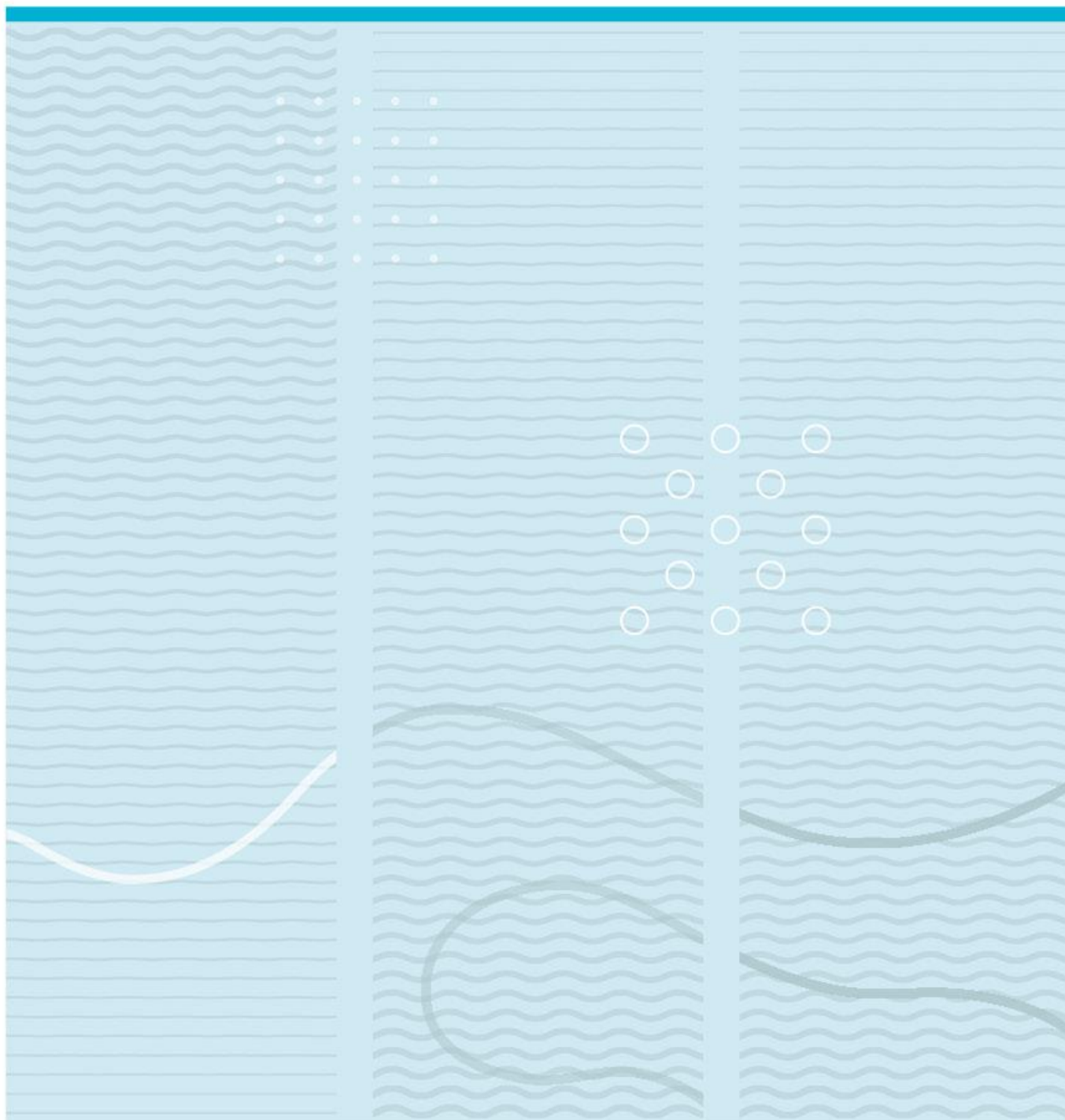


Kandidatnummer: 6511 & 6514

Ammeerfaringer hos førstegangsfødende

En kvalitativ studie



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for helse og sosialfag
Institutt for sykepleie – og helsevitenskap
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2022

Denne avhandlingen representerer xx studiepoeng

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	3
Tittel: Ammeerfaringer hos førstegangsfødende	5
Sammendrag	5
Title: Breastfeeding experiences in first – time mothers	7
Abstract	7
1 Innledning	9
1.1 Bakgrunn for valg av tema	9
1.2 Presentasjon av problemstilling	9
1.3 Hensikten med forskningen.....	9
1.4 Oppgavens relevans for jordmorfaget.....	10
1.5 Forskningsetiske vurderinger	10
2 Metode	12
2.1 Diskusjon av metode	12
2.2 Metodekritikk	13
2.2.1 Intern og ekstern validitet	13
2.3 Datainnsamling.....	14
2.4 Rekruttering, utvalg og samtykke	14
2.4.1 Inklusjons – og eksklusjonskriterier	15
2.5 Analysemetode.....	16
3 Teori	18
3.1 Teoretisk rammeverk	18
3.2 Fordeler med morsmelk og fullamming	19
3.2.1 Helsefordeler hos morsmelkernærte barn.....	19
3.2.2 Helsegevinster for mor	20
3.3 Oksytocinutskillelse og melkeproduksjon.....	20
3.4 Ammeveiledning.....	22
3.5 Lowverk	23
3.6 Relevant forskning.....	24
4 Resultater	27

4.1	Helsepersonell videreformidler for lite og for dårlig kunnskap om amming	27
4.2	Psykisk påkjenning hos kvinnen.....	28
4.3	Faktorer som påvirker fullamming	30
5	Diskusjon.....	35
5.1	For lite og for dårlig kunnskap om amming.....	35
5.2	Psykisk påkjenning hos kvinnene.....	40
5.3	Faktorer som påvirker fullamming	41
6	Konklusjon	51
	Litteraturliste	52
	Vedlegg.....	59

Tittel: Ammeerfaringer hos førstegangsfødende

En kvalitativ studie som undersøker førstegangsfødende kvinner sine erfaringer med fullamning i 6 måneder.

Sammendrag

Bakgrunn: Morsmelk har mange gode helsegevinster for både mor og barn, derfor anbefaler Verdens helseorganisasjon (WHO) fullamning til alle spedbarn frem til fylte 6 måneder. Globalt sett fullammes kun 41% av alle barn. Tall fra Norge viser at 44% fullammer barna sine etter 4 måneders alder, og kun 17% fullammer ved 5,5 måneds alder. Vi ønsket å se nærmere på hvorfor antall fullammede barn reduseres over tid det første halve leveåret, til tross WHO sin anbefaling, og de gode helsegevinstene ved å gi barnet morsmelk.

Mål: Identifisere ammeutfordringer hos kvinner som har ønsket å fullamme, men som ikke har fått det til. Videre er det ønskelig å se på om det finnes tiltak for å forebygge disse utfordringene som fører til tidlig ammeslutt, slik at flere kvinner på sikt kan få til fullamning i 6 måneder.

Metode: En kvalitativ studie med semistrukturerte individualintervjuer fra 10 førstegangsfødende kvinner, fra alle landsdeler i Norge.

Resultater: Deltakerne i studien opplever avvik i forbindelse med ammeinformasjon – og veiledning både i svangerskapsomsorgen, under sykehusoppholdet etter fødsel og helsestasjonen i barseltiden. For lite og for dårlig informasjon og veiledning er to faktorer som skiller seg ut, og baserer seg på helsepersonellens tidspress på jobb og mangel på kunnskap for å klare å veilede kvinner med ammeutfordringer. Dette medfører ufrivillig tidlig ammeslutt hos førstegangsfødende kvinner. Den vanligste utfordringen som oppstår i forbindelse med tidlig ammeslutt er utilstrekkelig melkeproduksjon. Kvinnene forteller også om et ammepress i samfunnet som medfører stigmatisering og en følelse av skam.

