledning til å ha hudkontakt med barnet i minst én time, og at de fikk tilbud om hjelp til ammingen.
- Minst 80 % av mødre til fullbårne barn rapporterer at barnet kom til brystet innen én time etter fødselen, med mindre det var dokumenterte medisinske grunner til at dette ikke kunne skje.
 - o Ja
 - o Nei
 - o Det varierer fra person til person
 - o Annet?

16. Følger avdelingen Trinn 6? «Ikke gi morsmelkernærte nyfødte noen annen form for næring eller drikke enn morsmelk unntatt ved medisinsk grunn»?

Kriterier:

- Minst 80 % av premature barn og barn født til termin, har bare fått morsmelk eller bankmelk i løpet av sykehusoppholdet.
- Minst 80 % av mødre som på informert grunnlag har bestemt seg for ikke å amme, kan bekrefte at de hadde en samtale med personalet om ulike matemetoder.
- Minst 80 % av mødre som har bestemt seg for ikke å amme, kan bekrefte at de hadde en samtale med personalet om hvordan man kan tilberede og oppbevare morsmelkerstatning på en trygg måte.
- Minst 80 % av barn født til termin som har fått morsmelkerstatning, har en medisinsk grunn dokumentert i journalen.
- Minst 80 % av premature eller syke barn som ikke har fått mors egen melk, har fått donormelk.
- Minst 80 % av mødre til nyfødte som er på nyfødt intensiv avdelingen, kan rapportere at de har fått hjelp til å stimulere/pumpe brystene innen 1-2 timer etter fødselen og til å opprettholde melkeproduksjonen videre
 - o Ja

- Nei
- Det varierer fra person til person

17. Har avdelingen en prosedyre for bruk av tillegg/morsmelkerstatning på fødebarsel?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

18. Hva er de to vanligste grunnene til bruk av tillegg/morsmelkerstatning på barsel, til barn av kvinner som ønsker å amme? (Kun to kryss til dette spørsmålet).

- Barnet er urolig
- Barnet har gått mye ned i vekt
- Barnet har lavt blodsukker
- Barnet har gulsott
- At mødre ber om det
- At personalet anbefaler det
- At kvinnen er brystoperert
- At kvinnen har bestemt seg for ikke å amme
- At mor har for lite melk de første gangene/dagene
- At barnet ikke vil ta brystet
- Annet?

19. Opplever du at du selv eller dine kolleger noen ganger gir tillegg/morsmelkerstatning (MME) uten at det er medisinsk grunn til det?

- Ja
- Nei
- Vet ikke
- Kommentarer?

20. Kjenner du til Trinn 8? «Veilede mødre i å kjenne igjen og svare på barnets tegn på sult»?

Kriterier:

- Minst 80% av ammende mødre skal kunne beskrive minst to tegn på sult.

- Minst 80% av mødrene kan bekrefte at de har fått råd om å amme så ofte og så lenge som barnet ønsker
- o Ja
- o Nei

21. Hvilke sulttegn informerer du mødrene om?

- o Gråt
- o Beveger armer og bein
- o Fører hånden til munnen
- o Raske øyebevegelser når øynene er lukket
- o Gaper og stikker tungen ut av munnen

22. Informasjon til mødrene om hvor lenge barnet skal ligge ved brystet. Hvilken følgende alternativer informerer du mødrene om?

- Så lenge barnet vil ha brystet/slipper taket selv
- 10 minutter på hver side
- Et begrenset tidsrom så hun ikke blir sår
- At hun ikke må la barnet suge for lenge så hun unngår å bli sår
- Annet? Beskriv:

23. Hvilke av de følgende rådene gir du til mor om hvor ofte hun skal/bør amme barnet sitt?

- Barnet skal legges til brystet hver gang det virker sultent
- Barnet bør legges til brystet minst 8-12 ganger i døgnet
- Barnet skal legges til brystet hver 3-4.time
- Jeg gir ingen råd om dette
- Barnet bør lære seg gode rutiner med en gang, dvs. amme hver 3.time
- Annet? Beskriv:

24. Har du ellers noen kommentarer til avdelingens ammerutiner?

Tusen takk for at du svarte på spørsmålene.



NASJONAL KOMPETANSETJENESTE

for amming

29.9.20

Nasjonal kompetansetjeneste for amming
Oslo universitetssykehus HF
Forsknings- og utviklingsavdelingen,
Kvinneklinikken

Postadresse:
Nasjonal kompetansetjeneste for amming
Oslo universitetssykehus
Postboks 4950 Nydalen
0424 Oslo
www.ammesenteret.no

**REEVALUERING AV MOR-BARN-VENNLIG SYKEHUS
MED FOKUS PÅ AMMERUTINER VED KEISERSNITT, AMMEFORKOMST / BRUK AV
MORSMELKERSTATNING (MME) OG PERSONALET'S AMMEKUNNSKAPER**

Praktisk informasjon.

