

Masteroppgave

Master i jordmorfag

Oktober 2021

Keisersnitt, amming og morsmelkerstatning

En deskriptiv tverrsnittstudie om bruk av MME/ tillegg til barn forløst med keisersnitt på Mor-barn-vennlige sykehus i Norge, høsten 2020

Kandidatnummer: 528

Emnekode: MAJO5900

Antall ord: 11980

Fakultet for helsevitenskap

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

Sammendrag

Tittel: Keisersnitt, amming og morsmelkerstatning

Hensikt: Kartlegge bruk av morsmelkerstatning til keisersnittforløste barn og indikasjoner for bruk.

Problemstilling: Hvor stor andel barn forløst med keisersnitt får morsmelkerstatning før utreise og på hvilken indikasjon?

Metode: En kvantitativ studie med et elektronisk spørreskjema. 537 inkluderte enheter fra 35 MVB-føde- og barselenheter.

Resultat: Halvparten (50,1 %) av de keisersnittforløste barna fikk MME. Mest hyppige indikasjoner for bruk var mors ønske (39,4 %), annen barnelegeordinasjon (31,2 %), stort vekttap (27,9 %) og urolig barn (26,4 %).

Konklusjon: Resultatene i studien sammenfaller med funnene i den siste Mor-barn-vennlige sykehus-evalueringene. Kartleggingen fremhever viktigheten av å være oppmerksom på og legge til rette for ammeveiledning til mødre forløst med keisersnitt.

Nøkkelord: Amming, Morsmelkerstatning, Keisersnitt, Ti trinn for vellykket amming, Mor-barn-vennlig initiativ, Tverrsnittstudie

Abstract

Title: Caesarean section, breastfeeding and infant formula

Aim: Map the use of instant formula after caesarean section and

Issue: What proportion of children delivered by caesarean section receive breast milk substitute before leaving the hospital and on what indication?

Method: A quantitative study with an electronic questionnaire. 537 included units from 35 MVB maternity units.

Results: Half (50,1%) of the caesarean section children received breast milk substitutes. The most frequent indications for use were the mother's wishes (39,4%), other childcare prescriptions (31,2%), large weight loss (27,9%) and restless children (26,4%).

Conclusion: The results of the study coincide with the findings of the latest Baby-friendly Hospital initiative evaluation. The survey emphasizes the importance of being aware of and facilitating breastfeeding guidance for mothers delivered by caesarean section.

Keywords: Breastfeeding, Infant formula, Caesarean section, Ten steps to successful breastfeeding, the Baby-friendly Hospital initiative, Cross-sectional study

Forord

Takk til Nasjonal kompetansetjeneste for amming, for lån av datasett til denne studien.

Nærmere takk til Anette Schaumburg Huitfeldt for tilgjengelighet svar til spørsmål rundt gjennomføring av den opprinnelige undersøkelsen.

Takk til medstudenter, lærere og veileder for gode tilbakemeldinger, konstruktiv kritikk og råd langs veien.

Innholdet i denne oppgaven står for forfatterens regning.

Takk til Caroline, som fikk meg opp på hesten igjen.

Takk til Mats, min bauta – fordi du har passet barn, holdt hus og hjem, lest korrektur og holdt ut med mine mange opp- og nedturer.

Til Ingrid, min solstråle

og Selma, min *partner in crime*, som ble født midt i analyseprosessen.

Ordliste

BFHI – the Baby-Friendly Hospital Initiative

DM1 – diabetes mellitus 1

DM2 – diabetes mellitus 2

GDM – gestasjonell diabetes mellitus (svangerskapsdiabetes)

MBVI – Mor-barn-vennlig initiativ

MM – morsmelk

MME – morsmelkerstatning

NKA – nasjonal kompetansetjeneste for amming

Fullamming og amming defineres på følgende måte av WHO (2008, p. 4):

Ved *fullamming* (exclusive breastfeeding) blir barnet fullernært på morsmelk, kun med eventuelle vitamin-/ mineraltilskudd eller nødvendig medisin i tillegg.

Ved *amming* (breastfeeding) får barnet morsmelk i kombinasjon med morsmelkerstatning, annen drikk eller fast føde samt vitamin-/ mineraltilskudd/ nødvendig medisin. Denne definisjonen vil videre i studien omtales som *delamming*.

Morsmelkerstatning defineres av Mattilsynet (2019) som et næringsmiddel som kan benyttes fra fødsel når amming ikke er mulig eller ved tilfeller der barnet ikke blir fullammet.

Bankmelk defineres av Ammehjelpen (2021) som utpumpet morsmelk som doneres fra andre mødre.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Masteroppgavens oppbygging.....	2
1.2	Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.2.1	Beskytte, promotere og støtte amming.....	2
1.2.2	Ti trinn for vellykket amming.....	4
1.2.3	Keisersnitt og amming.....	5
1.3	Formål og problemstilling.....	7
1.3.1	Begrepsavklaring.....	7
2	Teoretisk rammeverk.....	7
2.1	Morsmelkens helsegevinster.....	7
2.2	Ammingens fysiologi og grunnprinsipper for god ammestart.....	8
2.2.1	Ammeveiledning.....	9
2.3	Keisersnitt.....	10
2.3.1	Praksis på fødeavdelingen.....	11
3	Metode.....	12
3.1	Studiedesign.....	12
3.2	Datamateriale.....	12
3.2.1	Spørreskjema.....	12
3.2.2	Rekruttering og utvalg.....	13
3.2.3	Studiens inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	14
3.3	Dataanalyse.....	14
3.3.1	Omkoding av data.....	15
3.3.2	Datavask.....	15
3.3.3	Statistiske analyser.....	16
3.4	Etiske overveielser.....	16
4	Resultater.....	17
4.1	Presentasjon av fødeinstitusjoner.....	17
4.2	Type sectio og anestesi.....	19
4.3	Forekomst av MME.....	20

4.3.1	Type tillegg gitt	20
4.3.2	Antall ganger gitt.....	21
4.4	Hvorfor MME ble gitt.....	22
4.4.1	Indikasjon	22
4.4.2	Barnelegeordinasjon.....	25
4.5	Tilleggsanalyse av ekskluderte enheter	25
4.5.1	Forekomst av MME	25
4.5.2	Hvorfor MME ble gitt	26
4.5.3	Resultat.....	26
5	Diskusjon.....	26
5.1	Resultatdiskusjon.....	26
5.1.1	Bruk av MME.....	26
5.1.2	Indikasjon	30
5.2	Metodediskusjon.....	35
5.3	Implikasjoner for praksis og videre forskning.....	37
6	Konklusjon	39
7	Referanseliste	40
Vedlegg 1	.....	I
Vedlegg 2	.....	V
Vedlegg 3	.....	VI
Vedlegg 4	.....	VII
Vedlegg 5	.....	XVI
Vedlegg 6	.....	XVII
Vedlegg 7	.....	XVIII
Vedlegg 8	.....	XIX

Tabell og figuroversikt

Tabell 1. Type fødeinstitusjon fordelt på de fire helseregionene	s.17
Tabell 2. Barn inkludert i studien fordelt på de fire helseregionene	s.18
Tabell 3. Ernæring av keisersnittforløste barn innlagt på Mor-barn-vennlig sykehus	s.20
Tabell 4. Barn som har fått MME fordelt på type fødeinstitusjon i de fire helseregionene	s.20
Tabell 5. Svar til hvorfor MME ble gitt fordelt på indikasjon	s.22
Tabell 6. Oversikt over svar til variabelen «annen indikasjon»	Vedlegg 7, XVIII
Tabell 7. Andre indikasjoner oppgitt hos de som fikk MME på bakgrunn av «mors ønske»	s.24
Tabell 8. Svar til hvorfor MME ble gitt fordelt på barnelegeordinasjon	s.25
Tabell 9. Svar til hvorfor MME ble gitt fordelt på indikasjon og barnelegeordinasjon for alle barna som fikk MME, som ble ekskludert basert på tidspunkt skjema ble levert	Vedlegg 8, XIX
Figur 1. Forekomst av bruk av MME ved grad av sectio og anestesi	s.19
Figur 2. Andel MME gitt fordelt på verdier enkeltvis og i grupper	s.21

1 Innledning

Verdens helseorganisasjon (WHO) fastslår at amming er en av de mest effektive måtene å sikre god helse hos barn (WHO, 2018, 2021). Det anbefales at amming innledes innen én time etter fødsel, at den nyfødte skal fullammes de første seks månedene og videre delammes frem til to års alder (Kramer & Kakuma, 2012; WHO, 2018).

For å fremme amming og tidlig nærkontakt mellom mor og barn lanserte WHO og FNs barnefond (UNICEF) «the Baby-Friendly Hospital Initiative» (BFHI) på tidlig 90-tallet. Initiativet skulle motivere de deler av helsevesenet som gav svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg til å følge «Ti trinn for vellykket amming» (WHO & UNICEF, 1999). I kjølvannet av dette ble «Mor-barn-vennlige initiativ» (MBVI) startet i Norge på midten av 1990-tallet. Helsedirektoratet (2014, p. 13) anbefaler MBVI som en minstandard for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen i Norge.

En global analyse publisert i en Lancet-serie om amming (Rollins et al., 2016; Victora et al., 2016) viser at mer enn 80 % av nyfødte starter å die. Kun halvparten ammes innenfor den første timen etter fødsel og bare 37 % fullammes de første seks månedene. Dette til tross for aktiv promotering og målrettede tiltak de siste 30 årene fra WHO og FNs barnefond (UNICEF) (WHO, 2018, p. 9; WHO & UNICEF, 1989, p. 6 & 20).

Keisersnitt er en av de vanligste grunnene til at noen nyfødte ikke får en helt ideell start på ammingen (Nylander, 2008, p. 51), og keisersnittsraten er økende globalt (WHO, 2015). I 2020 ble det født 52 897 barn i Norge. Av disse ble 15,8 % forløst ved keisersnitt (Medisinsk fødselsregister, 2020). Den siste evalueringen av landets Mor-barn-vennlige sykehus (Nasjonalt kompetansesenter for Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2021c) viser til en trend av svært høyt forbruk av morsmelkerstatning og tillegg hos keisersnittforløste barn fra 2013-2020. Ifølge ti trinn for vellykket amming anbefales det at friske, terminfødte barn skal unngå bruk av tillegg til morsmelken mens ammingen etableres, med mindre det foreligger medisinsk indikasjon (WHO, 2018). Keisersnittforløsning er allerede forbundet med mulige uønskede langtidseffekter (Keag, Norman, & Stock, 2018), samt at barnet frarøves andre helsegevinster som ved vaginalforløsning (Biasucci et al., 2010; Hyde, Mostyn, Modi, & Kemp, 2012). Ved å se denne kunnskapen i et folkehelseperspektiv, synliggjøres viktigheten av denne studiens hensikt - å kartlegge bruk av morsmelkerstatning og tillegg etter keisersnittforløsning.

1.1 Masteroppgavens oppbygging

Masteroppgaven presenteres som en monografi bestående av seks kapitler. Kapittel én er oppgavens innledning der det blir presentert bakgrunn for valg tema, herav historien bak MBVI, forskning rundt keisersnitt og bruk av morsmelkerstatning (MME). Videre blir formål og problemstilling presentert samt begrepsavklaring. I kapittel to presenteres det teoretiske rammeverket med utgangspunkt i oppgavens tema: keisersnitt, amming og morsmelkerstatning. Forfatter redegjør for studiens metodiske perspektiv, etiske overveielser og dataanalyse i kapittel tre. I kapittel fire presenteres resultatene fra analysen, før resultat- og metodediskusjon i kapittel fem. Studiens konklusjon er forfattet i kapittel seks.

1.2 Bakgrunn for valg av tema

1.2.1 Beskytte, promotere og støtte amming

Matvareindustrien begynte sin markedsføring av MME på starten av det 20. århundre, samtidig som medikalisering i fødsels- og barselomsorgen ble et hinder for etablering av amming. Praksis som vanskeliggjorde amming og resulterte i redusert melkeproduksjon ble i større grad promotert samtidig som leger søkte etter alternativ ernæring til nyfødte. Kunnskap og ferdigheter ble glemt og den nye normen med kunstig fremstilt morsmelk ble etablert. At kvinner begynte å jobbe utenfor hjemmet i større grad på 1940-tallet, bidro til at MME ble mer ettertraktet og til økt markedsføring (UNICEF, 2005, p. 1). Markedsføringen var aggressiv og global, og nye medier som radio og TV, gjorde den utspredd og ubegrenset. WHO og UNICEF holdt et internasjonalt møte om barns ernæring i 1979, der det ble ytret ønske om en kode for etisk markedsføring av MME. Formålet var å forebygge unødig og feil bruk av MME, og dermed beskytte og fremme amming. (UNICEF, 2005, p. 1; WHO, 1981, p. 4). WHO-koden ble etablert og publisert i 1981 (UNICEF, 2005, pp. 1-2; WHO, 1981, p. 5). Anbefalingene omfatter blant annet forbud mot reklamer for MME, at informasjon fra produsent skal være vitenskapelig og at det ikke skal tilbys gratisprøver eller gaver i forbindelse med kjøp og salg (WHO, 1981).

Forekomsten og varigheten av amming forble synkende. WHO og UNICEF (1989) hevdet at fødeinstitusjoner hadde et ansvar for nedgangen ved å promotere praksis som vanskeliggjorde amming. Videre ble mødres behov for aktiv støtte og informasjon under svangerskap, fødsel og barseltid belyst, for å komme i gang med amming på en vellykket måte. Det samme gjelder støtte fra familie og samfunn, men ikke minst helsevesenet (WHO & UNICEF, 1989, p. 3).

WHO og UNICEF publiserte «Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services» (1989) der «Ten Steps to Successful Breastfeeding» (heretter omtalt som ti trinn for vellykket amming) (se Figur 1) ble presentert for første gang.

UNICEF ønsket å styrke forskningsevnen til FNs barnefond og være en støttende talsperson for barn i verden. De etablerte «Innocenti Research Center» i Firenze, Italia i 1988. To år senere forelå det et møte kalt «Amming på 1990-tallet: et globalt initiativ» holdt av WHO og UNICEF. Målet var å etablere en global handlingsplan for å reversere den synkende ammeforekomsten og flere enn 30 nasjoner deltok. WHO og UNICEFs publisering fra året før (1989) var et av flere viktige dokument i arbeidet. Produsert og vedtatt ble Innocenti-erklæringen (UNICEF, 1991) med fire ambisiøse mål som alle nasjoner måtte oppnå før det var gått fem år. Nasjonale ammekoordinatorer og komitéer skulle opprettes, Ti trinn for vellykket amming og WHO-koden for markedsføring av MME skulle etterleves, samt at ammende kvinners rettigheter i jobb skulle ivaretas (UNICEF, 1991).

Det var som svar til Innocenti-erklæringen at «The Baby-Friendly Hospital Initiative» (BFHI) ble etablert i 1991-1992 (WHO & UNICEF).

25 år etter lansering av BFHI ble det publisert en rapport med data fra 168 land. Funnene viste at 10 % av barn født i 2016 ble født på MBV-institusjoner (WHO, 2017, p. 3). Prosentandelen varierte ut ifra region, med opp mot 35 % i Europa og under 5 % i Afrika og Sørøst-Asia. I Norge ble over 90 % av alle barn født på MBV-sykehus i 2018 (Oslo universitetssykehus, 2020b).

Rikshospitalet ble det første Mor-barn-vennlige sykehuset i Norge i 1994 (Oslo universitetssykehus, 2020b). Nasjonal kompetansetjeneste for amming (NKA) har siden sin etablering i 1999 hatt ansvar for oppfølgingen av MBVI (Hansen, 2017a, pp. 697-698). Mor-barn-vennlige sykehus skal følge de ti trinn for vellykket amming. Trinnene omhandler administrativt ansvar (trinn 1-2) og klinisk praksis (trinn 3-10) som bidrar til å fremme amming og tidlig nærkontakt mellom mor og barn.

1.2.2 Ti trinn for vellykket amming

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

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

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

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

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

Trinn 4. 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

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

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

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

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

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

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

(Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2019a, p. 1)

For forklaring til, kunnskap om implementering og kriterier for godkjenning ved evaluering av MBV-sykehus, se vedlegg 4.

For å bli evaluert og godkjent som MBV-sykehus må trinnene følges etter kriterier utarbeidet av WHO/ UNICEF (WHO, 2018). Reevalueringen anbefales gjort hvert 3.-5. år, og har siden 2013 blitt gjort elektronisk (Hansen, 2017a, p. 702).