Konklusjon: Det bør rettes mer fokus på å øke kunnskapen om amming til helsepersonell som arbeider med gravide og barselkvinner, og det bør prioriteres mer tid til individualisert ammeveiledning både i svangerskapsomsorgen og i barselomsorgen for å fremme ammevarigheten for førstegangsfødende kvinner i Norge. Det finnes en rekke tiltak man kan forsøke ved lav melkeproduksjon. Tiltakene må dog individualiseres den enkelte kvinne. Tiltak for å øke melkeproduksjonen og på sikt øke ammevarigheten er: god informasjon – og veiledning til kvinnene, tidlig ammestart, pumpe etter amming, legge barnet til brystet oftere, hud – til – hud kontakt, fremme ro og velvære, forhindre stress, god ammestilling, godt sugetak, hjelpemidler som hjelpebryst, brystskjold og oksytocinspray. Helsepersonell bør bli mer kritiske i bruken av morsmelkerstatning, og kun gi dette på medisinsk grunnlag, da dette er en ødeleggende faktor for amming. Kvinner som ufrivillig må gi opp ammingen bør følges tettere av helsepersonell av hensyn til deres psykiske helse.

Title: Breastfeeding experiences in first – time mothers

A qualitative study that examines first – time women`s experiences with exclusive breastfeeding for 6 months.

Abstract

Background: Breast milk has many good health benefits for both mother and child, therefore the World Health Organization (WHO) recommends exclusive breastfeeding for all infants up to 6 months of age. Globally, only 41% of all infants are exclusively breastfed. Numbers from Norway shows that 44% are exclusively breastfeeding their infants after 4 months of age, and only 17% exclusively breastfeed their infants at 5,5 months of age. We wanted to find out why the number of exclusively breastfed infants is reduced over time in the first 6 months, despite the WHO`s recommendation, and the good health benefits of giving the infant breast milk.

Aim: Identify breastfeeding challenges in women who have wanted to breastfeed, but who have not succeeded. Furthermore, it is desirable to look at whether there are measures to prevent these challenges that lead to early breastfeeding, so that more women can eventually succeed exclusive breastfeeding for 6 months.

Method: A qualitative study with semi – structured individual interviews from 10 first – time mothers, from all parts of Norway.

Findings: The participants in the study experienced deviations with breastfeeding information – and guidance in the maternity care, in the hospital stay after giving birth and the health station during maternity leave. They experienced that the information and guidance that was given, was not sufficient, and they believed that the reason behind this was because of the lack of knowledge of breastfeeding challenges in healthcare workers, and theirs time pressure at work. This causes early cessation of breastfeeding in first – time mothers. The most common challenge that arises in connection with early cessation of breastfeeding is insufficient milk production. The

women also talk about stigma in the society in conjunction with not breastfeeding their infant.

Conclusion: More focus should be placed on increasing knowledge about breastfeeding for health professionals working with pregnant women and women in maternity leave. Individualized breastfeeding guidance should be given priority in both maternity care and maternity leave to promote the duration of breastfeeding for first – time mothers in Norway. There are different measures to try against low milk production. The measures to increase milk production and eventually, increase the duration of breastfeeding are: good information – and guidance for women, early breastfeeding, pumping after breastfeeding, adding the baby to the breast more often, skin – to – skin contact, promoting calm and well – being, preventing stress, good breastfeeding position, good suction, aids such as supplemental nursing system (SNS), breast shield and oxytocin spray. Health care professionals should be more critical in the use of infant formula, and only give this on a medical basis, as this is a destructive factor for breastfeeding. Women who have to involuntarily give up breastfeeding should be followed more closely by healthcare professionals for the sake of their mental health.

1 Innledning

WHO (Verdens helseorganisasjon) anbefaler at alle barn fullammes frem til fylte 6 måneder. Med fullamming menes ingen annen mat eller væsker ved siden av morsmelk, det inkluderer også vann (Eget arbeid, 2021; World Health Organization, 2021).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Globalt sett fullammes kun 41% av alle barn, ifølge WHO (World Health Organization, 2021). Ser vi på tall over Norge finner vi kun tall fra en undersøkelse gjort i 2013 hvor vi ser at fullammingsperioden varte kortere enn anbefalt. Ved 2 ukers alder fullammet 84%, ved 3 måneders alder fullammet 65%, ved 4 måneders alder fullammet 44%, og ved 5,5 måneders alder fullammet kun 17% av kvinnene (Eget arbeid, 2021; Helsedirektoratet, 2013, s.7).

Gjennom praksis, både på barselavdelinger og i kommune, har vi erfart at det disponeres lite tid til å gi kvinner informasjon og veiledning om amming. Vi har derfor ønsket å se nærmere på hvorfor antall fullammede barn reduseres over tid det første halve leveåret, til tross WHO sin anbefaling og de gode helsegevinstene ved å gi barnet morsmelk. Ved å identifisere utfordringer som oppstår i ammeperioden, kan vi også finne ut om det er mulig å sette inn forebyggende tiltak for disse utfordringene (Eget arbeid, 2021).

1.2 Presentasjon av problemstilling

«Hvilke erfaringer har førstegangsfødende kvinner med fullamming?».

1.3 Hensikten med forskningen

Hensikten med forskningen er å identifisere utfordringer hos førstegangsfødende kvinner som gjør at dem ikke klarer å gjennomføre fullamming i 6 måneder. Det er hensiktsmessig å fremskaffe denne informasjonen slik at vi som jordmødre skal kunne jobbe med å fremme fullamming frem til 6 måneders alder slik som WHO anbefaler. Jordmødre må vite hva som ofte er årsak til at fullammingen tar slutt, og om det finnes

forebyggende tiltak å iverksette, slik at kvinnene kan fortsette fullammingen på tross av utfordringene dem støter på (Eget arbeid, 2021).

1.4 Oppgavens relevans for jordmorfaget

Som jordmødre møter vi både den gravide kvinnen i svangerskapsomsorgen, og den nybakte moren i barselperioden. Med andre ord, det er jordmor som møter kvinnene i den perioden som ammeutfordringer oppstår (Eget arbeid, 2021). Jordmor vil møte kvinnen i etterkant av fødsel på hjemmebesøk, på en eventuell 6 – ukers kontroll, og eventuelt på barselpoliklinikk dersom kvinnene oppsøker dette. Det er verdt å nevne at helsesykepleier også er en viktig ressurs for kvinnene i barseltiden og har en stor betydning for kvinnenes oppfølging av amming, men da det er jordmødre vi som forskere utdanner oss til, er det relevansen for jordmorfaget som legges vekt på i denne sammenheng.

Ansvarsområdene til jordmor er beskrevet av både Verdens helseorganisasjon (WHO), Den internasjonale gynekolog – og obstetrikersammenslutning (FIGO) og Det internasjonale jordmorforbund (ICM) og består blant annet av rådgivning til kvinnen i svangerskap, fødsel og barseltid, og ha omsorg for både kvinnen, det nyfødte barnet og spedbarnet. I denne omsorgen inngår blant annet igangsettelse av forebyggende tiltak. Helserådgivning og undervisning for kvinnen, familien og samfunnet er viktige oppgaver for jordmor (Eget arbeid, 2021; Utdannings – og forskningsdepartementet, 2005, s. 3).

1.5 Forskningsetiske vurderinger

Det er søkt og innvilget godkjenning fra NSD (Norsk senter for forskningsdata), slik at data som er samlet inn er lagret på en trygg og lovlig måte (Norsk senter for forskningsdata, 2021). Alle opplysninger som har kommet frem i intervjuene ble sikkert lagret via USN – safe som er en sikker tjeneste for datalagring ved universitetet i Sør – Øst Norge. Se vedlegg 1 for fullstendig godkjenning fra NSD.