Alle keisersnittforløste som behersker norsk eller engelsk får muligheten til å svare på spørsmålene.

Fødeenhetene skal gjennomføre reevaluering på følgende måte:

a) Informasjonsskriv til keisersnittmødre som føder i oktober (november, desember).

- **Alle** keisersnittmødre som behersker norsk eller engelsk, som føder i oktober (evt. november, desember), skal få tilbud om å svare på et elektronisk spørreskjema. Personalet deler ut informasjonsskrivet med lenken eller QR koden til undersøkelsen som åpner 1/10-2020. Spørreskjemaet vil være åpent frem til 31.12.20. Det er bare mødrene som skal ha tilgang til denne lenken.
- Avdelingene må selv kopiere opp dette informasjonsskrivet fra vedlagte originaler (norsk og engelsk).

b) Avdelingen registrerer amming og bruk av tillegg til ALLE SECTIOFORLØSTE BARN

- Registrering av amming og bruk av tillegg til sectioforløste barn på barselavdelingen på vedlagte skjema. Dette skjemaet må dere selv kopiere, se vedlagte kopieringsoriginal.

Ved utreise registreres skjemaet elektronisk via link: <https://nkfa.opinio.net/s?s=631> som åpner 1/10-2020, og vil være åpen til 31/12.20. Passord til registrering av tillegg: **MBVS2020**

- Når registreringen er sendt via "Avslutt" er det ikke mulig å gå tilbake og endre registreringen.

c) Personalets ammekunnskaper – Trinn 2

Reevalueringen vil også omfatte et digitalt spørreskjema til personalet. Dette vil omhandle deres veiledningskompetanse og kunnskap om morsmelk/amming.

Følgende lenke: <https://nkfa.opinio.net/s?s=628> bes sendt til alt personale som gir ammeveiledning.

Passord: MBVS2020

Oppdaterte retningslinjer fra FHI 4.9.20:

<https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/helsepersonell/tiltak-i-spesialisthelsetjenesten-ved-mistenkt-og-bekreftet-smitte-med-nytt/?term=&h=1#besoek-i-fdebarselavdelinger>

Mette Ness Hansen, jordmor, IBCLC, MPH og Anette Schaumburg Huitfeldt, jordmor, IBCLC
mehansen@ous-hf.no eller ahuitfel@ous-hf.no

Nasjonal kompetansetjeneste for amming
Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet,
Postboks 4950 Nydalen,
0424 Oslo





NASJONAL KOMPETANSETJENESTE

for amming

Kvinneklinikken
Oslo universitetssykehus HF
Rikshospitalet

Nasjonal kompetansetjeneste for amming ønsker å evaluere alle føde-barselavdelinger, med fokus på mødre som blir forløst med keisersnitt, ammeforekomst / bruk av morsmelkerstatning (MME) og personalets ammekunnskaper. Evalueringen vil finne sted i løpet av oktober, november og desember, avhengig av antall svar fra keisersnittforløste på føde-barselavdelingen. Evalueringen er en kvalitetssikring av avdelingens ammerutiner og kompetanse.

For å lette kommunikasjonen med føde-barselavdelingene, vil vi gjerne ha en kontaktperson (fagutviklingsjordmor e.l) i avdelingen. Send oss gjerne en e-post så vi får registrert denne kontaktpersonen.

[Folkhelsemeldingen](#) (Stortingsmelding nr.16/2002-2003) har som mål at føde/barselavdelinger drives i samsvar med WHO/UNICEFs Ti trinn for vellykket amming. Nasjonal kompetansetjeneste for amming skal bidra til at sykehusene følger denne standarden og utfører løpende evalueringer av norske sykehus som ønsker å beholde sin godkjenning som Mor-barn-vennlig sykehus.

Vi minner spesielt om trinn 2, 4, og 6.

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

Kriterier:

- Minst 80 % av mødre som har født normalt eller er forløst med keisersnitt uten narkose, skal kunne bekrefte at de fikk anledning til å ha barnet hos seg rett etter fødselen, eller innen 5 minutter, med uforstyrret hudkontakt i minst én time, med mindre det var dokumenterte medisinske grunner til forsinket kontakt
- Minst 80 % av mødre forløst ved keisersnitt i narkose skal kunne bekrefte at de fikk anledning til å få barnet til seg så snart de var i stand til å forholde seg til det. De skal kunne bekrefte at de fikk anledning til å ha hudkontakt med barnet i minst én time, og at de fikk tilbud om hjelp til ammingen
- Minst 80 % av mødrene til fullbårne barn rapporterer at barnet kom til brystet innen én time etter fødselen, med mindre det var dokumenterte medisinske grunner til at dette ikke kunne skje

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

Kriterier:

- Minst 80 % av premature barn og barn født til termin, har bare fått morsmelk eller bankmelk i løpet av sykehusoppholdet
- Minst 80 % av mødrene som på informert grunnlag har bestemt seg for ikke å amme, kan bekrefte at de hadde en samtale med personalet om ulike matemetoder
- Minst 80 % av mødrene som har bestemt seg for ikke å amme, kan bekrefte at de hadde en samtale med personalet om hvordan man kan tilberede og oppbevare morsmelkerstatning på en trygg måte.
- Minst 80 % av barn født til termin som har fått morsmelkerstatning, har en medisinsk grunn dokumentert i journalen
- Minst 80 % av premature eller syke barn som ikke har fått mors egen melk, har fått donormelk
- Minst 80 % av mødrene til nyfødte som er på nyfødt intensiv avdelingen, kan rapportere at de har fått hjelp til å stimulere/pumpe brystene innen 1-2 timer etter fødselen og til å opprettholde melkeproduksjonen videre



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

- Minst 80 % av helsepersonell som er i kontakt med gravide, mødre og spedbarn bekrefter at de har fått ammeundervisning i løpet av de to siste årene
- Minst 80 % av helsepersonell som er i kontakt med gravide, mødre og spedbarn bekrefter at de har fått vurdert sin kompetanse om amming i løpet av de siste to årene
- Minst 80 % av helsepersonell som er i kontakt med gravide, mødre og spedbarn er i stand til å svare riktig på tre av fire spørsmål om kunnskap og ferdigheter for å støtte amming

Vi minner om WHO/UNICEFs [reviderte kriterier for Mor-barn-vennlige sykehus, 2018](#). Disse dokumentene er tidligere sendt til alle landets føde/barselavdelinger.

[Opplæring - 20 kunnskapspunkter](#)

[Ti trinn for vellykket amming - fullversjon \(pdf\)](#)

[Ti trinn for vellykket amming - kortversjon](#)

Det er utviklet et [egget E-læringskurs for Mor-barn vennlige enheter](#). Dette er basert på WHO/UNICEFs oppdaterte og evidensbaserte *Ti trinn for vellykket amming*. Kurset består av en opplæringsmodul og en avsluttende test.

Forslag til andre sider som fokuserer på mer informasjon og ammeopplæring:

https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1

Spørsmål vedrørende evalueringen kan rettes til:

Anette Schaumburg Huitfeldt, jordmor/ IBCLC ahuitfel@ous-hf.no

eller: Mette Ness Hansen, jordmor/ IBCLC / MPH mehansen@ous-hf.no

Nasjonalt kompetansetjeneste for amming
(Kvinneklinikken)



Rikshospitalet, Postboks 4950 Nydalen
0424 Oslo, Tel: 23.07.54.00 Fax: 23.07.54.10

Besøksadresse: Forskningsveien 2B, bygg C

www.oslo-universitetssykehus.no/ammesenteret



Vedlegg i mailen:

- Informasjon til avdelingene om praktisk gjennomføring
- Registreringsskjema for amming og bruk av tillegg
- Informasjon til mødrene; gratulerer med babyen / Congratulations on the birth of your baby

Oslo universitetssykehus er lokalsykehus for deler av Oslos befolkning, regionssykehus for innbyggere i Helse Sør-Øst og har en rekke nasjonale funksjoner.

Org.nr.: NO 993 457 049 MVA

www.oslo-universitetssykehus.no

Gruppeprosessen

En gruppeprosess består av flere forskjellige faser. En fase der vi gjort oss kjent med datamaterialet, en annen der vi har utført analyser og faser besående av ulike skriveprosesser. Til sammen har alle fasene vært en del av helhetsprosessen som resulterte i denne masteroppgaven. Å skrive en masteroppgave har vært en lang og tidskrevende periode som til tider har ført til mye frustrasjon, men det har også vært lærerikt og inspirerende. Vi har fått en dypere forståelse og et sterkere engasjement for temaet.

Gjennom prosessen har vi hatt en stor fordel av å være to. Det har gitt muligheter for diskusjoner av utfordringer knyttet til oppgaven, noe som igjen har bidratt til et mer reflektert syn. Det har bidratt til at vi raskere har løst ulike problemstillinger, kommet fram til løsninger og sett oppgaven i lys av flere synsvinkler. Samtidig har vi kunne oppmuntre og dra hverandre gjennom de tyngre periodene. Av den grunn har vi også valgt å for det meste sitte sammen og arbeide som et team, «sammen er vi sterkere». Vi har hatt et godt samarbeidet og en åpen kommunikasjon gjennom alle fasene i denne gruppeprosessen.

Arbeidsoppgavene har blitt jevnt fordelt, slik at arbeidsinnsatsen ble lik. Denne arbeidsmetoden har fungert godt for oss begge. Sist, men ikke minst vil vi takke hverandre for hverandres innsats, støtte og samarbeid gjennom både denne tiden, men også studieperioden som jordmorstudenter.