MBVI har også strekt seg til å omhandle helsestasjoner (Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2021a). For å få godkjenning som ammekyndig helsestasjon må helsepersonell

etterleve faglige retningslinjer for ammeveiledning. Det er seks punkter som utgjør en kvalitetsstandard for ammeveiledning, og tar utgangspunkt i ti trinn for vellykket amming, som sykehusene følger.

Av de ti trinn for vellykket amming presenteres trinn 6 spesielt, da det særlig knyttes til studiens formål:

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

Mødre til brysternærte barn skal frarådes å gi annen væske eller næring til sine nyfødte, med mindre det foreligger medisinsk indikasjon (se vedlegg 3). Få tilstander hos mor eller barn utelukker mulighet til å gi morsmelk og nødvendiggjør bruk av tilleggsernæring. Nyfødte skal vurderes for tegn på utilstrekkelig melkeinntak og få tillegg på indikasjon, men rutinemessig administrering de første dagene er sjeldent nødvendig. Manglende ressurser, tid eller kunnskap blant helsepersonell forsvaret ikke bruk av tillegg (WHO, 2018).

Mødre som ønsker å delamme burde informeres om viktigheten av fullamming de første ukene i livet, i tillegg til hvordan etablere melkeproduksjonen og sikre at barnet klarer å ta sugetak. Tillegg kan introduseres på et senere tidspunkt hvis mor ønsker (WHO, 2018).

WHO henviser til «The Academy of Breastfeeding Medicine» (ABM) i Trinn 6 i den reviderte utgaven av BFHI fra 2018 (WHO, 2018). ABM har utviklet 34 protokoller for veiledning ved håndtering av vanlige medisinske problemer som kan berøre og påvirke amming. I protokoll #3 (Kellams et al., 2017) adresseres det å gi tilleggsernæring til sunne, brysternærte og terminfødte barn. Protokollen kommer med tre steg i sine anbefalinger; 1) minimere behovet for tillegg; 2) adressere tidlige indikatorer for mulig behov; og 3) fastslå behovet og administrer med forsiktighet (Kellams et al., 2017). Anbefalingene i protokollen vil drøftes sammen med resultatene i kapittel 5.

1.2.3 Keisersnitt og amming

Ifølge «veileder i fødselshjelp» (MacSali, Kolås, Suguelle, Strøm-Roum, & Steen, 2020) innvilges keisersnitt når det gir økt sannsynlighet for bedre utfall for mor og/eller barn enn ved vaginal forløsning. WHO anbefaler en keisersnittforekomst på 10-15 % og det er ikke påvist helsefordeler med en forekomst som er høyere enn dette (WHO, 2015).

En studie med data fra «Den norske mor, far og barn-undersøkelsen» (MoBa) fant at keisersnitt som forløsningsmetode ble assosiert med høyere risiko for redusert fullamming i løpet av den første måneden, og mellom én og tre måneder etter fødsel (Häggkvist et al., 2010). En metaanalyse fra 2012 (Prior et al.) fant at keisersnitt som forløsningsmetode påvirker etablering av amming, og at den fasen er avgjørende for forekomsten. Hvis ammingen blir etablert før hjemreise, så ses det ingen grunn til at keisersnitt gir andre forutsetninger for videre amming enn vaginal forløsning.

Rapporten fra den norske landsomfattende MBV-evalueringen fra høsten 2020 (Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2021c), viser til en trend av svært høy bruk av MME hos keisersnittforløste barn fra 2013-2020. Gjennomsnittlig ved de tre kartleggingene fikk 57 % av de keisersnittforløste barna tilleggsernæring på barsel, sammenlignet med 25 % hos vaginalforløste kvinner. Funnene viser at indikasjonene for gitt tillegg ofte ikke er medisinske. En tema- og årsrapport om amming fra Danmark (Johansen, Krogh, Webar Pant, & Holstein, 2016) fant at barn som fikk MME før hjemreise hadde økt risiko for å ikke bli fullammet da de var én måned, sammenlignet med barn som ikke har fått MME. Av de som ikke ble ammet ved én månedsalder hadde 45,2 % fått MME, mot 13,5 % som ikke fikk MME. Det var en større andel barn som ble delammet eller som utelukkende fikk MME ved blant annet keisersnittforløsning, forsinket hud-mot-hud-kontakt med mor (> 2 t etter fødsel) og de som har fått tilskudd av MME før hjemreise (Johansen et al., 2016).

Morsmelkens helsegevinster er veldokumenterte (Kramer & Kakuma, 2012; Victora et al., 2016). Tidligere forskning viser at både keisersnittforløsning og bruk av MME på barselavdeling isolert sett er assosiert med utfordrende etablering av amming, som kan påvirke frekvens og varighet (Prior et al., 2012; WHO, 1998). Det antas at det er større sannsynlighet for at barnet får MME på barselavdeling dersom det er forløst med keisersnitt (Johansen et al., 2016; Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2021c).

1.3 Formål og problemstilling

Formålet med oppgaven er å kartlegge bruk av morsmelkerstatning til keisersnittforløste barn og indikasjoner for bruk.

Problemstilling:

Hvor stor andel barn forløst med keisersnitt får morsmelkerstatning før utreise og på hvilken indikasjon?

1.3.1 Begrepsavklaring

Videre i studien vil «MME/ tillegg» omtales som MME, med mindre type tillegg diskuteres spesielt. Andre type tillegg inkluderes i begrepet «MME» for å forenkle språk og flyt i teksten, da ordlyden ikke er avgjørende for å opprettholde formålet med studien.

Ved studiens omtalelse av *partner* menes personen som er mors ledsager på føde- og barselavdelingen. Det kan være far, medmor eller en annen person.

2 Teoretisk rammeverk

Studien forholder seg til teori som representasjon og vil diskutere resultater opp mot gjeldende litteratur, veileder i fødselshjelp, prosedyrer og forskning på feltet (Høyer, 2011, p. 7). I studiens rammeverk blir det gjort rede for morsmelkens helsegevinster samt ammingens fysiologi, grunnprinsipper for god ammestart og ammeveiledning. Keisersnitt belyses nærmere sammen med praksis på fødeavdelingen. Det tas utgangspunkt i prosedyrer tilgjengelige i Oslo universitetssykehus' (OUS) eHåndbok. Prosedyrene som diskuteres er felles for to store kvinneklinikker, Rikshospitalet og Ullevål. Ullevål er Norges største med ca. 7000 fødsler årlig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, p. 44).

2.1 Morsmelkens helsegevinster

Morsmelk modner tarmen og inneholder antistoffer som er gunstig for barnets immunforsvar. Ved amming får barnet all næring og energi det trenger, med et supplement av D-vitamin (Hansen, 2017b, p. 712; Helsedirektoratet, 2016, p. 4). Barnet blir beskyttet mot mage- og tarminfeksjoner, nedre luftveisinfectionsjoner, akutt mellomørebetennelse og overvekt i barne- og ungdomsårene (Hörnell, Lagström, Lande, & Thorsdottir, 2013; NNR, 2014). Forskning

hevder det er stor sannsynlighet for at MM reduserer risiko for hjerte- og karsykdom (reduserende effekt på blodtrykk og serumkolesterol), gir beskyttelse mot diabetes mellitus 1 (DM1), diabetes mellitus 2 (DM2) og inflammatorisk tarmsykdom samt at det er gunstig for barnets intelligens. Det er holdepunkter for at MM kan beskytte mot forskjellige typer barnekreft, eksem og astma (NNR, 2014; Victora et al., 2016).

Det er også maternelle helsegevinster ved amming. De umiddelbare er stimuli til uteruskontraksjon og dermed forløsning av placenta og redusert risiko for postpartumblødning (Hansen, 2017b, p. 713). Fortsatt amming kan ha en vektreduserende effekt, gi fravær av menstruasjon, lavere risiko for kreft i bryst og eggstokker, DM2 og benskjørhet (Victora et al., 2016).

Den fysiske kontakten, kjærlige adferden og interaksjonen som oppstår ved amming skaper et trygt emosjonelt bånd mellom mor og barn. Mors opplevelse av nærhet til sin nyfødte blir forsterket av amming, og forskning viser at denne økte nærhetsfølelsen er sterkere hos mødre som ammer enn de som flaskemater (Kim et al., 2011).

2.2 Ammingens fysiologi og grunnprinsipper for god ammestart

De første dagene etter fødsel blir melkeproduksjonen styrt av hormonene prolaktin, progesteron og østrogen. Under svangerskapet har disse hormonene bidratt til forandringer i brystet som forberedelse til amming (Hansen, 2017b, pp. 706,708). Prolaktin er melkeproduserende og stimulerer til sekresjon og vekst av brystene (Hansen, 2017b, p. 706). Progesteron, som produseres i placenta (Salvesen, 2017, p. 249), vil begrense prolaktinnivået så lenge placenta er festet til uterus. Etter fødsel forsvinner den prolaktinhemmende effekten og melkeproduksjonen igangsettes blant annet ved at store mengder prolaktin frigjøres og stimulerer brystene til å produsere melk (Hansen, 2017b, p. 706).

Det anbefales at barnet ligger hud-mot-hud de første to timene etter fødsel (Moore, Bergman, Anderson, & Medley, 2016; WHO, 2018). På dette tidspunktet er mors oksytocin- og prolaktinnivå høyt slik at barnet kan få i seg de første dråpene med kolostrum (Hansen, 2017b, p. 706). Kolostrum er den første melken som dannes i brystene og har et høyt innhold av protein som modner og beskytter tarmen til barnet (Hansen, 2017b, p. 710). Hvis barnet forblir uforstyrret på mors bryst, vil medfødte egenskaper og instinktiv adferd utløse neonatale reflekser som fremmer tilknytning og amming (Widström, Brimdyr, Svensson, Cadwell, & Nissen, 2019). Barnet har en årvåken fase opp mot to timer etter fødsel. Videre

har barnet variabel søvnsyklus med en eller to våkne perioder de neste ti timene, om det har diet eller ikke (Emde, Swedberg, & Suzuki, 1975).

Ni stadier i den instinktive adferden som fremmer tilknytning og amming:

1. Barnet gråter intenst etter fødsel, overgang til respiratorisk gassutveksling
2. Barnet hviler, er stille og beveger seg ikke
3. Barnet våkner til. Tegn på aktivitet, små kast med hodet og bevegelser på lemmer og i ansiktet. Øynene åpnes gradvis.
4. Barnet er i en aktiv fase. Mer bestemte bevegelser, løfter hodet og skubber seg med kroppen. Mer aktivitet i tungen.
5. Barnet hviler igjen. Noe aktivitet, smatter og suger på hender
6. Barnet skubber seg videre mot mors bryst
7. Slikker og smatter på areola og brystknopp
8. Barnet har et godt tak i brystknopp og dier
9. Barnet legger seg til å sove.

(Widström et al., 2019, pp. 1194-1200)

Når barnet dier frigis oksytocin og prolaktin fra hypofysen og ut i blodbanen hos mor. Oksytocinet starter utdrivningsrefleksen ved å påvirke brystene til å presse melk ut i melkegangene. Prolaktinnivået vil holde seg forhøyet så lenge barnet blir ammet (Hansen, 2017b, p. 706). Ved stimuli erstattes kolostrum gradvis av moden melk i dagene etter fødsel (Hansen, 2017b, p. 711). Etter den hormonstyrte fasen er hyppig stimulering av brystene en forutsetning for å oppnå, vedlikeholde og eventuelt øke melkeproduksjonen (WHO, 2018). Ved redusert stimuli på lengre sikt vil prolaktinnivået synke og melkeproduksjonen avta (Hansen, 2017b, pp. 706-707).

2.2.1 Ammeveiledning

En Cochrane-oversiktsartikkel viser at god støtte og veiledning forlenger varigheten på både full- og delamming (Renfrew, McCormick, Wade, Quinn, & Dowswell, 2012). Prosedyren om ammeveiledning og undervisning (Oslo universitetssykehus, 2018d) skriver at helsepersonell skal informere og veilede i amming gjennom hele oppholdet på barsel. Informasjonen kan legges til innkomtsamtalen eller ved praktisk ammeveiledning. Mor

informeres om sugetak, ammestillinger, hyppighet av amming og barnets tegn på sult. Det anbefales å veilede muntlig, og på denne måten oppmuntre mor til å legge barnet til selv. Renfrew et al. (2012) fant ved gjennomgang av litteraturen, at ammeveiledning bør tilbys proaktivt. En aktiv plan for veiledning samt oppsøkende helsepersonell, ser ut til å være mest effektivt for å øke ammevarigheten, sammenlignet med at foreldrene skal ta kontakt når de trenger hjelp.

De fleste friske, terminfødte barn, som ikke er påvirket av legemidler, har tatt brystet i løpet av en halv til to timer (Nissen, Lilja, Widström, & Uvnås-Moberg, 1995). Hvis barnet ikke kan legges til brystet etter fødsel bør mor stimulere brystene senest innen seks timer. Dette gjøres ved å stryke på brystene og brystknoppene, håndmelke og/ eller pumpe (Hansen, 2017b, pp. 706-707). Noen nyfødte trenger mye hvile det første døgnet, mens andre viser hyppig tegn til sult (Mizuno & Ueda, 2006; Okechukwu & Okolo, 2006). WHO anbefaler at det friske terminfødte barnet skal selvreguleres og legges til brystet når det viser tegn til sult (WHO, 2018). Antall måltider bør ikke understige 8 i løpet av ett døgn (WHO, 2009). Barn som ikke har tatt brystet etter ett døgn, bør få utmelket kolostrum og bli forsøkt lagt til brystet etter hvert måltid (Hansen, 2017a, p. 716).

Jordmor skal observere, være tilgjengelig og komme med råd hvis det er nødvendig (M. N. Hansen, 2017a). Ammesjekklisten (se vedlegg 6) er et hjelpemiddel med hovedpunkter til informasjon og veiledning (Oslo universitetssykehus, 2018d).

2.3 Keisersnitt

Keisersnitt (caesarean section/sectio) er en operativ prosedyre som gjennomføres under generell (narkose) eller regional (epidural/ spinal) anestesi. Foster og placenta med hinner forløses gjennom et snitt i kvinnens abdomen og uterus (Hayman, 2014, p. 463). Norsk gynekologisk forening (2020) behandler keisersnitt som enten elektivt (planlagt) eller akutt. Elektivt skal være bestemt før fødselstart og minst åtte timer før utføring. Akutt keisersnitt blir videre delt inn i undergrupper med prioritet 1-3, men defineres ikke videre i denne studien da graden av akutt keisersnitt ikke har vært samlet inn studiens datasett. I tråd med empiriske anbefalinger (Afolabi & Lesi, 2012; Heather & Leffert, 2021; NICE guidelines, 2021) er det regionalanestesi som anbefales i Veileder i fødselshjelp (2020).

2.3.1 Praksis på fødeavdelingen

I kapittelet om anbefalinger og forslag ved keisersnitt i Macsali et al. (2020), blir det ikke nevnt tilrettelegging av hud-mot-hud-kontakt etter fødsel. Derimot blir det i kapittelet «amming/morsmelk/mastitt og abscess» (Løland, Brabrand, Myr, & Prestaasen, 2020) anbefalt å tilrettelegge for tidlig og uforstyrret hud-mot-hud-kontakt så raskt mor og barns tilstand tillater det etter både vaginal- og keisersnittforløsning. I OUS sin prosedyre om elektivt keisersnitt (2021c) blir jordmors ansvarsområde beskrevet til at hun skal, etter vurdering, vise barnet til foreldrene før det tas med til asfyksibordet. Det vurderes Apgar og det gis injeksjon av K-vitamin. Barnet avnavles, veies og måles, før det legges til mors bryst så fort som mulig. Videre skal jordmor følge mor, barn og partner til postoperativ avdeling hvor det tilrettelegges for hud-mot-hud-kontakt og amming. Det presiseres at friske keisersnittforløste barn (både elektive og akutte) kan bli værende hos frisk mor og partner uten annet tilsyn enn hva som er normalt hos nyfødte barn.