Vår forforståelse som forfattere av oppgaven er at vi nylig begge har fått barn og har ulik ammeerfaring. Vi hadde to ulike innfallsvinkler/syn på hva som påvirket

ammelengden hos barselkvinnen. Den ene var alle utfordringene som kvinner møter på i form av sårhet, smerter, melkeproduksjon og andre utfordringer som kvinnen kan møte på ved ammestart. Vi tenkte at kvinnene ikke var godt nok forberedt på hvor stor jobb det er å etablere en fullverdig amming og at de ofte gir opp underveis. Den andre innfallsvinkelen var at vi mistenkte at helsesykepleiere som overtar oppfølgingen for mor og barn, ikke innehar tilstrekkelig kompetanse på området, og ikke gir kvinnene god nok informasjon og veiledning i forbindelse med amming og ammeutfordringer, noe som medfører ufrivillig tidlig ammeslutt. Vi har forsøkt å holde oss mest mulig nøytrale i denne sammenheng for å ikke påvirke resultatene.

2 Metode

2.1 Diskusjon av metode

Vi har valgt å benytte et kvalitativt design for studien fordi subjektivitet og samhandling er i fokus og inneholder elementer av teksttolkning, bevegelse mellom del og helhet og en forståelse av menneskelige erfaringer. Samtale mellom mennesker innebærer både informasjonsutveksling og sosial samhandling. Når forskerne samler kvalitative data gjennom samtaler, vil konteksten omkring samtalen være en viktig ramme for kunnskapsutvikling. Ved å bruke kvalitativt design vil vi kunne belyse kvinnenes subjektive opplevelse av amming og ammeutfordringer (Eget arbeid, 2021). Ved å stille få, åpne spørsmål vil kvinnene som intervjues ha muligheten til å legge frem sin opplevelse ved å bruke sine egne ord fra den gitte situasjonen. For å lettere gjennomføre slike intervjuer har vi benyttet oss av metoden semistrukturert individualintervju. Malterud beskriver semistrukturerte individualintervju som en god metode når man ønsker å få frem informantenes egne erfaringer (Malterud, 2018 s. 29 & 133).

Det er viktig at vår forforståelse som forskere legges bort, da det kan være med å påvirke resultatene. Forforståelse er forutsetninger og erfaringer som mennesket har med seg bevisst og ubevisst som legger grunnlag for tolkning. En annen måte å forklare forforståelse på er at det er en ryggsekk vi bærer med oss inn i forskningen, som inneholder faktorer som påvirker hvordan vi samler, leser og tolker data på (Malterud, 2018 s. 44). Vi har gjennom hele forskningsprosessen forsøkt å legge vår personlige forforståelse til side, men ut ifra opplysningene om forforståelse fra Malterud, ser vi at vi kanskje ubevisst kan ha påvirket resultatene, ved at vi kan ha påvirket kvinnene ved å stille oppfølgingsspørsmål under intervjuene, og ved å velge ut de meningsbærende enhetene som vi selv tenker besvarer vår problemstilling. Vår forforståelse i denne studien baserer seg på at vi har en oppfatning om at mange kvinner avslutter å fullamme barna sine på grunn av utfordringer som kunne vært løst med hjelp av riktige tiltak. Vi tenker også at kvinnene ikke har vært nok forberedt på hvor mye arbeid det kan ligge i å fullamme, slik at det føles overveldende for dem når dem skal starte opp med amming etter fødsel. Vi har også en hypotese om at ammeoppfølgingen fra

helsesykepleiere på helsestasjonen er for dårlig og bidrar til at mange kvinner slutter å fullamme.

2.2 Metodekritikk

Validitet gir oss en formening om resultatene er gyldige for det utvalget og konteksten som er representert i studien (Malterud, 2018 s. 23).

2.2.1 Intern og ekstern validitet

Intern validitet handler om hva funnene kan gi oss av sannhet. Dette er forutsatt at informantene snakker sant og er ærlig i sin beskrivelse av situasjonen (Malterud, 2018 s. 23). Når man benytter semistrukturerte individualintervjuer gir vi informantene tid og rom for å skape en kontekst med trygghet for informantene, slik at de vil tørre å åpne seg og svare så ærlig som mulig på det vi ønsker svar på. I vår studie som omhandler ammeerfaringer kan det fort hende at kvinnene føler de må oppgi personlig informasjon og kan føle seg blottlagt på grunn av dette. Derfor er det viktig for oss som intervjuer / forskere å skape denne trygge konteksten og gi informantene tiden de trenger til disposisjon.

Ekstern validitet sier noe om gyldigheten av funnene etter gjennomgåtte overføringstrinn i en analyseprosess (Malterud, 2018 s. 23). Alle trinn i analyseprosessen er med på å påvirke validiteten i resultatene, og slike oversettelsesledd vil alltid innebære en filtrering, slik at meningsinnhold vil gå tapt eller forvrenges. Det starter allerede under transkriberingen av intervjuene, hvor informasjon kan gå tapt dersom noen andre enn forskeren selv transkriberer fordi man da øker risikoen for misforstått betydning av det som blir sagt (Malterud, 2018 s. 77). I forhold til vår studie er en av styrkene at forskerne selv har intervjuet og transkribert alle intervjuene, slik at risikoen for misforståelse av det som har blitt sagt er lavere. Vi tenker at en svakhet i studien kan være at vi i noen tilfeller hadde flere intervjuer på en og samme dag, og med dette ikke transkriberte etter hvert enkelt intervju. Informasjonen er da ikke like fersk i minnet, slik den ville vært dersom vi hadde transkribert fortløpende. Videre i analyseprosessen er en styrke at forskerne har gjort

alt arbeidet selv. I følge Malterud påvirker det validiteten negativt dersom det er andre enn forskerne selv som utfører analysearbeidet (Malterud, 2018 s. 77).

2.3 Datainnsamling

Vi utarbeidet på forhånd en intervjuguide med få spørsmål for å holde en rød tråd under hele intervjuet, og for at informanten ikke snakker seg ut av tema, dette kalles semistrukturert intervju (Malterud, 2018 s. 133). Intervjuguiden vi benyttet er presentert punktvis nedenfor:

1. Når startet du å amme?
2. Kan du fortelle hvordan du opplevde amming etter fødsel på føde – og barselavdelingen?
3. Hvordan opplevde du amming når du kom hjem fra sykehuset?
4. Når sluttet du å fullamme, og hva var grunnen til det?

I tillegg til å følge spørsmålene i intervjuguiden, stilte vi oppfølgingsspørsmål underveis i intervjuene der vi ønsket å få mer utdypende svar.

2.4 Rekruttering, utvalg og samtykke

I denne studien er informantene rekruttert via sosiale medier, nærmere bestemt Facebook. Det ble postet en rekrutteringstekst i facebookgruppene «Ammehjelpsgruppen», «Flaskebarna» og på vår egen private facebookside. Rekrutteringsteksten inneholdt våre inklusjons – og eksklusjonskriterier, samt informasjon om at studien er basert på frivillig deltakelse.

Vi fikk god respons på rekrutteringen, mange ønsket å delta. Det ble til slutt rekruttert 11 informanter, hvorav 1 ble ekskludert rett i forkant av intervjuet grunnet inklusjonskriterier ikke var oppfylt. De 10 gjenværende informantene fikk tilsendt et informasjonsskriv på mail, hvor det opplyses om formål, metode for innhenting av opplysninger, hvilke opplysninger som skal innhentes, forespørsel om deltakelsen, varighet på studien, og at all data slettes ved studiens slutt. Skrivet inneholdt også

informasjon om alle rettigheter til informantene. Malen til NSD ble brukt som utgangspunkt. Se vedlegg 2 for fullstendig informasjonsskriv.

Intervjuene foregikk på zoom og hadde ett tidsspenn på mellom 18 – 44 minutter. Grunnet den gode responsen av folk som ønsket å delta har vi klart å representere en informant fra alle landsdelene i Norge, mest representert er Østlandet.

2.4.1 Inklusjons – og eksklusjonskriterier

Da vi skulle rekruttere informantene hadde vi flere inklusjons – og eksklusjonskriterier vi tenkte å gå ut ifra. Det første inklusjonskriteriet var førstegangsfødende kvinner uten tidligere ammeerfaring. Dette inklusjonskriteriet valgte vi fordi vi ønsket at kvinnene stilte likt ved å aldri å ha ammet før, og ikke ha vært gjennom tidligere ammeveiledning. Det andre inklusjonskriteriet vi satt oss var at kvinnene måtte være i alderen 18 – 45 år. Dette fordi vi ønsket kvinner som var myndig til å stille opp for intervju basert på eget samtykke, samtidig som at kvinnene var i fertil alder, slik at amming gjør seg gjeldende. Det tredje inklusjonskriteriet var at alle kvinnene måtte selv ha hatt et ønske om å fullamme i 6 måneder, men som av ulike grunner ikke fikk det til. Dette ønsket vi for at alle kvinnene skulle ha et likt utgangspunkt for en god ammestart. Ved å ekskludere kvinner som ikke ønsker å fullamme unngår vi påvirkning av resultatene i form av uvilje fra kvinnene. Et annet eksklusjonskriterie var at alle kvinnene måtte ha gjennomgått uproblematisk svangerskap – og fødsel. Dette fordi vi vet at ulike sykdommer og tilstander hos mor kan påvirke en god ammestart (Forster & McLachlan, 2010, s. 273 – 278). Nedenfor er alle kriteriene for studien listet opp:

- Førstegangsfødende kvinner uten tidligere ammeerfaring
- Mellom 18 – 45 år
- Hatt et ønske om å fullamme i 6 måneder, men som av ulike grunner ikke har fått dette til
- Kvinnene må ha gjennomgått et uproblematisk svangerskap – og fødsel

I rekrutteringsprosessen oppdaget vi flere svakheter ved disse inklusjons – og eksklusjonskriteriene. Vi oppdaget blant annet at vi som jordmorstudenter hadde ulikt

syn på hva uproblematisk svangerskap – og fødsel betyr kontra kvinnene. For eksempel: en kvinne med planlagt keisersnitt uten komplikasjoner, anså sin fødsel som normal og uproblematisk, mens vi som jordmorstudenter ser på keisersnitt som mer problematisk, da vi vet at dette kan forsinke prosessen for en god ammestart (Forster & McLachlan, 2010, s. 273 – 278). Dette medførte at vi i studien har med en kvinne som i etterkant av fødsel var til revisio grunnet placentarester. Vi oppdaget også underveis i rekrutteringsprosessen at vi hadde glemt å ta med barnet i betraktning, og at vi burde hatt inklusjons – og eksklusjonskriterier også for det nyfødte barnet. Flere som tok kontakt hadde barn med utfordringer som var av betydning for en god ammestart, slik at disse kvinnene ikke da ville hatt det samme utgangspunktet for å få til en vellykket amming. For eksempel var det flere kvinner som tok kontakt hvor barnet var født prematurt. Underveis i rekrutteringsprosessen ble det dermed til at vi ekskluderte disse barna.

2.5 Analysemetode

Vi har benyttet oss av Malterud sin analysemetode som består av 4 trinn for systematisk tekstkondensering (Malterud, 2018 s. 97-110). Før vi startet med analysedelen hadde vi skrevet ned alt ordrett (transkribert) alle intervjuene. Under transkriberingen var vi påpasselige med å anonymisere alle personopplysninger slik at ikke informantene under noen omstendigheter kunne gjenkjennes i vår studie. Etter transkriberingen satt vi igjen med stort datamaterialet og da startet vi analyseprosessen. Vi forsøkte å legge til side vår egen forforståelse og gikk inn i analyseprosessen med et åpent sinn. I det første trinnet i Malterud sin analysemetode, dannet vi oss et helhetsinntrykk ved å lese gjennom det transkriberte materialet flere ganger for å få en oversikt over alle data som var samlet inn og danne oss foreløpige temaer (Malterud, 2018 s. 97-110). Etter gjennomgangen av alle intervjuene satt vi igjen med foreløpige temaer som dannet grunnlaget for kodegrupper til det neste trinnet i analyseprosessen. I det andre trinnet fant vi meningsbærende enheter som vil si at vi skilte ut relevant tekst fra irrelevant tekst, deretter organiserte vi temaene vi ønsket å se nærmere på om til kodegrupper (Malterud, 2018 s. 97-110). I det tredje trinnet summerte vi opp innholdet i kodegruppene og dannet 2 – 3 undergrupper (subgrupper) som inneholdt hovedaspektene fra kodegruppene. Videre utarbeidet vi kondensater for hver

kodegruppe. Kondensat er et arbeidsnotat som brukes som et hjelpemiddel i det siste trinnet i analyseprosessen. I det fjerde og siste trinnet (syntesen) skrives teksten i resultatkapittelet på bakgrunn av tekstkondensatene (Malterud, 2018 s. 97-110). I tabellen nedenfor er det vist to eksempler på utarbeidelsen av kodegrupper, subgrupper og kondensater.

Foreløpig temaer	Meningsbærende enheter	Kodegrupper	Subgrupper
Dårlig informasjon og veiledning Kunnskap – og kompetansemangel	“Det er visst veldig tilfeldig hvem man møter på.. og litt sånn, ja litt skremmende dårlig kompetanse hos en del helsesykepleiere”	Helsepersonell innehar for lite og for dårlig kunnskap om amming	Tidspress – og kapasitetsmangel Kunnskap – og kompetansemangel hos helsepersonell

Se vedlegg 3 for fullstendig tabell over temaer, kodegrupper og subgrupper.

3 Teori

I dette kapittelet blir det presentert relevant litteratur i form av artikler, oppslagsverk, bøker, lovverk og andre relevante kilder som er av betydning for oppgavens tematikk.

3.1 Teoretisk rammeverk

Som et rammeverk for denne studien har vi benyttet oss av WHO sine retningslinjer for mors – barn vennlig sykehus som omhandler 10 trinn for vellykket fullamming, og anbefales å tas i bruk av alle fasiliteter som tilbyr barsel – og nyfødttjenester (World Health Organization, 2022). Disse trinnene består blant annet av:

1. **Ammeprosedyre**

- Det skal ikke reklameres for morsmelkerstatning, flasker eller smokker
- Det skal gis kunnskapsbasert ammeveiledning

2. **Personalets kunnskap**

- Personalet skal læres opp og inneha god kunnskap om amming

3. **Svangerskapsomsorg**

- Gravide skal få tilbud om informasjon og forberedelse til amming

4. **Omsorg rett etter fødsel**

- Helsepersonell skal sørge for uforstyrret hud – mot – hud kontakt raskt etter fødsel
- Mødrene skal få barnet til brystet så raskt som mulig etter fødsel

5. **Veilede mødre i å amme**

- Helsepersonell skal observere og vurdere ammestilling og sugetak
- Det skal gis praktisk ammehjelp
- Hjelpe mødre med vanlige ammeutfordringer

6. **Tillegg**

- Kun gi morsmelkerstatning når det foreligger en medisinsk grunn, morsmelk fra melkebank er foretrukket

7. **Sammen 24 timer i døgnet**

- Mor og barn skal få god tid til å være sammen hele døgnet

8. Selvregulering

- Mødrene skal få informasjon om tidlige tegn på sult
- Ammingen skal ikke begrenses av antall eller varighet

9. Tåteflasker og smokker

- Informere om mulige ulemper og risiko ved bruk av flasker og smokk

10. Utreise

- Etablere kontakt med kommunehelsetjenesten for god oppfølging av amming
- Det skal etableres et samarbeid mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste om amming (World Health Organization, 2022).