Veileder i fødselshjelp (Macsali et al., 2020) ønsker å forhindre rutiner som øker adskillelse av mor og barn og unødig bruk av tilleggsernæring uten medisinsk indikasjon, i tråd med ti trinn for vellykket amming. Det er viktig å anerkjenne at kvinner med operativ forløsning og samtidig bruk av oksytocin og epidural, trenger ekstra oppfølging da de har økt risiko for ammeproblemer. Føde- og barselavdelingene har et stort ansvar ved etablering av amming. Norsk gynekologisk forening (Løland et al., 2020) hevder at de fleste problemer vedrørende amming oppstår de første ukene etter fødsel og at problemfri amming ved utskrivelse fra barselavdeling som regel gir et ukomplisert forløp videre. I den praktiske veiledningen bør personalet motivere mødrene til å amme og kjenne til grunnprinsippene for god ammestart som beskrevet i kapittel 2.2.

3 Metode

I dette kapitlet presenteres valg av metode og studiens design. Studiens fremgangsmåte blir gjort rede for. Datamateriale med spørreskjema blir presentert. Rekruttering og utvalg blir beskrevet sammen med inklusjons- og eksklusjonskriterier. Dataanalyser, vask av data og omkodning vil gjøres rede for sammen med de etiske aspekter til studien.

3.1 Studiedesign

Denne studien er en tverrsnittstudie som er et kvantitativt design basert på talldata.

Kvantitativ forskning er objektiv, kontrollert og systematisk (Lund, Fønnebø, & Haugen, 2006, p. 22) og kan gi et representativt bilde av en populasjon (Jacobsen, 2010, p. 193).

Tverrsnittstudier beskriver utbredelse av et fenomen ved et bestemt tidspunkt og i dette tilfelle bruk av MME etter keisersnittforløsning (Christoffersen, Johannessen, Tufte, & Utne, 2015, p. 221). Metoden kan studere sammenhenger mellom variabler, men kan ikke si noe om årsakssammenhenger grunnet begrenset data. Informasjonen som fremkommer, kan gi nyttig grunnlag til nye studier med annet forskningsdesign, og er dermed hypotesegenererende (Christoffersen et al., 2015, p. 222).

3.2 Datamateriale

Studien tar utgangspunkt i datamateriale fra en kartleggingsundersøkelse utført av Nasjonal kompetansesetjeneste for amming (NKA). Undersøkelsen ble gjennomført som en del av reevaluering av Mor-barn-vennlige sykehus (MBVS) høsten 2020. Datamaterialet ble samlet inn fra 01.10.2020-01.01.2021 via et skriftlig registreringsskjema (vedlegg 2) til et elektronisk spørreskjema. Se vedlegg 1 for informasjon til avdelingene angående kartleggingsstudien samt registrering.

3.2.1 Spørreskjema

Spørreskjema med lukkede svaralternativer til et utvalg er en vanlig måte å samle inn primærdata i standardisert form og er en lett systematiserbar måte å analysere mange enheter samlet (Jacobsen, 2010, p. 163).

Spørreskjemaet som ble benyttet i undersøkelsen inneholder avkryssningsspørsmål om type keisersnitt og anestesi, om barnet har fått morsmelk/ MME, på hvilken indikasjon- eller på

hvilken barnelegeordinasjon MME har blitt gitt, hvor mange ganger, og hvordan det har blitt gitt. Slike forhåndsoppgitte avkryssningsspørsmål gjør det enkelt for respondentene å fylle ut spørreskjemaet (Johannessen, 2009, p. 28). Undersøkelsen inneholder også oppfølgingsspørsmål, der det var mulig å krysse av for flere svaralternativer, og der var dette presisert i spørreskjemaet. Skjemaet inneholder i tillegg to fritekstrubrikker (se spørreskjema vedlegg 2), som gav mulighet for å utdype eller tilføre informasjon.

Spørreskjema er blitt brukt i tidligere kartleggingsundersøkelser, herav MBV-evaluering i 2013 og 2016. Det ble også brukt til mindre evalueringer på de sykehusene som måtte revalueres etter kartleggingsundersøkelsene, da i henholdsvis 2014 og 2017. Da spørreskjemaet er utprøvd før, har blitt brukt ved flere kartlegginger og at det har blitt utført endringer underveis taler til at validiteten (relevans) og reliabiliteten (pålitelighet) har blitt vurdert (Johannessen, 2009, p. 27).

3.2.2 Rekruttering og utvalg

I september 2020 var det 39 godkjente MBV-føde- og barselavdelinger i Norge (Oslo universitetssykehus, 2021a). Herav er to av de kun godkjent for barselavdelingen og ikke fødeavdelingen. To andre utfører ikke keisersnitt. Datasettet inkluderer dermed 35 MBV-sykehus.

De 35 inkluderte MBV-sykehusene ble videre fordelt til sine regionale helseforetak. Region Helse Sør-Øst har 16 sykehus inkludert, Helse Vest og Midt-Norge har 6 hver og Helse Nord med 7 sykehus.

Undersøkelsen ble distribuert til fagutviklingsjordmødre på avdelingene, som videre skrev ut registreringsskjemaer i papirform. Respondentene i studien er helsepersonell, som registrerte amming og bruk av MME til alle keisersnittforløste barn innlagt på barselavdeling/ -hotell forløst med keisersnitt. Respondentene består av jordmødre, sykepleiere, barnepleiere og studenter, og fikk tilgang til skjemaet og fylte det ut fortløpende under barseloppholdet til det keisersnittforløste barnet. Ved utskrivelse ble utfylt skjemaet registrert elektronisk.

Undersøkelsen la ikke føringer for hvem som registrerte skjemaene elektronisk. På noen avdelinger var det utskrivende jordmor som gjorde det, hos andre var det fagutviklingsjordmor.

Enhetene i en studie er de vi ønsker å vite noe om (Johannessen, 2009, p. 41). I denne studien er enhetene nyfødte barn forløst med keisersnitt på MBV-sykehus og representerer undersøkelsens populasjon. Denne studien består av et utvalg av populasjonen. Sykehusene fikk krav til hvor mange barn de måtte registrere til evalueringen, ut ifra årlige fødselstall,. Da de var ferdig med sitt antall, sluttet de å registrere (Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2021b)

3.2.3 Studiens inklusjons- og eksklusjonskriterier

Følgende inklusjonskriterier ble valgt:

- Keisersnittforløsning
GA \geq 37 uker
- Forløst 01.10.20-01.01.21
- Fødested MBV-sykehus
- Innlagt barselavdeling/ -hotell

Følgende eksklusjonskriterier ble valgt:

- Innlagt nyfødtintensiv (NFI)
- Barn hvor mor ikke ammer

Studien inkluderer ikke etter WHO (1977) sin definisjon om terminfødt barn (GA 37+0-41+6) da tilgjengelig datasett opererer med verdiene «mellom uke 34+0-36+6» og «etter uke 37». Barn født prematurt inkluderes ikke da de kan ha andre ernæringsmessige behov enn friske, terminfødte barn, uavhengig av forløsningsmetode (Oslo universitetssykehus, 2020a).

Mødre som ikke ammer er ekskludert da dette vurderes til å være en beslutning tatt uavhengig av forløsningsmetode.

3.3 Dataanalyse

I dette kapitlet blir datasettet presentert sammen med ulike statistiske analyser som ble brukt i studien.

Statistikkprogrammet SPSS Statistics (version 27) Predictive Analytics Software ble benyttet ved dataanalyse. Ved konvertering av utfylte spørreskjema ble svaralternativene (verdiene)

omgjort fra tekst til tall (Jacobsen, 2010, p. 221). Alle de kategoriske variablene ble lagt inn som stringdata. Det vil si at verdiene som var registrert på variablene, ble registrert i et tekstformat (Johannessen, 2009, p. 52; Pallant, 2016, p. 32). Svaralternativene til spørsmål med flere mulige svaralternativ ble lagt inn som separate variabler og kodet slik at verdien 1 representerte «ikke valgt» og 2 «valgt». Datasettet bestod da av 40 variabler. 31 av de 33 kategoriske variablene ble konvertert fra tekstformat til numerisk format for å senere kunne utføre ønsket analyse (Pallant, 2016, p. 15). Datasettet består også av fem kontinuerlige variabler (tre som blir benyttet i analysen) og to variabler for fritekstsvar.

3.3.1 Omkoding av data

En ny variabel ble lagt til ved å kopiere og omkode variabelen «Hvor mange ganger ble tillegget gitt?» til kategoriske grupper (og beholde den opprinnelige variabelen til videre analyser). Da det ikke er regel for hvordan gruppene lages (Johannessen, 2009, p. 91), blir verdiene på nevnte variabel presentert både enkeltvis og i grupper. I stolpediagrammet presentert i analysen står verdiene «1», «2», «3», «4» enkeltvis. Videre er det laget tre kategoriske grupper (se Figur 4).

3.3.2 Datavask

Datafilen har blitt sjekket for feil ved å identifisere verdier som kom på utsiden av mulige verdier til den enkelte variabel (Pallant, 2016, p. 45). Dette har blitt gjort ved å analysere alle de kategoriske variablene ved hjelp av frekvenstabeller for å finne mulige fremmede tallkoder (Pallant, 2016, p. 47). Kontinuerlige variabler har blitt sjekket ved å analysere maksimum- og minimumverdier og dermed se om verdiene er sannsynlige for variabelen (Pallant, 2016, p. 48) Forfatter fant ingen feil ved datavasken, heller ingen duplikater ($n=0$).

Ekskludering

Datasettet bestod opprinnelig av 764 barn. Følgende ekskluderinger ble gjort underveis basert på studiens eksklusjonskriterier:

- 101 ekskludert grunnet dato for innsendt skjema ($n=28$ passert svarfrist og missing $n=73$)

- 49 ekskludert grunnet manglende verdi (missing n=44) eller svart "nei" (n=5) på både nøkkelvariablene "Har barnet fått MME/ tillegg?" og "Har barnet fått morsmelk?"
- 29 ekskludert grunnet verdi "Mor ammer ikke" på variabelen "Hvorfor ble tillegget gitt?"
- 25 ekskludert grunnet innleggelse NFI under deler av eller hele innleggelsen
- 23 ekskludert grunnet prematuritet

Inkluderte enheter n=537

«Missing»

De forhåndsoppgitte avkrysningsspørsmålene blir svart til som «ikke valgt» ved konvertering til SPSS, variabelen får en verdi, der respondentene ikke har krysset av for «valgt». På denne måten inneholder datasettet svært lite «missing» (blanke felt)(Pallant, 2016, p. 33), som vil si spørsmålet blir ikke besvart. Kun et fåtall blanke felt finnes, som beskrevet over. Denne konverteringen gjelder alle de kategoriske variablene. Blanke felt på kontinuerlige variabler har stått i samsvar med spørsmålet.

3.3.3 Statistiske analyser

Etter datainnsamlingen ble det gjennomført ulike deskriptive analyser. Deskriptive analyser som frekvenstabeller og krysstabeller ble benyttet alene eller i kombinasjon med analyse for flere svaralternativer. Univariat analyse ble utført for å se hvordan antall barn fordelte seg på én variabel. Ved kategoriske variabler benyttet forfatter seg da av frekvensfordeling og har skissert resultatene i egenkomponerte tabeller. Ved kontinuerlige variabler ble gjennomsnitt og median analysert (Johannessen, 2009, p. 47). Bivariat analyse ble utført da det var ønskelig å se på hvordan antall barn fordelte seg på to variabler samtidig. Da det var kategoriske variabler som skulle analyseres ble krysstabeller benyttet (Johannessen, 2009, p. 48)

I noen tilfeller ble det lagt et filter over deler av datasettet som ikke var ønsket representert i den aktuelle analysen (Pallant, 2016, s. 39).

3.4 Ethiske overveielser

Helsinkideklarasjonens grunnleggende etiske prinsipper for medisinsk forskning på mennesker, må etterfølges ved alle ved helsefaglig forskningsstudier (Lund et al., 2006, p.

61). Ved bruk av andre publikasjoner, teori og forskningsmateriale er korrekt kildehenvisning et forskningsetisk krav, i henhold til lov om opphavsrett til åndsverk (Åndsverkloven, 2018).

Forfatteren vil presentere alle resultatene som forekommer etter tydelig metodisk redegjørelse og gjennomføring, og ikke kun belyse resultater som er i henhold til subjektive hypoteser (Lund et al., 2006, p. 69). Studiens data, analyse og resultater skal ikke være fabrikkert, manipulert eller konstruert (Lund et al., 2006, p. 68).

Mulig etiske overveielser ble vurdert via nettsiden for Norsk senter for forskningsdata (NSD) den 03.03.21. Datainnsamlingen var allerede gjort da forfatter mottok materialet, samtidig som prosjektet hadde anonyme data som ikke krever formalisering. Det ble tolket som unødvendig å fylle ut meldeskjema for personopplysninger på NSD sine sider (Norsk senter for forskningsdata, u.å.). NKA søkte personvernombudet om tillatelse til å gjennomføre studien med saksnummer 2010/21476 før kartleggingsundersøkelsen fant sted. Det ble bekreftet at kartleggingsundersøkelsen ikke krevde formalisering (se vedlegg 6). Videre var det ikke nødvendig å søke REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) da undersøkelsen omhandlet kvalitetssikring. Dataene har blitt behandlet uten identifiserbare opplysninger, verken navn, fødselsnummer eller annet identifiserbart. Forfatter av studien er den eneste som har behandlet datafilen, innehar taushetsplikt og har oppbevart filen på en passordbeskyttet PC, samt slettet den etter utført analyse.

4 Resultater

I dette kapitlet presenteres resultatene fra analysene med formål om å besvare studiens problemstilling: «*Hvor stor andel barn forløst med keisersnitt får morsmelkerstatning før utreise og på hvilken indikasjon?*».

4.1 Presentasjon av fødeinstitusjoner

Tabell 1. Type fødeinstitusjon (n=35) fordelt på de fire helseregionene

	Helse Sør-Øst n=16 (%)	Helse Vest n=6 (%)	Helse Midt n=6 (%)	Helse Nord n=6 (%)	Total n=35 (%)
Kvinneklinikk, n (%)	10 (62,5)	3 (50)	2 (33,3)	2 (28,6)	17 (48,6)
Fødeavdeling, n (%)	6 (37,5)	3 (50)	4 (66,6)	5 (71,4)	18 (51,4)
Total, n (%)	16 (100)	6 (100)	6 (100)	7 (100)	35 (100)

35 MBV-sykehus rapporterte barn til studien som ble inkludert. Herav er 17 kvinneklinikker og 18 fødeavdelinger. Helseregion Helse Sør-Øst har bidratt med flest fødeinstitusjoner i studien (n=16).

Tabell 2. Barn inkludert i studien (n=537) fordelt på de fire helseregionene

	Helse Sør-Øst n=16 (%)	Helse Vest n=6 (%)	Helse Midt n=6 (%)	Helse Nord n=6 (%)	Total n=35 (%)
Kvinneklinikk, n (%)	210 (69,1)	63 (58,8)	35 (46,1)	14 (29,2)	322 (60)
Fødeavdeling, n (%)	94 (30,9)	46 (42,2)	41 (53,9)	34 (70,8)	215 (40)
Total, n (%)	304 (100)	109 (100)	76 (100)	48 (100)	537 (100)

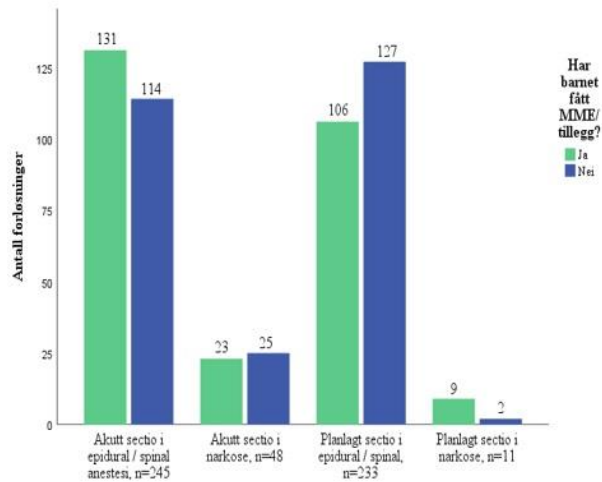
Av alle barna inkludert i studien (n=537) har 60 % blitt forløst på kvinneklinikker.

Kvinneklinikkene har meldt inn flere keisersnittforløste barn enn fødeavdelingene i Helse-Sør-Øst (n=210) og Helse Vest (n=63). I Helse Midt er barna tilnærmet likt fordelt mellom kvinneklinikk (n=35) og fødeavdeling (41). I Helse Nord er 29,2 % av barna meldt inn fra kvinneklinikkene og 70,8 % av barna fra fødeavdelingene, i en region der 35 % av de årlige fødslene (n=3983) foregår på sistnevnte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, p. 43) (st.mld.12 s.43).