3.2 Fordeler med morsmelk og fullamming

Nyfødte barn som får morsmelk, vil ha en ekstra beskyttelse mot infeksjoner fordi barnet får tilført antimikrobielle faktorer gjennom morsmelken. Morsmelk inneholder antistoffer (IgA og IgG) som overføres fra mor til barn via morsmelk og er viktig for beskyttelse mot infeksjoner, særlig hos barn som er født prematurt, men også hos barn født til termin da nyfødte uansett er mer utsatt for infeksjoner grunnet svakere immunforsvar. Barnet har som regel oppnådd et lavmål av egne antistoffer ved 3-6mnd alder før barnets egenproduksjon tar seg tilstrekkelig opp. Kolostrum (råmelk) gir god beskyttelse de første 5-6 dagene med sin unike sammensetning av næringsstoffer, mens morsmelken senere oppnår en mer konstant konsentrasjon og gir beskyttelse gjennom de første 6 månedene. Morsmelk inneholder også immunkompetente celler som hjelper å beskytte barnet mot infeksjoner så lenge det ammes (Danielsen, 2017, s. 643-644).

3.2.1 Helsefordeler hos morsmelkernærte barn

Råmelken viser og ha gunstig effekt på modningen av barnets tarmsystem og eget immunforsvar. Barn som ernæres via morsmelk har lavere forekomst av infeksjoner i mage/tarm og luftveier, ses også en redusert hyppighet av ørebetennelse. Morsmelk ernærte barn har en lavere forekomst av uventet spedbarns død sammenlignet med barn som får annen ernæring. Hos premature barn er sepsis og nekrotiserende enterokolitt mer sjelden. Studier som er utført viser at morsmelk kan gi bedre respons på enkelte vaksiner. Det ses at amming beskytter barnet mot astma og redusert

forekomst av allergisk rhinitt og eksem hos barnet (Hansen, 2017, s. 712-713).

Morsmelk beskytter også mot Crohns, Ulcerøs kolitt og gir lavere risiko for utvikling av cøliaki. Barn som får morsmelk som hovednæring ses å ha mindre risiko for å utvikle overvekt og fedme i barne – og ungdomsårene, mulig også i voksen alder. Morsmelk beskytter mot diabetes type 1 og utvikling av diabetes type 2. Barn som ernæres med morsmelk ser ut til å ha bedre kognitiv utvikling og økt IQ. Morsmelk kan ha en beskyttende effekt mot leukemi og andre kreftformer som ofte rammer barn. Studier har også vist at morsmelk har god smertelindring hos barn som ammes og har samme effekt som sukkervann i smertelindring (Hansen, 2017, s. 712-713).

3.2.2 Helsegevinster for mor

Umiddelbar amming etter fødsel bidrar til å øke oksytocinutskillelsen som igjen stimulerer livmoren til å trekke seg sammen og forebygge postpartumblødning. Den økte oksytocinutskillelsen bidrar også til forløsning av placenta (Hansen, 2017, s. 713). Fullamming er kjent for å ha en slankende effekt hos barselkvinnen, selv om de ikke aktivt slanker seg vil de kvinner som fullammer gjenvinne sin pregravid vekt raskere enn ikke ammende. Amming reduserer risikoen for utvikling av brystkreft og noen former for kreft i livmor og eggstokker, samt reduserer utvikling av diabetes type 2 og leddsykdommer. Ammelengden hos kvinnen er avgjørende for reduksjonen av utviklingen på sykdommene. Fullamming kan ha god prevensjonseffekt den første tiden etter fødsel. Fullamming har også vist å ha effekt på mors mentale helse da velfungerende fullamming har faktorer som kan heve stemningsleiet hos deprimerte barselkvinner (Hansen, 2017, s. 712 – 713).

3.3 Oksytocinutskillelse og melkeproduksjon

Oksytocin produseres i hypotalamus og skilles ut fra hypofysens baklapp. Oksytocinets oppgave er å stimulere til muskelsammentrekninger ved fødsel og fremme utskillelse av brystmelk ved at glatt muskulatur rundt melkekjertler trekker seg sammen (Berg, 2021). Når barnet suger fra mors bryst sendes det nervesignaler fra brystet til hypofysens baklapp for å frigjøre oksytocin i blodbanen, og det fraktes tilbake til brystet slik at oppstår sammentrekninger i det glatte muskelvevet rundt areolaen og melk frigjøres, denne prosessen kalles utdrivningsrefleksjonen (Hansen, 2017, s. 707).

Oksytocin kalles også for kjærlighetshormonet og påvirkes av adrenalin, stress og ytre faktorer. Produksjon er størst dersom kvinnen opplever følelsen av trygghet og ro. Det er derfor anbefalt at kvinnen forbereder seg til fødsel så hun unngår å bli unødig redd og engstelig. Adrenalin under en fødsel kan hemme oksytocinutskillelsen, men hjelper kvinnen å ha årvåkenhet rettet mot barnet etter fødsel. Det er anbefalt at barnet kommer så raskt som mulig til mors bryst da hudkontakt og nærhet gir økt produksjon av oksytocin, samt opplevelsen av velvære som kan bidra til å stimulere melkeproduksjon. Barnet bør die innen de første 2 timene etter fødsel. Kvinner som av ulike grunner ikke dier barnet inne to timer, eller hvor barnet ikke får til amming innen de første timene, bør stimulere med lett massasje av bryster og håndmelke innen de første 6 timene etter fødsel for å stimulere til utdrivelse av brystmelk, da dette viser seg å ha best effekt for å etablere vellykket amming (Hansen, 2017, s. 705-709).

Ammingens fysiologi

Når barnet er født og placenta er forløst, er faktorene som bidrar til den prolaktinhemmende effekten borte. Store mengder prolaktin frigjøres dermed fra hypofysens forlapp og stimulerer epitelcellene til å produsere melk. Denne produksjonen er hormonstyrt etter fødsel, men er helt avhengig av barnets hjelp ved at det dier, for å øke og klare å opprettholde den gode melkeproduksjon på sikt. Best effekt har dette dersom barnet og mor får hud til hud kontakt ved at barnet tidlig kommer til mors bryst etter fødsel og starter amming innenfor den første timen, da mors produksjon av prolaktin og oksytocin er på det høyeste, og effekten av barnets diing for å tømme råmelken bidrar til økt melkeproduksjon (Hansen, 2017, s. 705-709). Barnet er ofte også påvirket av adrenalin etter fødsel og er som oftest våkent og sugevillig før effekten av adrenalin avtar og barnet blir søvnig. Prolaktinivået stiger når barnet suger og er forhøyet under hele ammeperioden, det er derfor viktig at kvinnen får tømt brystet. Når barnet dier sendes det signaler fra areolaen i nervebanene til hypofysens baklapp om å skille ut oksytocin slik at den glatte muskulaturen rundt melkekjertlene trekker seg sammen og utdrivningsrefleksjonen starter og gjør melken tilgjengelig for barnet. Prosessen foregår kontinuerlig gjennom hele ammeperioden og er avgjørende for en vellykket ammeopplevelse. Selv om hormonene hjelper til den første

tiden, er det avgjørende at barnet og kvinnen får til en vellykket og etablert amming for å opprettholde melkeproduksjonen hele veien (Hansen, 2017, s. 705-709). Stress og smerter kan bidra til å hemme oksytocinutskillelsen, det er derfor viktig at barnet har et godt sugetak som ikke er smertefullt. Dersom det er smertefullt, bør sugetak korrigeres raskt. Hud mot hud kan bidra til økt velvære hos mor og barn, noe som igjen er med å bidra til økt oksytocinutskillelse. Derfor er det viktig å redusere alle faktorer som bidrar til stress og smerter hos mor i ammeprosessen da dette kan bidra til nedsatt melkeproduksjon som følge av redusert oksytocinutskillelse (Hansen, 2017, s. 705-709).

3.4 Ammeveiledning

Når helsepersonell veileder om amming er det viktig at informasjonen blir tilpasset den enkelte kvinnen. Det skal være individualisert veiledning, som betyr at familiens spesifikke behov og situasjon blir tatt hensyn til. Dette gjør at mange ammer lenger, og det øker morens følelse av selvtilit. Helsepersonellet skal gi realistisk, presis og tilstrekkelig veiledning, og de skal oppmuntre, være proaktive og tilby praktisk ammehjelp dersom kvinnen har behov for det. Mest effektiv veiledning får man ved å møte hverandre fysisk, men telefonveiledning har også vist seg å være effektivt og en god løsning dersom det ikke er mulig å møtes. En annen positiv side ved telefonveiledning er at det da er mulig å få hjelpen raskt, når behovet oppstår. Selv om de fleste kvinner i dag ønsker veiledning med personlig kontakt, kan dette i noen tilfeller være utfordrende å få til, og kvinnene vil i noen tilfeller søke informasjon på andre måter, for eksempel på internett. Utfordringen med dette er at mange hjemmesider og apper er vurdert til å være av dårlig kvalitet når det kommer til kunnskapsinnhold og leservennlighet. Kommunikasjon via apper og sosiale medier er også problematisk i forbindelse med at det stilles strenge sikkerhetskrav til databehandling av sensitive personalia. Ammehjelp har vist seg å ha størst effekt dersom den blir gitt etter fødsel, og enda mer effekt dersom oppfølgingen strekker seg over tid inn i barselperioden. Helsepersonellet som veileder i amming bør sitte på den samme kunnskapen, slik at ikke informasjonen som blir gitt er ulik og motstridene for kvinnene som skal motta ny kunnskap (Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2021, s. 21 – 25).

Verdens helseorganisasjon og UNICEF, lanserte mor – og barn vennlige sykehus for å fremme tiltak for vellykket amming. De anbefaler alle fasiliteter som tilbyr barsel – og nyfødttjenester om å følge deres prosedyre med 10 trinn for vellykket amming (World Health Organization, 2022). Det er også viktig at spesialist – og kommunehelsetjenesten samarbeider, slik at informasjon og veiledning som tilbys kvinnene på sykehus og helsestasjon samsvarer med hverandre. Ved tidlig utreise fra sykehus etter fødsel bør foreldrene få kortfattet ammeveiledning, med få, sentrale budskap som er viktig for den første uken hjemme. Dette er fordi større mengder informasjon kan være vanskelig å håndtere for nybakte foreldre (Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2021, s. 24 – 25). Begrepet kommunikasjon gjør seg synlig når vi snakker om veiledning. Kommunikasjon er meningsfull informasjon som utveksles mellom to eller flere personer. Målet er å i fellesskap klare å komme frem til en felles forståelse. Hvis det ikke oppnås en felles forståelse risikerer man at veiledningen blir basert på for – forståelsen til helsepersonellet, som kan føre til mislykket veiledning ved at kvinnene eller foreldrene ikke forstår informasjonen som blir gitt (Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2021, s. 29 – 30).

3.5 Lovverk

Oppfølging av gravide og barselkvinner er et lovfestet tilbud til alle gravide. Den gravide har rett til kunnskapsbasert informasjon og til å ha innflytelse på egen oppfølging i svangerskapet (Helsedirektoratet, 2019).

Pasient – og brukerrettighetsloven

Kapittel 3 i Pasient – og brukerrettighetsloven, omhandler retten til informasjon og medvirkning. Den sier at alle pasienter har rett til informasjon om eget forløp og behandling, samt medvirkning i behandlingsforløpet. Informasjonen som gis skal tilpasses den enkelte pasient, slik at pasienten evner å medvirke til plan utfra egne forutsetninger og ståsted (Pasient – og brukerrettighetsloven, 1999).

Helsepersonelloven

Helsepersonell er pliktig til å gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasient – og brukerrettighetsloven. Helsepersonell plikter også å innhente eller henvise

pasienten videre dersom kunnskapen ikke er tilstrekkelig for å kunne ivareta pasientens utfordringer/behov. For å ivareta pasienter helhetlig kan det være nødvendig med et samarbeid for å kunne yte best mulig hjelp (Helsepersonelloven, 1999).

Helse – og omsorgstjenesteloven

Hensikten er å sikre pasienten den kunnskap og opplæring som trengs for å kunne ivareta egen og barnets helse på en tilfredsstillende måte, uten at det fører til unødig plager eller bekymringer. Kommunen plikter å tilby tjenester som omhandler helsefremmende og forebyggende tjenester. Kommunen skal også tilby helsestasjonstjenester, svangerskap og barselomsorgstjenester. For å kunne utføre disse tjenestene har kommunen behov for helsepersonell med nødvendig kompetanse som lege, sykeleier, fysioterapeut, jordmor, helsesykepleier, ergoterapeut og psykolog. Kommunen er også lovpålagt å samarbeide med andre tjenesteytere som for eksempel stat dersom det er behov for det (Helse – og omsorgstjenesteloven, 2011).

3.6 Relevant forskning

Det er mye forskning å finne på tema som omhandler amming og utfordringer i forbindelse med å opprettholde fullammingen i 6 måneder. En artikkel med navn “Interventions Designed to Promote Exclusive Breastfeeding in High-Income Countries: A systematic Review Update”, tar for seg ulike intervensjoner som fremmer fullamming i høyinntektsland. I resultatene kommer det frem at ammeforberedelser som blir gitt i svangerskapet ikke har effekt på varigheten av ammingen. Det kommer også frem at for å få til fullamming over lengre tid burde intervensjonene gis i etterkant av fødsel. Studien etterspør mer forskning på området (Skouteris et al., 2017). “Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies (Review)” er en oversiktsartikkel som har undersøkt hvilke strategier i forbindelse med ammeveiledning som er best for å lykkes med fullamming. De faktorene som har størst effekt på å få kvinner til å lykkes med fullamming er: At hjelpen blir tilbudt som en standard av godt opplært helsepersonell både i svangerskapet og etter fødsel. Det bør inkludere planlagte besøk slik at kvinnene er forberedt på når veiledning vil skje, og den skal være skreddersydd den enkelte. Veiledning der man møter kvinnene ansikt – til ansikt er mest effektivt (McFadden et al., 2017, s. 1 – 30). “When breastfeeding is unsuccessful –

mother's experiences after giving up breastfeeding", er en dansk kvalitativ forskningsartikkel som undersøker hvordan mødre opplever å måtte avslutte ammingen, når de i utgangspunktet hadde tenkt til å amme lenger. Det kommer frem at alle mødrene mener det var en avgjørelse som var for barnets beste. Utfordringer knyttet til ammeerfaringene til mødrene kommer frem i resultatene (Larsen & Kronborg, 2013, s. 848 – 855).

Flere artikler nevner utilstrekkelig melkeproduksjon som en stor utfordring til at kvinner avslutter fullammingen. Oversiktsartikkelen "The rates and factors of perceived insufficient milk supply: A systematic review" tar for seg ulike faktorer som fører til utilstrekkelig melkeproduksjon. Studien konkluderer med at for lav melkeproduksjon er en hovedårsak til at mødre gir barna sine morsmelkerstatning og at de kvinnene som har risiko for lav melkeproduksjon bør få tettere oppfølging og veiledning i forbindelse med amming (Huang et al., 2021). I artikkelen "Principles for Maintaining or Increasing Breast Milk Production" kommer det frem at mødrene sine oppfatninger av lav melkeproduksjon er med på å holde ammingsratene lave. Det legges videre frem viktige faktorer som sørger for tilstrekkelig melkeproduksjon. Det konkluderes med at slik informasjon bør brukes til å gi kvinner som ammer mer kunnskap om hvordan oppnå tilstrekkelig melkeproduksjon (Kent et al., 2012). "Focused breastfeeding counselling improves short- and long-term success in an early-discharge setting: A cluster-randomized study" er også en artikkel som belyser ammefremmende tiltak, som kan være med å forebygge reinnleggelse av spedbarn i sykehus med ernæringsproblematikk, og hjelpe til med å klare å gjennomføre fullamming i 6 måneder (Nilsson et al., 2017).