4.2 Type sectio og anestesi

Definisjon av sectio og anestesi er tidligere presentert i kapittel 2.3.

Figur 1. Forekomst av bruk av MME ved grad av sectio og anestesi, n=537



Hele 54,6 % av forløsningene var akutte keisersnitt. 10,1 % av forløsningene var i narkose.

Ved akutt sectio med regional anestesi var det et større antall barn som fikk MME (n=131) enn de som ikke fikk (n=114). Ved planlagt sectio med regional anestesi var det et større antall barn som ikke fikk MME (n=127) enn de som fikk (n=106).

Ved akutt sectio med generell anestesi var det tilnærmet likt om barnet fikk MME eller ikke (n=23/ n=25). De fleste barna (n=9) som ble forløst med planlagt keisersnitt i generell anestesi fikk MME.

4.3 Forekomst av MME

Tabell 3. Ernæring av keisersnittforløste barn innlagt på MBV-godkjente sykehus, n=537

	Ja	Nei	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Har barnet fått MME?	269 (50,1)	268 (49,9)	537 (100)
Har barnet fått MM?	531 (98,9)	6 (1,1)	537 (100)
Har barnet fått både MM og MME?	263 (97,8)	6 (2,2)	269 (100)

50,1 % av keisersnittforløste barn høsten 2020 fikk MME. 97,8 % fikk MM i tillegg. Hele 98,9 % fikk MM, men kun 49,9 % fullammet.

Tabell 4. Barn som har fått MME (n= 269) fordelt på type fødeinstitusjon i de fire helseregionene

	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt	Helse Nord	Total
	n=16 (%)	n=6 (%)	n=6 (%)	n=6 (%)	n=35 (%)
Kvinneklinikk, n (%)	140 (80,9)	29 (67,4)	19 (59,4)	3 (14,3)	191 (71)
Fødeavdeling, n (%)	33 (19,1)	14 (32,6)	13 (40,6)	18 (85,7)	78 (29)
Total, n (%)	173 (100)	43 (100)	32 (100)	21 (100)	269 (100)

Av barna som har fått MME (n=269) har 71 % blitt forløst på kvinneklinikker.

Kvinneklinikkene har majoriteten av de tilleggsernærte barna i sin helseregion utenom i Helse Nord, der er det flere barn som har mottatt MME på fødeavdeling enn på kvinneklinikk.

4.3.1 Type tillegg gitt

Kun ett av 269 barn fikk rent vann. Ingen har fått sukkervann. Ett barn fikk vann blandet med råmelk og dette barnet hadde også fått MME og totalen av tillegg var gitt 17 ganger. Av barna som fikk tillegg var det 91,4 % (n=246) som fikk MME.

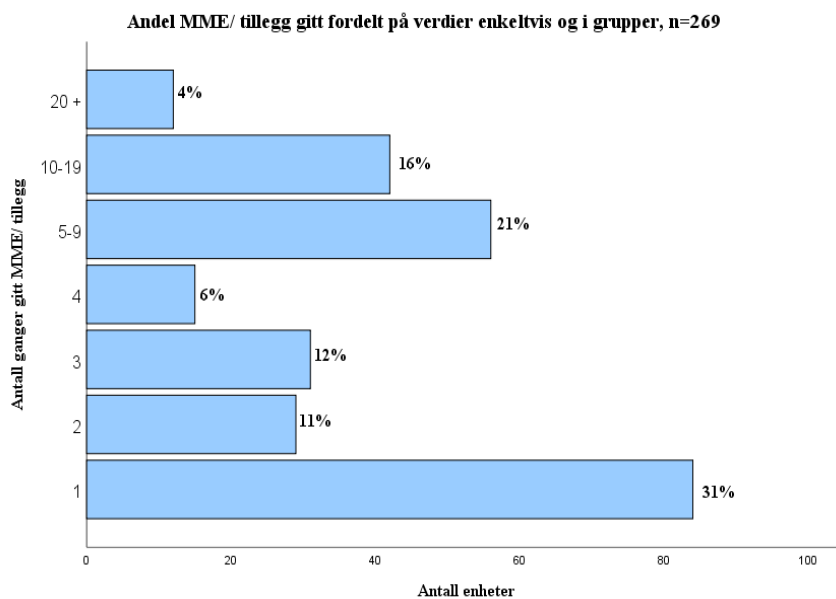
Det er 37 barn som har fått bankmelk. 15 av disse har fått MME i tillegg. 20 har fått bankmelk på bakgrunn av barnelegeordinasjon. Av de resterende 17 enhetene har 11 fått

grunnet stort vekttap. Av de som mottok bankmelk (n=37), var det 83,7 % (n=31) som fikk grunnet medisinsk indikasjon.

4.3.2 Antall ganger gitt

Gjennomsnittlig har barna fått MME 5,6 ganger hver. Grunnet stor spredningen med minimums- og maksimumsverdi på henholdsvis 1 og 32, er medianen et bedre statistisk mål. I denne fordelingen er medianen 3. Medianen beregnes ved å rangere enhetene, finne den midterste enheten for så å identifisere verdien av denne (Pallant, 2016, p. 58). Barna som fikk MME grunnet medisinsk indikasjon og/ eller grunnet brystoperasjon eller mor innlagt intensiv fikk oftere, med en median på 5.

Figur 2. Andel MME gitt fordelt på verdier enkeltvis og i grupper, n=269



4.4 Hvorfor MME ble gitt

4.4.1 Indikasjon

Tabell 5. Svar til hvorfor MME ble gitt fordelt på indikasjon for alle barna som har fått MME (n=269), og de som fikk det én (n=84) eller tre (n=31) ganger, flere mulige svaralternativ.

	Alle barna som har fått MME n=269(%)	De som har fått én gang n=84(%)	De som har fått tre ganger n=31(%)
Mors ønske	106 (39,4)	27 (31,2)	15 (48,4)
Urolig barn	71 (26,4)	31 (36,9)	9 (29)
Personalets anbefaling	29 (10,8)	10 (11,9)	3 (9,7)
Stort vekttap	75 (27,9)	11 (13,1)	12 (38,7)
Hypoglykemi	17 (6,3)	4 (4,8)	2 (6,5)
Annen barnelegeordinasjon	84 (31,2)	21 (25)	5 (16,1)
Mor er brystoperert	4 (1,5)	0 (0)	0 (0)
Mor innlagt intensiv	7 (2,6)	2 (2,4)	0 (0)
Annen indikasjon	63 (23,4)	19 (22,6)	5 (16,1)

Av variablene som går inn under medisinsk indikasjon for å gi MME (vedlegg 3) er hypoglykemi (lavt blodsukker) og stort vekttap ($\geq 8-10\%$). Svaralternativet «Annen barnelegeordinasjon» blir videre analysert i Tabell 8.

Stort vekttap

Av de 75 som fikk MME grunnet stort vekttap hadde alle et vekttap på $\geq 8\%$. 61 barn hadde vekttap $\geq 10\%$ og 10 hadde $\geq 12\%$. 9 av de 75 hadde også annen barnelegeordinasjon som årsak og ved manuell gjennomgang ble det funnet syv barn til som var feilregistrert.

Gjennomsnittlig vektnedgang var 10,4%. Medianen på antall ganger MME er gitt til de med stor vektnedgang er 5.

Hypoglykemi

Av de 17 enhetene som anga hypoglykemi som indikasjon til administrering av MME var det 14 stk som hadde blodsukker $< 2,5$. Kun to barn hadde verdi $< 2,0$. 7 av enhetene oppga også

annen barnelegeordinasjon som indikasjon, herav asfyksi/lav pH (n=1), mor insulinkrevende diabetes (n=2) og mor svangerskapsdiabetes (n=4). Av de siste 7 var det ett barn som hadde vekttap på 10 % i tillegg til et blodsukker på 2,5 og ett barn som hadde trisomi (kromosomavvik). De resterende (n=5) hadde utelukkende fått basert på hypoglykemi – 4 av disse hadde blodsukker < 2,5, mens ett hadde 2,5. Én av enhetene ble funnet ved manuell gjennomgang av blodsukkermålingene (n=33). Verdien til denne enheten er 1,6, og er derfor en av to målinger som er under referansenivå ift prosedyre (Oslo universitetssykehus, 2020a). Til tross for dette hadde enheten kun oppgitt mors GDM som indikasjon til å administrere MME, i tillegg til å notere blodsukkerverdi i tilhørende kontinuerlige variabel. Dette er justert for i tabell 5.

Annen barnelegeordinasjon

Ved første analyse av på hvilken indikasjon MME var blitt gitt, var det 68 barn som hadde fått grunnet «annen barnelegeordinasjon». Ved senere analyse av variabelen barnelegeordinasjon (Tabell 8) fremkommer det 84 barn som har fått på bakgrunn av barnelegeordinasjon, og differansen (n=16) kommer av brukerfeil ved utfylling av spørreskjema. Dette er justert for i Tabell 5. Se nærmere resultat i Tabell 8 i kapittel 4.4.2.

Tilstander hos mor

Ved tilstander hos mor som grunn til administrering av MME var svar hos fire barn at mor var brystoperert. Av de fire barna var det registrert tre svar på «mors ønske», to svar på «stort vekttap» (hhv 10 % og 12 %) og ett svar på «personalets anbefaling». Svaralternativet «mor innlagt på intensiv» ble registrert på syv barn.

Annen indikasjon

På spørsmål om hvorfor MME ble gitt svarte 63 respondenter «Annen indikasjon» og samtlige begrunnet dette i påfølgende stringvariabel. Flere krysset også av for aktuelle variabler under barnelegeordinasjon, kommenterte i fritekst forordning av barnelege eller oppgav årsak som tilsa administrering av MME grunnet medisinsk indikasjon, og blir derfor ekskludert i tabelloversikten (n=14). Årsakene oppgitt av respondentene som kom på siden av variablene i spørreskjemaet og ble besvart i fritekstrubrikken. Hovedgrupper av årsaker er

mors helsetilstand, ønske om å delamme, lite melk, diverse ammeproblemer og barnets helsetilstand. Flere av respondentene oppgav flere svaralternativ. Nærmere presisering i tabell 6 i vedlegg VII.

Resultater fra krysstabell (se tabell 5) av indikasjon for gitt MME viser likheter og ulikheter sammenlignet med analysen over alle barna som har fått MME (n=269).

Ved MME gitt én gang er det noe lavere andel (32,1 %) som får MME på mors ønske, men større andel (36,9 %) som fikk grunnet urolig barn. Ved administrering tre ganger har tilnærmet halvparten (48,4%) fått på mors ønske og 29% fått grunnet urolig barn, som er tett opp mot resultatet til totalpopulasjonen. Stort vekttap som årsak for å gi MME er det ganske store forskjeller ved de tre analysene fra 13,1—27,9%.

Tabell 7. Andre indikasjoner oppgitt hos de som fikk MME på bakgrunn av «mors ønske» (n=106), flere mulige svaralternativ.

	Mors ønske n=106(%)
Urolig barn	31 (29,2)
Personalets anbefaling	17 (16,0)
Stort vekttap	16 (15,1)
Hypoglykemi	2 (1,9)
Annen barnelegeordinasjon	11 (10,4)
Mor er brystoperert	3 (2,8)
Mor innlagt intensiv	2 (1,9)
Annen indikasjon	20 (18,9)

Av respondentene som rapporterte at barna fikk MME på bakgrunn av mors ønske (n=106) var det 34 % som oppga det som eneste årsak. Nesten 1/3 av barna som fikk MME på bakgrunn av «mors ønske» fikk også grunnet «urolig barn». «Annen indikasjon» (se vedlegg x) ble valgt av 18,9 %.

4.4.2 Barnelegeordinasjon

Tabell 8. Fordeling av barn som fikk MME på bakgrunn av barnelegeordinasjon (n=84), flere mulige svaralternativ.

	Fått MME
	n=84
Icterus (lagt i lys)	7
Asfyksi eller APGAR \leq 6 etter 5 min	5
Dysmatur	5
SGA	7
Mor DM – insulinkrevende	15
Mor GDM – kostholdsreg.	16
Annet	36

Tabell 8 kun for presentasjon og vil ikke diskuteres videre da dette er årsaker til administrering som er både medisinske og uavhengig av forløsningsmetode.

4.5 Tilleggsanalyse av ekskluderte enheter

Som nevnt i kapittel 3.3.2 ble 95 barn ekskludert fra studien på bakgrunn av tidspunkt for utfylt skjema/ manglende dato. Det ble gjennomført en tilleggsanalyse på forekomst og indikasjon, med disse barna inkludert, som et kort supplement til studien for å styrke resultatene i hovedanalysen. Inkluderte barn i tilleggsanalysen n=632.

4.5.1 Forekomst av MME

Frekvenstabeller viser at 98,9 % av alle barna fikk MM og 52,7 % fikk MME (n=333). Av de 333 barna fikk 97,6 % både MM og MME. Av de 95 barna som ble lagt til, er det 64 som mottok MME.

Forekomsten av MME er tilnærmet lik den opprinnelige analysen. Differansen er 2,6 %. Resultatene av andel som fikk MM og en kombinasjon av begge er like i de to analysene.

4.5.2 Hvorfor MME ble gitt

Tabell 9 for hvorfor MME ble gitt fordelt på indikasjon og barnelegeordinasjon kan ses i vedlegg 8.

Differansen på indikasjoner for gitt MME lå på mellom 0,1-2,2 % som forfatter anser som naturlige variasjoner.

4.5.3 Resultat

Resultatene i tilleggsanalysen gir funn som er tilsvarende funnene som presenteres i hovedanalysen.

5 Diskusjon

Diskusjonskapitlet består av resultat- og metodediskusjon. I resultatdiskusjonen diskuteres studiens resultater opp mot tidligere forskning, veiledere og retningslinjer, prosedyrer og lovverk. I metodediskusjonen vurderes studiens fremgangsmåte, feilkilder, mulige styrker og svakheter. Til slutt presenteres implikasjoner for praksis og forslag til videre forskning.

Hovedfunnet i denne studien er at andelen som fikk MME av keisersnittforløste barn høsten 2020 var 50,1 %. Hvorfor de fikk MME var indikasjoner som mors ønske, urolig barn, personalets anbefaling, stort vekttap, hypoglykemi, at mor var brystoperert, at mor var innlagt på intensiv, annen indikasjon og annen barnelegeordinasjon (med videre spesifiseringer). De mest hyppige årsakene var mors ønske (39,4 %), urolig barn (26,4 %), annen barnelegeordinasjon (31,2 %) og stort vekttap (27,9 %). Annen barnelegeordinasjon kommer ikke til å diskuteres inngående, da dette vurderes å være hensiktsmessig bruk av MME, hvor det ikke anses som nødvendig å diskutere endring i praksis.

5.1 Resultatdiskusjon

5.1.1 Bruk av MME

Hovedfunnet i studien er at 50,1 % av keisersnittforløste barn fikk MME. Dette er i tråd med den siste Mor-barn-vennlige-evalueringen (Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2021c) en trend av svært høyt bruk av MME hos keisersnittforløste barn fra 2013-2020.

Gjennomsnittlig fikk 57 % av de keisersnittforløste barna tilleggsernæring på barsel, sammenlignet med 25 % hos vaginalforløste.

Evalueringene av MBV-sykehus tyder på at trinn 6 er et utfordrende trinn å følge, og er et hinder for godkjenning som MBV-sykehus.. Det er krav om at minst 80 % av MME som blir gitt til brysternærte barn, skal være grunnet medisinsk indikasjon (Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2019b). Barn født ved risikofødsel, enten grunnet forhold hos barnet selv, hos mor eller selve forløsningen, kan ha andre ernæringsbehov og økt sannsynlighet for å motta MME (se vedlegg 3)(Oslo universitetssykehus, 2020a). Ifølge St.meld. nr. 12 «En gledelig begivenhet» (2009, p. 46) skal fødsler med økt risiko for sykdom, skade eller komplikasjoner hos mor eller barn selekteres til kvinneklinikker med nødvendig tverrfaglig kompetanse. Krav til kvinneklinikker og seleksjonskriterier belyses ikke nærmere i denne studien. I denne studien ble 60 % av barna født på kvinneklinikker. 71% av barna på kvinneklinikkene fikk MME. Forfatteren av studien anser det som naturlig at kvinneklinikker bruker mer MME enn mindre fødeavdelinger grunnet selekteringen.