Flere studier undersøker om bruken av brystskjold har noe å si for ammevarigheten. "Why do mothers use nipple shields and how does this influence duration of exclusive breastfeeding?", tar for seg fordeler og risikoer ved bruk av brystskjold som et hjelpemiddel i forhold til varigheten av amming (Kronborg et al., 2017), "Nipple shields: a review of the literature" ser på effekten av brystskjold i forbindelse med amming og konkluderer med at nåværende publisert forskning ikke med sikkerhet kan bevise at brystskjold er effektivt (McKechnie & Eglash, 2010). Artikkelen "A description of breast-

feeding outcomes among U.S. mothers using nipple shields” tar for seg bruken av brystskjold i silikon og utfordringene hos mødre med tidlige ammevansker. Det kommer blant annet frem at helsepersonell bør tilby mødre informasjon om brystskjold der det er klinisk indisert for å forebygge ammevansker (Sheryl et al., 2013).

Stramt tungebånd som årsak til dårlig sugetak og utilstrekkelig melkeproduksjon er et omdiskutert tema og flere artikler skriver om ammevansker og behandlingsmetode mot dette. Både forskningsartikkelen “How to Treat a Tongue-tie: An Evidence-based Algorithm of Care”, den norske debattartikkelen “Riktig behandling for stramt tungebånd hos spedbarn”, og den norske kronikkartikkelen “Stramt tungebånd hos nyfødte”, omhandler ammeproblematikk som følge av stramt tungebånd og behandlingen av dette (Shekher et al., 2021, Holmsen et al., 2021 & Haug et al., 2021).

En kvantitativ masterstudie fra Vestlandet med navn “Kartlegging av bruk av morsmelkerstatning til friske fullbårne barn ved en norsk barselavdeling”, kartlegger bruken av morsmelkerstatning til friske fullbårne barn under barselopphold. Resultatene viste at det var økt tendens til å gi morsmelkerstatning på nattvakt, og at mange av barna fikk morsmelkerstatning allerede første døgn uten medisinsk indikasjon. Det var kun 73% av tilfellene som det ble gitt morsmelkerstatning som det var dokumentert i journalen med begrunnelse for hvorfor det ble gitt. Det konkluderes med at det er behov for bedring av kvalitet i praksis slik at helsepersonell kan arbeide mer kunnskapsbasert (Nilsen & Grutle, 2018).

“«Care left undone» during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care”, undersøker forekomsten av arbeidsoppgaver som blir ugjort på sykehus grunnet tidspress hos sykepleiere. Studien er gjennomført i England. Det konkluderes med at det er for lav bemanning på sykehusene som er årsak til tidspresset (Ball et al., 2014).

4 Resultater

Analysen vår resulterte i 5 temaer som vi bearbeidet og brukte som grunnlag for vår utarbeidelse av kodegrupper. Vi endte til slutt opp med 3 kodegrupper som er:

1. Helsepersonell innehar og / eller videreformidler for lite og for dårlig kunnskap om amming.
2. Psykisk påkjenning hos kvinnen.
3. Faktorer som påvirker fullamming.

For å se fullstendig tabell over temaer, kodegrupper og subgrupper, se vedlegg 4.

4.1 Helsepersonell videreformidler for lite og for dårlig kunnskap om amming

De fleste kvinnene erfarte dårlig informasjon og veiledning om amming, både på sykehuset og helsestasjonen i kommunen. På sykehuset forteller kvinnene om informasjon og veiledning som var preget av tidspress og kapasitetsmangel på avdelingen, og flere av kvinnene lufter tanker om at dette muligens kan være grunnet Coronapandemien. En kvinne forteller om en dårlig opplevelse av ammeveiledningen på helsestasjonen hvor helsesykepleier som skulle veilede henne satt 5 meter unna. Hun sier videre at hun tenker dette er på grunn av Coronapandemien.

Det er i denne studien *en* kvinne som skiller seg ut fra de andre, hvor hun forteller om en opplevelse av god informasjon og veiledning om amming gjennom hennes barselopphold. Hun sier videre at det var lite fødsler på tidspunktet kvinnen var innlagt, og at de derfor hadde god tid til å komme ofte inn til henne å tilby henne hjelp, det var først etter hjemkomst at hennes ammeutfordringer oppsto.

Når det kommer til innholdet av informasjonen og veiledningen som ble gitt til kvinnene på sykehuset, kommer det også frem at flere av kvinnene har mottatt informasjon som de på et senere tidspunkt har funnet ut er feilinformasjon. En kvinne beskriver informasjonen hun fikk på sykehuset på denne måten:

«Så var det ei som kom med ammeskjold, igjen, jeg visste ikke hva det var, så ser jeg jo nå i etterkant at det var helt feil størrelse. Det er jo ikke rart jeg ikke fikk det til, og ikke visste jeg at den delen på ammeskjoldet som er uten silikon, at det er der nesen skal være til babyen. Jeg bare, jeg hadde aldri, jeg visste ikke hvordan det skulle funke». (Kvinne fra Vestlandet, 30 år).

Under oppfølgingen fra helsestasjonen etter hjemreise, beskriver flere av kvinnene ammeoppfølgingen som at helsepersonellet kun sitter på generell ammekunnskap, og ikke innehar nok spesifisert kunnskap til å kunne veilede dem på utfordringene som oppstår underveis i ammeprosessen. Dette bidrar til at dem ikke klarer å fullamme barna sine til 6 fullgatte måneder, sier kvinnene.

«Jeg sitter igjen med at det er utrolig dårlig ammekompetanse i det offentlige helsenorge, både på sykehus og helsestasjoner. Eh, det er litt sånn lite annerkjennelse av at det er en kompetanse da, det er ikke bare å amme så går alt greit på en måte. Hun flinke ammeveilederen på helsestasjonen var sykemeldt så spurte jeg i resepsjonen om de hadde noen helsesykepleiere som var gode på amming, og så fikk jeg til svar at det kan jo alle, og det er jo virkelig ikke tilfellet». (Kvinne fra Østlandet, 31 år).

Mange av kvinnene oppsøkte private ammeveiledere fordi de følte de ikke fikk god nok hjelp fra det offentlige. De forteller at de har brukt mye tid, penger og energi på å få bedre ammehjelp. De uttrykker frustrasjon for at det skal stå på den sosioøkonomiske bakgrunnen for at du skal klare å få til fullamming i Norge. En kvinne forklarer det slik:

«Jeg syntes det er ganske frustrerende at det skal være opp til tid og penger om du har mulighet til å følges opp». (Kvinne fra Østlandet, 31 år).

4.2 Psykisk påkjenning hos kvinnen

Kvinnene forteller om en følelse av ammepress i samfunnet og opplever negativt ladet kommentarer fra både venner og familie når de for eksempel gir barnet flaske, eller benytter seg av hjelpemidler med amming. Noen har også opplevd å få stygge blikk fra

ukjente mennesker på kjøpesenter når dem har gitt barnet flaske eller ammet med skjold. Dette gjør igjen at kvinnene føler på en skam over å ikke klare å fullamme barnet sitt, og de vegrer seg for å delta på sosiale arrangementer.

«Det er jo feil hvis du ammer om ungen er 2 år, da vil du også få kommentarer, og hvis du ikke ammer får du også kommentarer. Har du ammefri fra jobb så kan det og bli, du har jo rett på det, men kan få en kommentar eller to ikke sant? Så det er jo feil uansett hva vi kvinner gjør! Du ammer for lenge, du ammer for lite, du ammer ikke, ingenting er bra nok!» (Vestlandet, kvinne 30 år).