Funn fra Ammeundersøkelsen i 2000 (Eide, Heiberg, Helsing, & Pape, 2003) viser til en endring i hvilket tillegg som blir gitt på norske sykehus. I 1991 ble det stort sett gitt vann, i 2000 ble vann og MME gitt like ofte og siden 2009 har det hovedsakelig blitt gitt MME. Funnene i denne studien sammenfaller med trenden i Ammeundersøkelsens resultater, da 91,4 % av alle som har fått tillegg har fått MME. «The Academy of Breastfeeding Medicine» (ABM) skriver i protokoll #3 at ved behov for tilleggsernæring utover amming er håndmelket eller utpumpet MM førstevalget (WHO, 2003), da dette også bidrar til å øke melkeproduksjonen. Hvis det ikke er tilstrekkelig anbefales det å gi bankmelk (Kellams et al., 2017, p. 4). Ifølge OUS sin prosedyre (2018b) skal bankmelk gis på indikasjon eller barnelegeforordning. I denne studien fikk 13,7 % av de som fikk tilleggsernæring bankmelk, og av disse fikk 83,7 % på medisinsk indikasjon. Kun ett barn fikk vann, og ett annet fikk vann blandet med kolostrum. Sukkervann bør ikke brukes fordi det hverken inneholder tilstrekkelig næring eller reduserer serumbilirubin (De Carvalho, Hall, & Harvey, 1981; Nicoll, Ginsburg, & Tripp, 1982), og kan gi hyponatremi (Kellams et al., 2017). Ingen av barna fikk sukkervann. Ifølge den nasjonale retningslinjen Spedbarnernæring (2016, p. 14) skal barnet kun tilbys MME i tillegg og/ eller istedenfor MM de første fire månedene.

Ifølge ABM (Kellams et al., 2017) må mødre som gir MME til sine barn håndmelke/ pumpe sine bryster hyppig, helst hver gang barnet får MME. I studien var medianen av antall ganger

MME var gitt 3. Behovet for tillegg er i de fleste tilfeller midlertidig, frem til den nyfødte evner å die og/ eller mor er tilgjengelig og i stand til å amme (Oslo Oslo universitetssykehus, 2021b, pp. 6-7). De barna som fikk MME på bakgrunn av medisinsk indikasjon, eller der mor var brystoperert eller innlagt på intensivavdeling, fikk litt hyppigere med en median på 5.

I en prospektiv kohortstudie fra Canada (Hobbs, Mannion, McDonald, Brockway, & Tough, 2016) deltok 3,021 kvinner ved å fylle ut spørreskjemaer før og etter fødsel. Hensikten var å undersøke forløsningsmetode og etablering av amming, varighet av amming og ammeproblemer. Flere av kvinnene med elektivt keisersnitt hadde ingen intensjon om å amme og startet heller ikke å amme, sammenlignet med kvinner med vaginale forløsninger og akutte keisersnitt. Kvinner etter elektive keisersnitt hadde større sannsynlighet for å avbryte amming før tolv uker etter fødsel sammenlignet med vaginalforløste. Vi vet at ammeintensjon før fødsel påvirker ammevarigheten (Nilsson & Busck-Rasmussen, 2021, p. 82). I denne studien var det rett under halvparten som ble forløst med elektivt keisersnitt, og av de igjen var det rett under halvparten som fikk MME. Hele 46,7 % av de som fikk MME hadde hatt elektivt keisersnitt. Prior et al. (2012) viser i sin metaanalyse (n=555,306 kvinner) til sammenheng mellom forsinket melkeproduksjon og elektivt keisersnitt. Dette kan skyldes at mor ikke har vært påvirket av fødselshormoner. Det funnet kan forklare en del av forekomsten, men kan ikke forklare den manglende ammeintensjonen i forkant.

Av alle kvinnene i studien til Hobbs et al. (2016) som etablerte amming, var det 62 % som rapporterte om flere enn ett ammeproblem. Kvinner som fikk utført akutt keisersnitt hadde høyere forekomst av ammeproblemer og brukte mer ressurser før og etter utskrivelse, sammenlignet med vaginal forløsning og planlagt keisersnitt. Videre viste forskerne fra Canada at nesten 40 % av kvinnene med akutt keisersnitt hadde problemer med å amme på første forsøk, 7,3 % fikk ikke til vellykket amming det første døgnet og 17 % hadde mindre sannsynlighet for å etablere amming før utreise.

Lavere tall på etablering av amming og økte ammeproblemer blant keisersnittforløste kvinner kan være relatert til en fysiologisk påvirkning på melkeproduksjonen (Evans, Evans, Royal, Esterman, & James, 2003). Fysiologi er læren om hvordan levende celler og organismer fungerer (Blix, 2017, p. 51). Evans et al. (2003) fant at mengde morsmelk blant kvinner forløst med keisersnitt var signifikant lavere de første fem dagene etter fødsel, sammenlignet med vaginalforløste. Også Scott, Binns, and Oddy (2007) fant at forsinket melkeproduksjon var signifikant lavere blant keisersnittforløste kvinner enn vaginalforløste. Det påstås at

keisersnitt kan forårsaker en forstyrrelse i hormonene, enten grunnet økt maternelt stress eller svekket oksytocinsekresjon, og at det samlet er et hinder for melkeproduksjonen (Evans et al., 2003; Zanardo et al., 2010).

I tillegg til den påståtte fysiologiske påvirkningen, vil det ved keisersnittforløsning være flere barrierer for å oppfylle ti trinn for vellykket amming (se vedlegg 4). Særlig trinn fire om umiddelbar hud-mot-hud kontakt mellom mor og barn, som skal vare i minst én time eller frem til vellykket første amming, kan være vanskelig å gjennomføre. En studie om holdninger og implementering av BFHI beskriver at helsepersonell synes det er utfordrende å utføre hud-mot-hud-kontakt etter keisersnitt grunnet rutiner, bemanning og det fysiske miljøet (Walsh, Pincombe, & Henderson, 2011). En Cochrane-oversiktsartikkel (Moore et al., 2016) med over 30 inkluderte studier, finner at hud-mot-hud-kontakt fordrer bedret samspill mellom mor og barn, mindre gråt og bedre temperaturregulering hos barnet. Kontakten øker også sannsynligheten for at barnet blir ammet og øker varigheten på ammingen. Ifølge OUS' retningslinjer (Oslo universitetssykehus, 2018a, 2021c) bør det tilrettelegges for at barnet kan følge mor fra operasjon og til postoperativ avdeling slik at amming kan skje så fort som mulig etter forløsning. I MBVI-evalueringen fra 2016 (Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2016) var keisersnitt en overlegen årsak til at mor ikke fikk holde barnet hud-mot-hud etter fødselen.

Studiens forfatter har praksiserfaring fra en kvinneklinikk i region Helse Sør-Øst og har erfart at retningslinjene ofte ikke etterlevs på grunn av manglende tid og/eller personell. Mødrene får se sine barn på operasjonsstuen før jordmor tar med partner og barn ned på barselavdelingen, der de praktiserer hud-mot-hud frem til mor er klar for å ta imot barnet på postoperativ avdeling. Her må det gjøres endringer i praksis slik at keisersnittforløste barn får ligge hud-mot-hud med mor umiddelbart etter fødsel (etter en kort tur til asfyksibordet som tidligere beskrevet i kapittel 2.3.1), og kan følge henne til postoperativ avdeling og etablert amming innen én time.

Ved amming er det viktig at mor er godt smertelindret (Nilsson & Busck-Rasmussen, 2021, p. 96). Trinn fem om veiledning i å etablere og opprettholde amming, og derav forskjellige ammestillinger og hyppig hud-mot-hud, kan være utfordrende all den tid mor har smerter etter operasjonen. At mor er smertepåvirket og sliten kan også gjøre det utfordrende med trinn syv, som innebærer at mor og barn skal være sammen dag og natt, til tross for at det er viktig. Mor bør informeres om fordelene av å ha barnet på rommet om natten, å ta smertestillende slik at

hun kan være mest mulig mobil samt be om hjelp fra personalet ved behov (Oslo Oslo universitetssykehus, 2018a). En utredning om foretrukne smertestillende legemidler til ammende, som er presentert i RELIS (Roland & Skråstad, 2016), anbefaler paracetamol som et trygt førstevalg. Ved behov for NSAIDS anbefales ibuprofen i lavest effektive dose, kortest mulig tid. Langvarig bruk av opioider er uforenelig med amming og kan gjøre barnet trøtt, gi respirasjonsdepresjon og redusert appetitt hos barnet. Enkelt doser og få dagers behandling kan administreres, men krever at barnet observeres. I OUS' postoperative oppfølging etter keisersnitt (Oslo Oslo universitetssykehus, 2020c) presenteres multimodal smertelindring etter keisersnitt, i tråd med RELIS-utredningen. I tillegg til paracetamol og ibuprofen kan mor få langtidsvirkende og korttidsvirkende oksykodon til og med 2. postoperative dag. Mor vil trenge veiledning for å finne gode ammestillinger og kan få god hjelp til å skåne operasjonssår og få støtte av ekstra puter. Tilbakelemt amming kan også være effektivt uten smerter, da barnet kan legges slik at det ikke kommer i kontakt med såret (Nilsson & Busck-Rasmussen, 2021, p. 96). Mor sitter godt tilbakelemt med barnet liggende på magen på mors bryst, slik at barnet finner brystet selv.

5.1.2 Indikasjon

Studiens resultater vedrørende på hvilken indikasjon MME ble gitt kan tyde på at informasjonsbehovet til kvinner ikke blir møtt. St.meld. nr. 12 (Helse- og omsorgsdepartement, 2009) med mål om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, skildrer at kvinners kunnskap om svangerskap og fødsel endres. Erfaringer fra tidligere generasjoner overføres ikke lenger, og unge kvinner mangler kunnskap om egen kropp og hva som skjer under svangerskap og fødsel (Helse- og omsorgsdepartement, 2009, p. 64). I den nasjonale retningslinjen for svangerskapsomsorgen (Helsedirektoratet, 2018) legges det til grunn at den gravides kunnskapsnivå, livserfaring og informasjonsbehov er individuelt. Jordmor må kartlegge behovet og gi kvinnen informasjon for å kunne ta valg rundt egen helse (Helsedirektoratet, 2018, p. 3). Kvinnens ønsker rundt fødsel, keisersnitt, amming og eventuelle tidligere erfaringer må samtales om (Hansen, 2017a, p. 715) og jordmor bør fortelle om anbefalt spedbarnsernæring (Helsedirektoratet, 2016), morsmelkens fordeler samt helsegevinster hos mor og barn. Denne samtalen bør finne sted i svangerskapsuke 32 (Helsedirektoratet, 2018, p. 9). Videre skal det informeres om hva kvinnen kan forvente av et Mor-barn-vennlig sykehus, blant annet viktigheten rundt hud-mot-

hud kontakt, tidlig etablering av amming, kjennskap til tegn på sult, ammestillinger, godt sugetak og verdien av å være sammen hele døgnet.

Det anbefales at det i svangerskapsomsorgen skal samtales om fødsel og barseltid henholdsvis i uke 36 og 38 (Helsedirektoratet, 2018, p. 9). Studiens resultater kan tyde på at kvinnen heller ikke har nok kunnskap om eller har blitt forberedt på barnets adferd i barseltiden. Hele 39,4 % fikk MME på bakgrunn av mors ønske. I OUS' prosedyre om bruk av MME (Oslo universitetssykehus, 2018c) står det at mor har full rett til å gi MME til sitt barn om hun ønsker det. Helsepersonell burde informere mor om fordeler og ulemper ved både amming og bruk av MME før beslutningen tas (Oslo universitetssykehus, 2018c). I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1) står det at helsetjenesten skal legge til rette for at pasienter kan ta et selvstendig og informert valg. Dette informasjonsbehovet må dekkes, men det spriker over alt. Vi vet at keisersnitt kan gjøre etablering av amming utfordrende (Prior et al., 2012). Hvorfor informeres dette ikke om på pasientinformasjonen til elektivt snitt på OUS (Oslo universitetssykehus, u.å.)? Det står heller ingenting om keisersnitt i Helsedirektoratets bok «Hvordan du ammer ditt barn» (Helsedirektoratet, 2011), som alle fødende på OUS får på barselavdelingen. Manglende fokus berører direkte to av ABMs anbefalinger ang tilleggsernæring: 1) minimere behovet for tillegg, og 2) adressere tidlige indikatorer for mulig behov (Kellams et al., 2017)

Anbefalingene som fremkommer om spedbarnsernæring (Helsedirektoratet, 2016) er generelle, og det er helsepersonells oppgave å tilpasse rådene til den enkelte familie og barn. Likeverdige tjenester er ikke det samme som like tjenester, presiseres det i den nasjonale retningslinjen for barselomsorgen. Ved å behandle alle likt vil noen få et dårligere tilbud enn de trenger. Noen mødre kan av ulike årsaker trenge at barnet deres får tillegg, selv uten medisinsk indikasjon. For kvinnene er det viktig at tjenestene er utformet i samsvar med behovene (Helsedirektoratet, 2014, p. 21).

Nesten 1/3 av barna som fikk MME på bakgrunn av «mors ønske» fikk også grunnet «urolog barn». Totalt 26,4 % fikk grunnet urolig barn. Uro er ikke definert som akseptabel grunn for å gi barnet annen ernæring enn morsmelk (se vedlegg 3). Mange ammende mødre stiller spørsmål om barnet får i seg nok næring av kolostrum og frykter de har for lite melk (Gatti, 2008; Robert, Coppieters, Swennen, & Dramaix, 2014, p. 6), som er en av de vanligste årsakene til tidlig ammeslutt (Lin, Lee, Yang, & Gau, 2011). Flere av svarene til at barnet fikk MME grunnet «annen indikasjon» ble nærmere beskrevet som «lite melk» og «diverse

ammeproblematikk» (se vedlegg 7). Hyppige måltider (8-10-12 ganger i døgnet) og korte søvnperioder kan oppleves som et urolig og utilfreds barn. Dette er normal adferd da barnet i fosterlivet har fått kontinuerlig tilførsel av næring via navlestrengen. Den hyppige stimuleringen av mors bryster er både normal og hensiktsmessig for at mors bryster skal produsere melk. Barna er født med glykogenlagre og høye verdier av antidiuretisk hormon (ADH) og trenger ikke større volum av melk eller kolostrum før melkeproduksjonen øker rundt dag 3.-4. (Inch, 2014). I studien fikk 27,9 % MME grunnet «stort vekttap». Det er ikke fullstendig enighet rundt hvor stort vekttap som er normalt og akseptabelt (Inch, 2014). Ifølge «Medisinske kriterier for bruk av tillegg» (se vedlegg 3) er dette en medisinsk indikasjon når vekttapet er > 8-10 %, men det er i utgangspunktet indikasjon for å amme oftere. Ifølge OUS prosedyre om amming av friske fullbårne barn (Oslo universitetssykehus, 2018a) skal nettovekt av barn tas daglig fra dag 2 og frem til hjemreise. Ved vekttap over > 8-10 % skal helsepersonell vurdere om barnet virker friskt. Videre anbefales det å optimalisere ammeveiledningen ved å vurdere ammestilling og sugetak. Ved lite melk anbefales hyppig amming (hver 2. time) for å øke produksjonen. Daglig nettovekt og journalføring av plan. Fortsatt vektnedgang kan tale for å supplere med MME. Ved keisersnitt er det risiko for å registrere et større vekttap enn hva som er reelt. Dette da de veies rett etter forløsning, i motsetning til ved vaginalforløsning der barnet ligger hud-mot-hud i to timer. I løpet av disse to timene kan barnet både tisse og ha mekoniumavgang (barnets første avføring). En umiddelbar vekt vil kunne gi en høyere utgangsvekt og dermed større vektnedgang dag 2. En studie fra North-Carolina (Flaherman et al., 2015) studerte forskjeller på vektnedgangen hos vaginalforløste og keisersnittforløste barn som ble fullammet. Nettovekt ble tatt 6 timer etter fødsel, så igjen etter 48 timer og 72 timer. Etter 48 timer hadde 5 % av de vaginalforløste barna og > 10 % av de keisersnittforløste barna gått ned ≥ 10 %. Etter 72 timer hadde over 25 % av de keisersnittforløste barna gått ned ≥ 10 %. (Flaherman et al., 2015). De fleste nyfødte barn går ned i vekt sin første leveuke. Det forventes at barnet har tatt igjen fødselsvekten dag nummer 10-14 etter fødsel (Inch, 2014).

Mødre trenger å bli trygget på at barnet får i seg nok melk via veiledning av helsepersonell. Tegn å se etter er svelgelyder, at brystet føles lettere samt at barnet slipper brystet og fremstår fornøyd. I løpet av de første fire dagene endres avføringen fra bek til gul. Urin skal øke fra en eller flere våte bleier per dag de første to dagene, og følgelig tre eller mer de neste to dagene (Inch, 2014). Ved å gi unødig tillegg kan mors selvtillit rundt hvorvidt hun kan tilfredsstille sitt barns ernæringsmessige behov undergraves (Blyth et al., 2002). Disse mødrene er sårbare

og får ofte motstridende råd om behovet for tilleggsernæring og ville heller hatt fordel av ammeveiledning, og kunnskap om hva som er normal adferd for et nyfødt barn (Reiff & Essock-Vitale, 1985). Helsepersonell, både i svangerskapsomsorgen og på barselavdelingene, bør undervise mor om kolostrum og at små mengder er normalt, fysiologisk og tilstrekkelig for et friskt terminfødt barn (Kellams et al., 2017). Ved urolig barn bør helsepersonell ha en ammeobservasjon og benytte seg av ammesjekkliste (se vedlegg 5). Jordmor kan oppmuntre mor til å håndmelke og gi til barnet hvis hun er bekymret for inntaket (Inch, 2014).

Datasettet i studien ble samlet inn da verden sto midt i en pandemi. Majoriteten av de keisersnittforløste barna ble unnfanget før WHO erklærte Covid-19 som en global pandemi 11. mars 2020 (NTB, 2020). Dagen etter innførte regjeringen strenge tiltak mot virusspredning også her i Norge (Løkkevik, Ording, Holmes, Buggeland, & Johnsen, 2020). Det ble anbefalinger om hjemmekontor, skoler og barnehager ble stengt. Sosial kontakt og aktivitet utenfor huset og sammen med andre skulle begrenses. De første ukene bar preg av en ukjent og skremmende situasjon for alle. Det er grunn til å tro at pandemien har påvirket kvinner i de allerede sårbare livshendelsene som svangerskap, fødsel og barseltid er. En kan spørre seg om pandemien har påvirket etablering av amming hos kvinnene.

Under pandemien fikk ikke partner anledning til å være med på svangerskapskonsultasjonene. Vi vet at det er positivt for ammeforløpet at partner også får veiledning og kunnskap om dette (Sherriff & Hall, 2011). I forbindelse med innleggelse på sykehus til fødsel- og barselopphold har det også vært tiltak grunnet pandemien. Partner har i mindre grad fått delta på hele fødselsforløpet, kun fra aktiv fødsel. I starten av pandemien måtte partner gå når mor og barn skulle overflyttes til barsel. I en allerede sårbar situasjon kan det være ekstra tungt for mor at partneren ikke kan være til stede. En norsk studie utført under pandemien (Høghjelle Stette, Thorsteinsen, & Henriksen, 2021) kartla ammehjelpen førstegangsfødende fikk på barselavdelingen under strenge smitteverntiltak. En av fem hadde partneren til stede på barsel, og opplevde i større grad å få hjelp med amming enn de som ikke hadde partneren under oppholdet. Halvparten av mødre reiste hjem innen 48 timer, og fikk mindre hjelp enn de som var der lenger. Studien fant at mødre fikk mer MME og mangelfull ammeveiledning. Hele 46,3 % rapporterte at barnet fikk MME de først tre levedøgnene. Studien hevder at Covid 19-pandemien endret arbeidshverdagen ved at smitteverntiltak skulle gjennomføres. All den tid og ressurser brukt til dette, gir helsepersonell mindre tid til ammeveiledning. Manglende tilstedeværelse fra helsepersonell og partner kan ha påvirket mors opplevelse med å få hjelp og støtte, som vi vet er elementært for ammeforløpet (Nilsson & Busck-Rasmussen,

2021, p. 80). Denne ressursmangelen kan være årsaken til at MME ble gitt, til tross for at dette ikke er en akseptabel grunn til å gi annet enn morsmelk (WHO, 2018). Det ble ikke funnet noe signifikant forskjell på dem som hadde partneren hos seg under barseloppholdet og de som ikke hadde det, når det gjelder ammeforekomst etter to uker (Høghjelle Stette et al., 2021). Det kan tenkes at funnene hadde vært signifikante hvis mødrene var blitt forløst med keisersnitt. All den tid partner ikke fikk være på barselavdelingen fordrer det at helsepersonell trenger å gi mer praksis bistand til de keisersnittforløste kvinnene. Som igjen gir ytterligere mindre tid til ammeveiledning.

At barn i Norge blir ernært med MME går bra. Vi er et land med høy levestandard og et velfungerende helsesystem som kan håndtere eventuelle negative konsekvenser. Globalt kunne 820 000 liv vært spart hvert år ved praktisering av WHO sine anbefalinger om at nyfødte skal ammes innen én time etter fødsel, at de ble fullernært på MM de første seks månedene og ble delammet opp mot to år (Victora et al., 2016, p. 487).

Amming er også viktig for å nå FNs mål for bærekraftig utvikling innen 2030 (United Nations Association of Norway, 2021). Blant annet bidrar morsmelk til mål nummer to, om å bedre matsikkerhet og bedre ernæring. Amming er relevant for mål nummer tre, om å sikre og fremme god helse for alle. Påvirkningen MM har for hjernes utvikling er relevant for det fjerde målet om utdanning og det første målet om å utrydde fattigdom. Mål tolv og tretten handler om bærekraftig forbruk og produksjon samt å stoppe klimaendringer og bekjempe konsekvensene. Ved å begrense bruk av MME blir også produksjonen begrenset, som i seg selv krever 4000 l vann for å lage 1 kg pulver (Rollins et al., 2016), i tillegg til vannet som kreves for å klargjøre måltidet. Klimagasser med utslipp fra kuer, fabrikker, transport og plastikk av flasker og annen emballasje må reduseres. Dette står i sterk kontrast til kvinners melkeproduksjon som er svært klimavennlig.

Amming er eksistensielt for oss som pattedyr. Morsmelk avgir antistoffer, kan gi beskyttelse under pandemier, bidrar til at vi kan nå FNs bærekraftige mål, og styrker folkehelsen her hjemme. Vi må derfor beskytte, promotere og støtte ammingen i møte med keisersnittforløste mødre. Men hvordan?

Vi vet at den første uken er avgjørende for ammeforekomst og varighet (Häggkvist et al., 2010; Prior et al., 2012). American Breastfeeding Medicine (ABM) kommer med sine tre anbefalinger ved bruk av MME; (Kellams et al., 2017)

1) Minimere behovet for tillegg

- Informere mor og partner om ammingens fysiologi, helsegevinster, normal adferd hos friske, terminfødte barn, vanlige utfordringer ved amming
- Forberede mor på mulig vanskeligere ammestart ved keisersnittforløsning
- Tilrettelegge for ti trinn for vellykket amming på operasjonssalen, på barselavdelingen og generell psykisk og praktisk støtte
- Hypptig ammeveiledning, i tråd med Renfrew et al. (2012) sin oversiktsartikkel

2) Adressere tidlige indikatorer for mulige behov

- Keisersnitt som forløsningsmetode
- Postoperative smerter
- Forstyrret hud-mot-hud
- Manglende ressurser og kunnskap

3) Fastslå behovet og administrere med forsiktighet

- Følge de medisinske kriterier for bruk av tillegg på barsel (vedlegg 3)
- Oppmuntre til håndmelking og/ eller pumping når MME gis
- Gradvis redusere bruk av MME ved økende morsmelkproduksjon

5.2 Metodediskusjon

Ved kvantitativ forskning er den store fordelen at det er enklere å generalisere funnene til andre (Fekjær, 2016, p. 15), som omtales som studiens eksterne validitet. Studiens interne validitet sier noe om hvorvidt resultatene er gjeldende for det utvalget vi har studert (Svensson, Laake, & Hjartåker, 2007, p. 63). Samlet beskriver validitet om studien måler det forfatteren ønsket å måle (Laake & Thelle, 2008, p. 309).

Kvantitativ metode er ikke ensbetydende med generaliserbare funn. Utvalget i spørreundersøkelsen er i denne forbindelse en svakhet for den eksterne validiteten, da det er usikkert hvor mange keisersnittforløste barn som har blitt registrert i forhold til den faktiske populasjonen i det aktuelle tidsrommet. Forfatteren har imidlertid brukt medisinsk fødselsregister (MFR) for å finne antall barn født i siste kvartal 2020, og videre funnet 15,8 % av fødselstallet, som utgjør andel keisersnittforløste barn i tidsrommet. Studiens datasett er 42

% av dette. Da 15,8 % keisersnittsrater er et gjennomsnitt gjennom året, og således kan være varierende, kan det ikke konkluderes med en svarprosent på 42 %.

Den interne validiteten anses av forfatter som god, da resultatene er tilsvarende som presentert i rapporten til Nasjonal kompetansetjeneste for amming (NKA) (2021c) som er basert på samme datasett. Forskjellen er denne studiens inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Dersom de vi vet noe om, ikke skiller seg fra dem vi ikke vet noe om, trenger ikke frafallet være et stort problem (Fekjær 2016, s. 259). I denne studien er utvalget det antall barn som måtte registreres for at hver fødeavdeling skulle kunne evalueres som MBV-sykehus. Verken NKA eller forfatteren av denne studien har valgt hvilke barn som skulle registreres og vi kan anta at det er tilfeldig. Respondentene svarte på vegne av barna, og med kvantitative svar er det ikke grunn til å tro at holdninger og kunnskap hos respondenten er avgjørende for hvilke barn som blir registrert. Det er sannsynlig at aktuelle barn ble registrert forløpende for å nå kravet til NKA, og at dette da kan tyde på et systematisk frafall. Dette kan forfatter imidlertid ikke si for sikkert. Noen barn kan ha blitt unngått, slik at frafallet blir systematisk skjevt (Jacobsen, 2010, p. 234). Med andre ord kan respondentene ha svart strategisk (Jacobsen, 2010, p. 242), at det har gagnet vedkommende å lyve, og ikke registrere barn som har fått MME uten medisinsk indikasjon. Dette da kravet om at minst 80 % av MME som gis til brysternærte barn, skal gis på medisinsk indikasjon (Nasjonalt kompetansetjeneste for amming, 2019b). En styrke knyttet til at alle barna ble født på MBV-sykehus er at føde- og barselavdelingene følger ti trinn for vellykket amming og dermed også samme standard og krav til ammeprosedyrer og utdanning av helsepersonell. Inklusjons- og eksklusjonskriterier gjør at studieutvalget i høyere grad kan være generaliserbart. Funnene må likevel tolkes med forsiktighet.

Validitet omhandler også om studien har benyttet seg av riktige analyser (Laake & Benestad, 2008, p. 137) Det har ikke blitt foretatt signifikanstesting av mulige forskjeller mellom fødeinstitusjonene eller type keisersnitt, da det ikke var avgjørende for å svare på problemstillingen. Dette kunne gitt interessant informasjon til diskusjon, og kan ses på som en svakhet.

Studiens reliabilitet stiller spørsmål til om den er pålitelig. Redegjørelse i metodekapittelet har vist hvordan dataene ble samlet inn, behandlet og analysert, og er dermed reproducerbar.

Likevel kan ikke denne type undersøkelse gjøre slutninger over tid, da den bare gir et øyeblikksbilde (Ringdal, 2013, p. 147) Reliabiliteten kan svekkes ved å ikke gjøre målinger

korrekt (Dalland, 2010, p. 51). En styrke ved studien er at det elektroniske spørreskjemaet ble konvertert over i SPSS, som eliminerer feilregistrering av forfatter. Dette er spesielt gunstig da forfatteren av studien bare er én person, og dermed har datainnsamling som mulig feilkilde blitt eliminert, og kan derfor muligvis styrke reliabiliteten.

Forfatteren har vasket datasettet og på den måten oppdaget feilregistreringer. En styrke ved studien er at spørreskjema benyttet ved datainnsamling har vært brukt ved tidligere kartleggingsundersøkelser i regi av NKA, og at det har fortløpende blitt utført forbedringer. Til tross for dette har noen respondenter gjort brukerfeil, som kan ses på som en svakhet i spørreskjema. For eksempel har flere av respondentene krysset av for «valgt» på en av variablene under spørsmålet «Hvis du oppga barnelegeordinasjon, kryss av alternativene». Men så har ikke respondentene først krysset av for «valgt» på variabelen «Annen barnelegeordinasjon» på spørsmål om hvorfor MME ble gitt, som det er lagt opp til i spørreskjemaet. Dette var tilfelle med 18 barn, og forfatters analyser av hvorfor tillegget ble gitt og på hvilken barnelegeordinasjon det ble gitt, samsvarte ikke. Disse har blitt justert for, da forfatter med sikkerhet kan si at barn som har fått MME på bakgrunn av variabelen «mor diabetes» har fått på barnelegeordinasjon, da variabelen er registrert under spørsmålet «Hvis du oppga barnelegeordinasjon, kryss av alternativene». Forfatter har utelukkende justert for feilregistreringer når dette utvilsomt kan klassifiseres som en feilregistrering. Dette for å ikke senke studiens reliabilitet.

En styrke ved spørreskjemaet er spørsmål vedrørende hvilken indikasjon MME har blitt gitt og på hvilken barnelegeordinasjon, så blir variablene svart til som «ikke valgt» ved konvertering til SPSS, der respondentene ikke har krysset av på svaralternativet. På denne måten inneholder datasettet svært lite «missing». Kun et fåtall finnes, som beskrevet i kapittel 3.3.2. Denne konverteringen gjelder alle de kategoriske variablene. «Missing»-verdier på kontinuerlige variabler har stått i samsvar med spørsmålet. For eksempel er det 268 «missing» på variabelen «Hvor mange ganger i løpet av oppholdet har barnet fått MME?», men dette samsvarer med antall barn som har fått MME (n=269) og det inkluderte utvalget (n=537).

5.3 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Resultatene i denne studien peker i retning av at det er stor sannsynlighet for at keisersnittforløste barn får MME på barselavdeling. Da tverrsnittstudier ikke kan si noe om årsakssammenheng (Christoffersen et al., 2015, p. 222) i tillegg til at studien har klare

begrensninger i forhold til den eksterne validiteten, kan ikke forfatter konkludere med dette eller komme med klare implikasjoner for praksis. Gjennom arbeidet med studien, herav gjennomgang av litteratur, veiledere og retningslinjer, har forfatter likevel observert et informasjonsbehov vedrørende keisersnitt og amming som ikke blir møtt, og at informasjonen som gis trenger å standardiseres. Det er påvist at kunnskap og forventninger har stor betydning for ammevarigheten (Nilsson & Busck-Rasmussen, 2021, p. 81). En informasjonsbrosjyre om hvordan keisersnitt kan påvirke amming, kan være et hjelpemiddel både i svangerskapsomsorgen og på barselavdeling, som et supplement til undervisning og veiledning. På denne måten kan indikatorer for mulige behov for tilleggsernæring adresseres tidlige, i tråd med ABM sine anbefalinger (Kellams et al., 2017), og muliggjøre en proaktiv tilnærming mot utfordrende faktorer. Amming må innlemmes i pasientinformasjonen til elektivt keisersnitt og keisersnitt innarbeides i ammehjelpsboken «Hvordan du ammer ditt barn?»

Da tverrsnittstudier er et hypotesegenererende design, ser forfatter etter endt studie, et behov for å forske på fenomenet hud-mot-hud kontakt på operasjonsalen. Spørreskjema til mor kan gi kunnskap om forekomst og varighet av fenomenet. Kvalitative intervju av jordmødres holdninger rundt muligheter og tilrettelegging av hud-mot-hud kontakt umiddelbart etter forløsning. Det kunne også vært interessant å kartlegge anestesipersonells sine holdninger rundt umiddelbar hud-mot-hud kontakt. Kan jordmødre ta seg mer til rette? Ved friskt, terminfødt barn, skal vi slutte å ta med barnet ut for å veie, ta på bleie og pakke inn barnet? Hvis praktisk mulig i samarbeid med anestesipersonell, hvorfor ikke legge barnet direkte på mors bryst? Fullstendig avnavling kan utføres på operasjonstuen og K-vitamin kan administreres innenfor et vindu på to timer ifølge anbefalingene (Helsedirektoratet, 2014).

Det er også et behov for kvalitative studier knyttet til hva som ligger til grunn for «mors ønske»: hvorfor ønsker mor at barnet skal få MME?

6 Konklusjon

Denne studien har kartlagt bruk av morsmelkerstatning til keisersnittforløste barn på 35 Mor-barn-vennlige sykehus. Kartleggingen har vist at halvparten av barna (n=269) har fått MME.

Mest hyppige indikasjoner for bruk var mors ønske (39,4 %), annen barnelegeordinasjon (31,2 %), stort vekttap (27,9 %) og urolig barn (26,4 %). Resterende indikasjoner var annen indikasjon (23,4 %), personalets anbefaling (10,8 %), hypoglykemi (6,3 %), mor innlagt intensiv (2,6) og mor er brystoperert (1,5 %). Av årsaker knyttet til barnelegeordinasjon fikk barna grunnet icterus (lysbehandling)(n=7), asfyksi eller APGAR ≤ 6 etter 5 min (n=5), dysmaturitet (n=5), SGA (n=7), mor insulinkrevende DM (n=15), mor kostholdsregulert GDM (n=16) og annet (n=36).

Resultatene i studien sammenfaller med funnene i den siste Mor-barn-vennlige sykehus-evalueringene (Nasjonalt kompetansesenter for Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2021c).

En slik kartlegging setter fokus på et viktig tema. Den fremhever viktigheten av å være ekstra oppmerksom på og legge til rette for ammeveiledning til mødre forløst med keisersnitt.

7 Referanseliste

- Afolabi, B. B., & Lesi, F. E. (2012). Regional versus general anaesthesia for caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev*, 10. doi:10.1002/14651858.CD004350.pub3
- Ammehjelpen. (2021, 28.08.21). Amming av premature barn. Retrieved from <https://ammehjelpen.no/prematur/>
- Biasucci, G., Rubini, M., Riboni, S., Morelli, L., Bessi, E., & Retetangos, C. (2010). Mode of delivery affects the bacterial community in the newborn gut. *Early human development*, 86(1), 13-15.
- Blix, E. (2017). Ulike syn på svangerskap og fødsel. In A. Brunstad & E. Tegnander (Eds.), *Jordmorboka : ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2 ed., pp. 51-55). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Blyth, R., Creed, D. K., Dennis, C.-L., Moyle, W., Pratt, J., & De Vries, S. M. (2002). Effect of Maternal Confidence on Breastfeeding Duration: An Application of Breastfeeding Self-Efficacy Theory. *Birth*, 29(4), 278-284. doi:<https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2002.00202.x>
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forl.
- Dalland, O. (2010). *Metode og oppgaveskriving* (4. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- De Carvalho, M., Hall, M., & Harvey, D. (1981). Effects of water supplementation on physiological jaundice in breast-fed babies. *Archives of disease in childhood*, 56(7), 568-569.
- Eide, I., Heiberg, E., Helsing, E., & Pape, K. (2003). Ammeundersøkelsen år 2000: Mor, barn og materutiner ved norske fødeenheter i perspektiv 1973-2000. Hentet fra: https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/Publikasjoner/andrepublikasjoner/ammeundersokelsen_2000.pdf.
- Emde, R. N., Swedberg, J., & Suzuki, B. (1975). Human wakefulness and biological rhythms after birth. *Arch Gen Psychiatry*, 32(6), 780-783. doi:10.1001/archpsyc.1975.01760240108008
- Evans, K., Evans, R., Royal, R., Esterman, A., & James, S. (2003). Effect of caesarean section on breast milk transfer to the normal term newborn over the first week of life. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, 88(5), F380-F382.
- Fekjær, S. B. (2016). *Statistikk i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Flaherman, V. J., Schaefer, E. W., Kuzniewicz, M. W., Li, S. X., Walsh, E. M., & Paul, I. M. (2015). Early weight loss nomograms for exclusively breastfed newborns. *Pediatrics*, 135(1), e16-23. doi:10.1542/peds.2014-1532
- forskningsdata, N. s. f. Retrieved from <https://www.nsd.no/>
- Gatti, L. (2008). Maternal perceptions of insufficient milk supply in breastfeeding. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(4), 355-363.
- Hansen, M. N. (2017a). Mor-barn-vennlige sykehus. In A. Brunstad & E. Tegnander (Eds.), *Jordmorboka : ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2 ed., pp. 697-704). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Hansen, M. N. (2017b). Morsmelkens sammensetning. In A. Brunstad & E. Tegnander (Eds.), *Jordmorboka : ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2 ed., pp. 710-714). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Hansen, M. N. (2017a). Ammeveiledning. In A. Brunstad & E. Tegnander (Eds.), *Jordmorboka : ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2 ed., pp. 715-739). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Hansen, M. N. (2017b). Brystets anatomi og fysiologi. In A. Brunstad & E. Tegnander (Eds.), *Jordmorboka : ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2 ed., pp. 705-709). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Hayman, R. (2014). Operative births. In J. E. Marshall, M. D. Raynor, & M. F. Myles (Eds.), *Myles textbook for midwives* (16th ed. ed., pp. 456-473). Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
- Heather, N., & Leffert, L. (2021). Anesthesia for cesarean delivery. In P. TW (Ed.), *UpToDate*. UpToDate, Waltham, MA. (Hentet 09.08.21).
- Helse- og omsorgsdepartement. (2009). *En gledelig begivenhet*. (St.meld. nr. 12 (2008-2009)). Retrieved from

- <https://www.regjeringen.no/contentassets/25a45886201046488d9c53abc0c8ad3a/no/pdfs/stm200820090012000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *En gledelig begivenhet*. (Meld. St. 12 (2008-2009)). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/25a45886201046488d9c53abc0c8ad3a/no/pdfs/stm200820090012000dddpdfs.pdf>
- Helsedirektoratet. (2011). *Hvordan du ammer ditt barn* (9 ed.). Oslo.
- Helsedirektoratet. (2014). *Nytt liv og trygg barseltid for familien. Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen*. (IS-2086). Retrieved from Oslo: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen>
- Helsedirektoratet. (2016). *Nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring*. Retrieved from Oslo: Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spedbarnsernaering>
- Helsedirektoratet. (2018). *Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen*. Retrieved from Oslo: Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen>
- Hobbs, A. J., Mannion, C. A., McDonald, S. W., Brockway, M., & Tough, S. C. (2016). The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 90. doi:10.1186/s12884-016-0876-1
- Hyde, M. J., Mostyn, A., Modi, N., & Kemp, P. R. (2012). The health implications of birth by Caesarean section. *Biological Reviews*, 87(1), 229-243.
- Häggkvist, A.-P., Brantsaeter, A. L., Grijbovski, A., Helsing, E., Meltzer, H., & Haugen, M. (2010). Prevalence of breast-feeding in the Norwegian Mother and Child Cohort Study and health service-related correlates of cessation of full breast-feeding. *Public health nutrition*, 13, 2076-2086. doi:10.1017/S1368980010001771
- Høghjelle Stette, A. H., Thorsteinsen, C., & Henriksen, L. (2021). Covid-19: amnestart under en global pandemi. *Sykepleien*. doi:10.4220/Sykepleienf.2021.85747
- Hörnell, A., Lagström, H., Lande, B., & Thorsdottir, I. (2013). Breastfeeding, introduction of other foods and effects on health: a systematic literature review for the 5th Nordic Nutrition Recommendations. *Food Nutr Res*, 57(1), 20823-20827. doi:10.3402/fnr.v57i0.20823
- Høyer, K. (2011). Hvad er teori, og hvordan forholder teori sig til metode? In L. Koch & S. Vallgård (Eds.), *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* (4. udg. ed., pp. 17-41). København: Munksgaard.
- Inch, S. (2014). Infant feeding. In J. E. Marshall, M. D. Raynor, & M. F. Myles (Eds.), *Myles textbook for midwives* (16th ed. ed., pp. 704-736). Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
- Jacobsen, D. I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring : innføring i metode for helse- og sosialfagene* (2. utg. ed.). Kristiansand: Høyskoleforl.
- Johannessen, A. (2009). *Introduksjon til SPSS : versjon 17* (4. utg. ed.). Oslo: Abstrakt forl.
- Johansen, A., Krogh, C., Webar Pant, S., & Holstein, B. E. (2016). *Amning. Temarapport og årsrapport. Børn født i 2014*. (978-87-7899-343-4). Retrieved from https://www.sdu.dk/sif/-/media/images/sif/projekter/projekter_dokumenter/databasen_boerns_sundhed/databasen_boern_sundhed_amning_temarapport_og_aarsrapport_boern_foedt_i_2014.pdf
- Keag, O. E., Norman, J. E., & Stock, S. J. (2018). Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine*, 15(1), e1002494.
- Kellams, A., Harrel, C., Omege, S., Gregory, C., Rosen-Carole, C., & Medicine, A. o. B. (2017). ABM clinical protocol# 3: supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate, revised 2017. *Breastfeeding Medicine*, 12(4), 188-198.
- Kim, P., Feldman, R., Mayes, L. C., Eicher, V., Thompson, N., Leckman, J. F., & Swain, J. E. (2011). Breastfeeding, brain activation to own infant cry, and maternal sensitivity. *J Child Psychol Psychiatry*, 52(8), 907-915. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02406.x

- Kramer, M. S., & Kakuma, R. (2012). Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012(8), CD003517-CD003517. doi:10.1002/14651858.CD003517.pub2
- Lin, S.-Y., Lee, J.-T., Yang, C.-C., & Gau, M.-L. (2011). Factors Related to Milk Supply Perception in Women Who Underwent Cesarean Section. *Journal of Nursing Research*, 19(2), 94-101. doi:10.1097/JNR.0b013e31821988e9
- Lund, T., Fønnebo, B., & Haugen, R. (2006). *Forskningsprosessen*. Oslo: Unipub.
- Løkkevik, O., Ording, O., Holmes, C. S. M., Buggeland, S. A., & Johnsen, A. B. (2020, 13.03.20). Dette er tiltakene til Erna Solberg: - Vi står i en vanskelig tid. VG. Retrieved from <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/2GeXaq/dette-er-tiltakene-til-erna-solberg-vi-staar-i-en-vanskelig-tid>
- Løland, B. F., Brabrand, K., Myr, R., & Prestaaen, R. (2020, 16.02.20). Amming/morsmelk/mastitt og abcess. Retrieved from <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselshjelp/ammingsmorsmelkmastitt-og-abscess/>
- Laake, P., & Benestad, H. B. (2008). Forskning: metode og planlegging. In P. Laake, B. R. Olsen, & H. B. Benestad (Eds.), *Forskning i medisin og biofag* (2 ed., pp. 115-146). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Laake, P., & Thelle, D. (2008). Epidemiologisk forskning: begreper og metode. In P. Laake, B. R. Olsen, & H. B. Benestad (Eds.), *Forskning i medisin og biofag* (2 ed., pp. 282-320). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Macsalí, F., Kolås, T., Suguelle, M., Strøm-Roum, E. M., & Steen, T. (2020, 17.02.20). Keisersnitt. Norsk gynekologisk forening Veileder i fødselshjelp. Retrieved from <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselshjelp/keisersnitt/>
- Mattilsynet. (2019, 02.12.19). Morsmelkerstatning og tilskuddsblandinger. Retrieved from https://www.mattilsynet.no/mat_og_vann/spesialmat_og_kosttilskudd/morsmelkerstatning/#:~:text=Morsmelkerstatning%20er%20et%20n%C3%A6ringsmiddel%20som,melk%20i%20tillegg%20til%20morsmelk.
- Medisinsk fødselsregister. (2020). Keisersnitt utført. Retrieved from <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Mizuno, K., & Ueda, A. (2006). Changes in sucking performance from nonnutritive sucking to nutritive sucking during breast-and bottle-feeding. *Pediatric research*, 59(5), 728-731.
- Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane database of systematic Reviews*(11). doi:10.1002/14651858.CD003519.pub4
- Nasjonal kompetansetjeneste for amming. (2016). *Landgjennomsnitt fra den elektroniske Mor-barn-vennlige reevalueringen utført i oktober og november 2016*. Retrieved from <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Nasjonal-kompetansetjeneste-for-ammings/Documents/Rapport%202016.pdf>
- Nasjonal kompetansetjeneste for amming. (2019a). Mor-barn-vennlig standard (MBV) Ti trinn for vellykket amming (revidert 2018) - kortversjon. Retrieved from <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Nasjonal-kompetansetjeneste-for-ammings/Documents/2019-06-26%2010%20trinn%20for%20vellykket%20ammings%20-%20kort.pdf>
- Nasjonal kompetansetjeneste for amming. (2019b). Mor-barn-vennlig standard (MBV) Ti trinn for vellykket amming (revidert 2018) - langversjon. Retrieved from <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Nasjonal-kompetansetjeneste-for-ammings/Documents/Ti%20trinn%20for%20vellykket%20ammings%202020-02-12.pdf>
- Nasjonal kompetansetjeneste for amming. (2021a, 11.10.21). Ammekyndig helsestasjon. Retrieved from <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonale-kompetansetjeneste-for-ammings-nka/mor-barn-vennlig-initiativ-mbvi/ammekyndig-helsestasjon#faglige-retningslinjer-for-ammeveiledning-ved-helsestasjoner>

- Nasjonal kompetansetjeneste for amming (2021b, 07.10.21). [Personlig kommunikasjon, utvalg].
 Nasjonal kompetansetjeneste for amming. (2021c). *Rapport fra den landsomfattende elektroniske Mor-barn-vennlig evalueringen høsten 2020*. Retrieved from <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Nasjonal-kompetansetjeneste-for-ammings/Documents/Landsomfattende%20rapport%20MBVS%20evaluering%20utf%C3%B8rt%20h%C3%B8sten%202020.%20Sectio%20for%C3%B8ste%20m%C3%B8dre.pdf>
- NICE guidelines. (2021, 31.03.21). Caesarean birth Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng192>
- Nicoll, A., Ginsburg, R., & Tripp, J. H. (1982). Supplementary feeding and jaundice in newborns. *Acta paediatrica*, 71(5), 759-761.
- Nilsson, I., & Busck-Rasmussen, M. (2021). *Amning: en håndbog for sundhedspersonale* (5 ed.): Komiteen for Sundhedsoplysning.
- Nissen, E., Lilja, G., Widström, A. M., & Uvnås-Moberg, K. (1995). Elevation of oxytocin levels early post partum in women. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 74(7), 530-533.
- NNR. (2014). *Nordic nutrition recommendations 2012 : integrating nutrition and physical activity*(5th ed. ed., Vol. 2014:002).
- NTB. (2020, 11.03.20). WHO: Virusutbruddet er en pandemi. Retrieved from <https://forskning.no/ntb-sykdommer-virus/who-virusutbruddet-er-en-pandemi/1653871>
- Nylander, G. (2008). *Amme-ABC*. Oslo: Gyldendal.
- Okechukwu, A., & Okolo, A. (2006). Exclusive breastfeeding frequency during the first seven days of life in term neonates. *The Nigerian postgraduate medical journal*, 13(4), 309-312.
- Oslo universitetssykehus. (2018a, 03.2018). Amming: friske fullbårne. Retrieved from <https://ehandboken.ous-hf.no/document/7077>
- Oslo universitetssykehus. (2018b, 03.2018). Amming: morsmelk. Retrieved from <https://ehandboken.ous-hf.no/document/12010>
- Oslo universitetssykehus. (2018c, 03.2018). Amming: morsmelkerstatning. Retrieved from <https://ehandboken.ous-hf.no/document/12011>
- Oslo universitetssykehus. (2018d, 05.2018). Amming: veiledning og undervisning. Retrieved from <https://ehandboken.ous-hf.no/document/12159>
- Oslo universitetssykehus. (2020a, 01.2020). Blodsukker og ernæring til nyfødte med spesielle behov. Retrieved from <https://ehandboken.ous-hf.no/document/865>
- Oslo universitetssykehus. (2020b, 21.10.20). Mor-barn-vennlig standard (MBV). Retrieved from <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonal-kompetansetjeneste-for-ammings-nka/mor-barn-vennlig-standard-mbv>
- Oslo universitetssykehus. (2020c, 12.2020). Sectio: Postoperativ oppfølging. Retrieved from <https://ehandboken.ous-hf.no/document/13592>
- Oslo universitetssykehus. (2021a, 16.04.2021). Mor-barn-vennlig sykehus. Retrieved from <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonal-kompetansetjeneste-for-ammings-nka/mor-barn-vennlig-sykehus#godkjente-mor-barn-vennlige-fode-barsel-enheter>
- Oslo universitetssykehus. (2021b, 16.04.21). Mor-barn-vennlig sykehus. Retrieved from <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonal-kompetansetjeneste-for-ammings-nka/mor-barn-vennlig-sykehus#ti-trinn-for-vellykket-ammings--fullversjon>
- Oslo universitetssykehus. (2021c). Planlagt keisersnitt/ elektiv sectio. Retrieved from <https://ehandboken.ous-hf.no/document/6600>
- Oslo universitetssykehus. (u.å.). Pasientinformasjon: Planlagt keisersnitt Fødeavdelingen OUS/ ULLEVÅL. Retrieved from <https://ehandboken.ous-hf.no/document/78552>
- Pallant, J. (2016). *SPSS survival manual : a step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (6th ed. ed.). Maidenhead: McGraw Hill Education.

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Retrieved from <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Prior, E., Santhakumaran, S., Gale, C., Philipps, L. H., Modi, N., & Hyde, M. J. (2012). Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *Am J Clin Nutr*, 95(5), 1113-1135. doi:10.3945/ajcn.111.030254
- Reiff, M. I., & Essock-Vitale, S. M. (1985). Hospital influences on early infant-feeding practices. *Pediatrics*, 76(6), 872-879.
- Renfrew, M. J., McCormick, F. M., Wade, A., Quinn, B., & Dowswell, T. (2012). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane database of systematic Reviews*(5). doi:10.1002/14651858.CD001141.pub4
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold : samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (3. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Robert, E., Coppieters, Y., Swennen, B., & Dramaix, M. (2014). The Reasons for Early Weaning, Perceived Insufficient Breast Milk, and Maternal Dissatisfaction: Comparative Studies in Two Belgian Regions. *International Scholarly Research Notices*, 2014, 678564. doi:10.1155/2014/678564
- Roland, & Skråstad. (2016). Foretrukne smertestillende legemidler til ammende 124, 7-8, 26-27.
- Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C. K., Martines, J. C., . . . Victora, C. G. (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet*, 387(10017), 491-504. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2)
- Salvesen, K. Å. (2017). Placenta, navlesnor og fostervann. In A. Brunstad & E. Tegnander (Eds.), *Jordmorboka : ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2 ed., pp. 247-256). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Scott, J. A., Binns, C. W., & Oddy, W. H. (2007). Predictors of delayed onset of lactation. *Maternal & Child Nutrition*, 3(3), 186-193. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2007.00096.x>
- Sherriff, N., & Hall, V. (2011). Engaging and supporting fathers to promote breastfeeding: a new role for Health Visitors? *Scand J Caring Sci*, 25(3), 467-475. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00850.x
- Svensson, E., Laake, P., & Hjartåker, A. (2007). Hva skal måles og hvordan? In P. Laake, A. Hjartåker, D. S. Telle, & M. B. Veierød (Eds.), *Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder* (1 ed., pp. 45-65). Oslo: Gyldendal akademisk.
- UNICEF. (1991). Innocenti declaration: On the protection, promotion and support of breastfeeding. *Ecology of Food and Nutrition*, 26(4), 271-273. doi:10.1080/03670244.1991.9991210
- UNICEF. (2005). Celebrating the Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding. (0), 0. doi:Enn_19
- United Nations Association of Norway. (2021, 21.10.21). FNs bærekraftsmål. Retrieved from <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal>
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J., França, G. V., Horton, S., Krusevec, J., . . . Rollins, N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387(10017), 475-490.
- Walsh, A. D., Pincombe, J., & Henderson, A. (2011). An examination of maternity staff attitudes towards implementing Baby Friendly Health Initiative (BFHI) accreditation in Australia. *Matern Child Health J*, 15(5), 597-609. doi:10.1007/s10995-010-0628-1
- WHO. (1977). WHO: recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 56(3), 247-253.
- WHO. (1981). *International code of marketing of breast-milk substitutes*: World Health Organization.
- WHO. (1998). *Evidence for the ten steps to successful breastfeeding*. Geneva: WHO Division of Child Health and Development.
- WHO. (2003). *Global strategy for infant and young child feeding*: World Health Organization.
- WHO. (2008). Indicators for assessing infant and young child feeding practices

Part I: definition. Retrieved from

- https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241596664/en/
- WHO. (2009). Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care.
- WHO. (2015). WHO statement on caesarean section rates. Retrieved from https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/#:~:text=Since%201985%2C%20the%20international%20healthcare,both%20developed%20and%20developing%20countries
- WHO. (2017). National implementation of the Baby-friendly Hospital Initiative.
- WHO. (2018). Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018. Retrieved from <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation/en/>
- WHO. (2021, 09.06.21). Infant and young child feeding. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- WHO, & UNICEF. (1989). Protecting, promoting and supporting breast-feeding : the special role of maternity services / a joint WHO/UNICEF statement. In. Geneva: World Health Organization.
- WHO, & UNICEF. (1999). The baby-friendly hospital initiative: monitoring and reassessment: tools to sustain progress/prepared by the World Health Organization and Wellstart International. In *The baby-friendly hospital initiative: monitoring and reassessment: tools to sustain progress/prepared by the World Health Organization and Wellstart International*.
- Widström, A.-M., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., & Nissen, E. (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*, 108(7), 1192-1204. doi:10.1111/apa.14754
- Zanardo, V., Svegliado, G., Cavallin, F., Giustardi, A., Cosmi, E., Litta, P., & Trevisanuto, D. (2010). Elective Cesarean Delivery: Does It Have a Negative Effect on Breastfeeding? *Birth*, 37(4), 275-279. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2010.00421.x>
- Åndsverkloven. (2018). Lov om opphavsrett til åndsverk (LOV-2018-06-15-40). Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-40>

Vedlegg 1

Informasjon til avdelingen



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.

Fødeenheter 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 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.

Folkehelsemeldingen (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. 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

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 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 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



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 [eget 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

Nasjonal 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 993 467 049 MVA

www.oslo-universitetssykehus.no

Vedlegg 2

Skjema til bruk av registrering amming og morsmelkerstatning

Registrering av bruk av tillegg / MME under barseloppholdet. Barn nr. ____ Født i uke: ____ Hvis barnet har fått tillegg flere ganger, settes det et x for hver gang i de ulike kategorier.

Føde måte? Sett et kryss	Fått tillegg / morsmelkerstatning? (MME) Årsak?	Mor ammer ikke	Mors ønske	Urolig barn	Personalet anbefalte det	<u>Barnelege ordinasjon</u> <u>Kryss av på alternativene under</u>	Stort vekttap Angi prosent (%) og dagen det ble gitt	Hypoglykemi Angi laveste blodsukker verdien	Mor er brystoperert	Svært syk mor (på intensiv avd.)
Planlagt sectio i epidural	Ja () Nei ()						% Dag:	BS verdi		
Planlagt sectio i narkose	Ja () Nei ()						% Dag:	BS verdi		
Akutt sectio i epidural	Ja () Nei ()						% Dag:	BS verdi		
Akutt sectio i narkose	Ja () Nei ()						% Dag:	BS verdi		

Annens årsak til bruk av tillegg enn de som er nevnt over? Beskriv:

Hvis barnelegeordinasjon, kryss av under aktuell problemstilling

<u>Gulsot</u> (Icterus)	Asfyksi (Åpgar ≤ 6 etter 5 min eller basert på PH verdi)	Dys-matur (Rom-Skinnet 2,6 kg til 2,8 kg)	SGA	Mor diabetes (insulinkrevende)	Mor syangerskapsdiabetes (kostholdsregulert)	Hypoglykemi (Verdien i feltet over)	<u>Prematur</u> (35+0 til 36+6)	Svært syk mor (på intensiv avd.)

Annens årsak under barnelegeordinasjon som ikke er nevnt? Beskriv:

Hvordan ble tillegget gitt? Sett et kryss ved det aktuelle. Kan være flere kryss hvis gitt på ulike måter.

Kopp	Skje	Flaske	Hjelpebryst	Sprøyte	Annet

Vedlegg 3

Medisinske kriterier for bruk av tillegg på barsel

MEDISINSKE KRITERIER FOR BRUK AV TILLEGG PÅ BARSEL

Normalt trenger friske, fullbårne, morsmelkernærte terminbarn ingen form for tillegg

Barn med økt risiko for hypoglykemi og/eller lav vektøkning som skal ha spesiell oppfølging:

- Premature under 37 ukers gestasjonsalder.
- Barn av mødre med alle typer diabetes, samt særlig store barn over 4500 gr.
- Vekstretarderte barn med vekt < 2.5 percentilen, vær særlig obs ved vekt under 2500 gr.
- Dysmature barn med lite subkutant fett, "romskinnede"
- Andre risikobarn, f.eks. etter lav Apgar skår, tilpasningsforstyrrelser, vekttap > 8-10% osv.

Overvåking av barn med økt risiko

- **Blodsuktermåling:** 2 timer etter fødselen (evt. før ved mistanke om hypoglykemi), deretter minst 3 ganger per døgn i 2 døgn (evt. hyppigere eller over flere dager etter beskjed fra barnelege). Når mor har fått melk og blodsukkeret ligger stabilt, kan målingene avsluttes tidligere.
- **Temperatur:** 1. døgn x 3. Ved temp. < 36°C tas blodsukker som ø. hjelp.
- **Tilsyn av barnelege** 1. døgn. Daglig nettoveiing av risikobarn vurderes.

Amming

Første amming vanligvis innen en time etter fødselen, med mest mulig uforstyrret hudkontakt og varme hos mor. Senere etter barnets signaler, men ikke færre enn 8-10 ganger per døgn, og ikke lenger intervall enn 3 timer. Heller ikke om natten mer enn 3 (4) timer mellom måltidene. Barnet kan varsomt vekkes og stimuleres, men bør ha mye ro og nærkontakt hos mor. Normalt ingen veiing før og etter amming. Daglig nettoveiing vurderes for risikobarn.

Tiltak ved unormale funn

• **Lavt blodsukker under 2,0 mmol/l** meldes umiddelbart til barnelege som avgjør videre opplegg. Friske barn som kan die legges straks til brystet. (Første døgn får de normalt min. 2-7 ml hver gang.) Ellers gis det straks 10-15 ml kaloritilskudd. Gjerne morsmelk fra bank, ellers hypo-osmolær karbohydratløsning som Resource Energy eller lignende, på sikt eventuelt morsmelkerstatning (formula).

Unngå flaske under etablering av ammingen. Bruk kopp / matesonde på brystet (hjelpebryst).

Lysbehandling er i seg selv ikke indikasjon for å gi tillegg dersom mor har melk og barnet kan suge.

• **Kontakt alltid barnelege** ved følgende symptomer:

- rask respirasjon (over 60 ganger i minuttet) og/eller blålig/blek hudfarge i ansiktet
- temperatur < 36 grader (etabler hud-mot-hudkontakt med mors brystkasse og armer, dekk godt)
- uvanlig mye sitring (små skjelvinger som går over ved trøst og varme er normalt)
- mye gulping, dårlig suging, slapp muskulatur

• **Ved vekttap ≥ 8% av fødselsvekten gjelder generelt for alle barn:**

(Observer om l.veiing ble gjort før mekoniumavgang. Vurder igjen om barnet virker friskt.)

Ved lite melk iverksettes økedager: Barnet legges til brystet med maksimalt 2 timers intervall (3 timer om natten), for å stimulere til økt melkeproduksjon. Daglig nettoveiing. Ammestilling, sugetak og -effektivitet vurderes nøye. Sammen med mor legges det en konkret, journalført plan. Hvis barnet fortsetter å gå ned i vekt til tross for disse tiltakene, vurderes bruk av bankmelk/ eventuelt morsmelkerstatning. Små, tynne, slappe barn tåler lite vekttap og tillegg gis liberalt.

Mor-barn-vennlig initiativ / Retningslinjer for barselomsorgen

Oppdatert i 2012 ved neonatologene Jens Grøgaard, Jan Holt, Elisabeth Silberg, Rolf Lindemann, Morten Grønn, Alf Meberg, samt overlege Gro Nylander ved Nasjonal kompetansetjeneste for amming, under utarbeidingen av Helsedirektoratets *Retningslinjer for barselomsorgen i Norge*.

(Denne tilrådingen til landets barselavdelinger ble, i samarbeid med barneavdelingene ved bl.a. alle regionsykehus, første gang tatt i bruk ved helsemyndighetenes oppstart av WHO/ UNICEFs prosjektet *Mor-barn-vennlig initiativ*.)

Vedlegg 4

Ti trinn for vellykket amming – full versjon



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 reklamering, 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 gravidens 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 amkestilling. 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/amming 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 ammestilling 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 mødrene 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 føde- barselavdelingen skal gi mødrene 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 mødrene blir informert om Ammehjelpen.

Kriterier:

- Minst 80 % av mødrene 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

Nasjonal kompetansetjeneste for amming (NKA) 02.10.2019 <https://www.who.int/nutrition/bfhi/en/>

Vedlegg 5

Ammesjekkliste



Vedlegg til:
amming friske nyfødte

Ammesjekkliste

Oversikt over noen sentrale områder som alle barselkvinner ved Fødeavdelingen OUS skal ha fått veiledning om og undervisning i før de drar hjem.

Liggende ammestilling	
Sittende ammestillinger <ul style="list-style-type: none">• Bysse/madonna- stilling (barnets hode i mors armkrok)• Hodet-i-hånden-stilling (barnets hode hviler i mors hånd)• Underarmsstilling (tvillingstilling)	
Ammestillinger etter keisersnitt	
Stimulering av utdrivningsrefleks	
Stimulering av gaperefleks	
Hvordan vite om barnet suger effektivt?	
Hvordan vekke et søvnig/sugesvakt barn?	
Nyfødtes <u>diemønster</u>	
Hvordan unngå melkespreng?	
Hvordan forebygge såre brystknopper?	
Håndmelking	
Bruk av brystpumpe	
Bruk av smokk, skjold og flaske	
Koppmating	

Vedlegg 6

Søknad til personvernombudet OUS

Fra: OUSHF PB Personvern

Sendt: 16. februar 2021 13:41

Til:

Emne: SV: Svar til «Melding til Personvernombudet» (Ref. 11972034) er levert

Hei

Så vidt jeg kan se fra saken i 2010, er dette helt anonyme data. Dette krever ingen formalisering. Forøvrig er lagringstid angitt til 2025.

Med hilsen

Tor Åsmund Martinsen

Personvernombud

Avdelingsleder

Direktørens stab | Personvern

Oslo universitetssykehus HF

Mobil 99 53 63 09



Vedlegg 7

Tabell 6. Oversikt over svar til variabelen «annen indikasjon, flere mulige svaralternativer

	Antall svar
Mors helsetilstand *	10
Ønsker å delamme	7
Lite melk **	9
Diverse ammeproblematikk ***	8
Barnets helsetilstand ****	10
Stort barn	4
Ikke sugevillig	7
Tvillinger	5
Ganespalte	1
Lang oppvåkning	1
Vet ikke	1
<hr/> <hr/> Total	63

*lav Hb, psykiske lidelser, utmattelse evt ikke spesifisert nærmere

**manglende råmelk, lite melk ved håndmelking, forsinket melkeproduksjon, lav melkeproduksjon

***dårlig ammeerfaring, uklarhet rundt ammeønske, flate brystknopper, såre brystknopper

****forhøyet bilirubinkonsentrasjon i blodet (ikke beh.krevende), feber, chorionamnionitt under forløsning, trisomi evt ikke spesifisert nærmere

Vedlegg 8

Tabell 9. Svar til hvorfor MME ble gitt fordelt på indikasjon og barnelegeordinasjon for alle barna som fikk MME (n=333), som ble ekskludert basert på tidspunkt skjema ble levert, flere mulige svaralternativ

	Alle barna som har fått MME (n=333)
Mors ønske	124 (38,5)
Urolig barn	78 (24,2)
Personalets anbefaling	31 (9,6)
Stort vekttap	83 (25,8)
Hypoglykemi	20 (6,2)
Annen barnelegeordinasjon	102 (30,6)
Mor er brystoperert	7 (2,2)
Mor innlagt intensiv	10 (3,1)
Annen indikasjon	76 (23,6)
	Fått på bakgrunn av barnelegeord.=102(%)
Icterus (lagt i lys)	10 (9,8)
Asfyksi eller APGAR \leq 6 etter 5 min	5 (4,9)
Dysmatur	5 (4,9)
SGA	11 (10,8)
Mor DM – insulinkrevende	17 (16,7)
Mor GDM – kostholdsreg.	17 (16,7)
Annet	44 (43,1)