Når det kommer til helsepersonell, både i sykehus og kommune, forteller kvinnene at de opplever mer aksept for at ammingen ikke fungerer. En kvinne tror at denne aksepten for å ikke fullamme ligger i at det for en stund tilbake var et barselopprør med fokus på at helsepersonell frarøvet nybakte mødre autonomien ved at de overkjørte og presset kvinnene til å fullamme, hun tror at dette gjør at helsepersonell nå er redd for å forbindes med dette. Hun forteller videre at hun syntes det er litt trist at det har blitt slik, for hun hadde ønsket at det ble lagt litt mer press på henne når det gjaldt ammingen. Hun forklarer det slik:

«De siste åra nå etter jeg fødte, så føler jeg at det har vært så mye på at det er helt greit å ikke amme. Så det er sånn der vanskelig balansegang eh, men jeg selv da, jeg hadde jo veldig lyst. At de skulle være så himla akseptable på at det var helt greit å ikke amme, men jeg hadde jo veldig lyst igjen, sånn at på meg kunne de jo egentlig lagt litt mer press». (Kvinne fra Sørlandet).

Kvinnene forteller også at de føler de mister mye av den viktige tilknytningen til barnet sitt når de ikke får til ammingen. De føler de bruker mye tid på pumping, slik at de får mindre tid sammen med baby og dermed mister viktig relasjonsbygging. Kvinnene avsluttet pumpingen fordi det ble for tidkrevende og slitsomt å holde på med, selv om de i utgangspunktet ønsket at barnet skulle få morsmelk.

«Jeg tror mye av det her frustrasjonen, altså jeg sier ikke at det hadde vært lett med amming, det hadde jo hatt sine «issues» det også, for all del, men eh, jeg hadde spart mye tid, mye penger, fått mye mer, større «connection» og «bounding» med baby, vil jeg tro». (Kvinne fra Vestlandet, 30 år).

Flere av kvinnene forteller også at de kjenner på følelsen av dårlig samvittighet overfor barnet sitt i forbindelse med at de ikke får til ammingen. De utdyper det med at de er redd for at barnet ikke får nok mat og er sultent. Dette har gjort at flere av kvinnene gir morsmelkerstatning istedenfor å legge barnet til brystet. En av kvinnene forteller at hun allerede på sykehuset slet med ammingen, men likevel ble sendt hjem uten videre tiltak og at dette gjorde at hun fikk dårlig samvittighet for barnet ved at hun ikke visste hvordan hun skulle gi det mat. Hun forteller sin opplevelse slik:

«Så ble vi egentlig bare sendt hjem. Og da visste jo ikke jeg sånn, skal jeg kjøpe pumpe? Skal jeg gi flaske? Skal jeg prøve å gi bryst? Eh, ja. Hvor mye melk skal hun få? Hvilken erstatning skal hun ha? Hvilken flaske? Flasketuter? Det var jo veldig mange spørsmål, og man har jo litt vondt etter fødsel selv om alt er greit, så vi måtte jo rett på storsenter da, veldig folksomt kjøpesenter, eh, og nyfødt som gråter, og jeg sto og stilte 100 spørsmål til dama på apoteket og begynner så klart å gråte for jeg føler meg, igjen, som verdens verste mamma» (Østlandet, 27år).

4.3 Faktorer som påvirker fullamming

Mange av kvinnene i studien informerer om at de har prøvd ut få eller ingen fysiske amme-fremmende tiltak for å øke melkeproduksjonen, og at dette blant annet er på grunn av uvitenhet hos dem selv. De forteller at ingen introduserte tiltak som fremmer amming for dem, og mange vet ikke hva hjelpebryst er når vi spør om de har forsøkt dette før de har introdusert flaske med morsmelkerstatning. Alle kvinnene, bortsett fra en, startet å amme innenfor de 2 første timene etter fødsel. Men det videre fokuset på hud til hud og det å legge til barnet ofte ble ikke gjort. En kvinne oppgir at hun hadde vært til utskraping i etterkant av fødsel, og barnet fikk som følge av dette mindre hud – til – hud kontakt med mor etter fødsel. Flere forteller om et stort fokus på riktige

ammestillinger, og at det var dette de følte de fikk mest informasjon om av helsepersonell, både på sykehus og i kommune. På tross av dette forteller noen av kvinnene at de ikke følte at barnet fikk riktig tak på brystet, selv om de fikk introdusert mange ulike ammestillinger. De opplevde at helsepersonellet hadde lite fokus på at barnet hadde riktig sugetak, og flertallet av kvinnene forteller videre at de først i etterkant av ammeperioden fant ut at barnet hadde stramt tungebånd. En kvinne forteller at det tok 18 timer før barnet ble lagt til brystet for å die etter fødsel, barnet var friskt og hadde ingen komplikasjoner etter fødselen, men var litt liten og veide 2,6kg. I mellomtiden hadde helsepersonellet gitt morsmelkerstatning eller melk fra melkebank på kopp til barnet. Hun forteller at ingen på sykehuset informerte henne om å legge til barnet, hud til hud og / eller eventuelt komme i gang med håndmelking, før dagen etter fødsel. Hun klarte aldri å få til ammingen på sykehuset, selv med hjelp fra helsepersonellet. Hun tok etter hjemreise kontakt med private ammehjelpere og hadde etter dette prøvd ut flere ulike ammefremmende tiltak fordi hun hadde et sterkt ammeønske. Hun ramser opp ulike tiltak som hjelpebryst, skjold, oksytocinspray, pumperegime døgnet rundt, ulike ammestillinger og kvalmestillende medikamenter, men hun nevner ingenting om noen har tilsett barnets tungebånd. En kvinner forteller om hennes opplevelse i forhold til barnets sugetak på denne måten:

«Jeg møtte henne da hun var 8 uker, da sjekket de ikke tungebåndet, men var bare enig med meg at det var et eller annet som ikke helt stemte. Så sjekket de tungebåndet 2 uker senere, og da, ja da fant de at det var veldig stramt. Og så var det jo ekstremt lange ventetider for å få klipt, eh, så vi hadde time i midten av desember, så ble babyen syk og vi måtte utsette, så vi fikk til slutt klipt i midten av januar. Sugetaket ble bra med engang, så det var jo helt riktig at det var derfor det var dårlig sugetak. Eh, og nå er sugetaket bra, men hun er sånn halvveis interessert i amming fordi hun har blitt så vandt til flaske.» (Kvinne fra Østlandet, 31 år).

Det ammefremmende tiltaket som oftest er forsøkt blant kvinnene er pumperegime. Flere av kvinnene forteller at de har fått beskjed av helsepersonell om å pumpe hver 2 –

3 time. Et fåtall av disse kvinnene sier de fikk beskjed om at de burde amme i forkant av pumpingen.

Mange av kvinnene forteller om at stress knyttet til ammesituasjonen, var med på å ødelegge ammingen. En kvinne sier at det var så mye fokus på ammestillinger på sykehuset, at hun følte hun hadde konstant vondt i skuldrene sine fordi hun var så anspent. En annen kvinne forteller at jordmor som kom på hjemmebesøk kun hadde 1 time til rådighet, og at dette gjorde at hun stresset over at hun ikke skulle få nok til ammehjelp fordi jordmor skal snakke om flere ting enn bare amming, som blant annet fødselsopplevelse, barseltid og veie baby, noe som tar mye tid. I tillegg sover kanskje baby når jordmor kommer, slik at også det tar litt ekstra tid å få satt seg til rette for å få en god veiledning. Stress i forbindelse med tidspress er noe som går igjen i flere av intervjuene, hvor kvinner føler de ikke får hjelpen de trenger fordi de ikke får følelsen av ro rundt seg når de får ammeveiledning. En av kvinnene forteller at når hun tok den endelige avgjørelsen om å slutte å amme, så kom plutselig melka. En annen kvinne forteller at hun spurte etter hektehjelp på sykehuset, hvor helsepersonellet kom inn å sa at hun hadde dårlig tid, dette gjorde da at kvinnen stresset seg så opp at hun ikke klarte å legge til barnet, og at da tok helsepersonellet over kontrollen, og bare la barnet til uten noe særlig veiledning. En av kvinnene forklarer stresset på denne måten:

«Eh, når jeg skulle pumpe så mye, og prøve å sove mellom slaga og sånn, så er det jo klart, samboeren min avlastet meg mye for at jeg skulle få til det her. Og så har jeg liksom bare tenkt at hvis jeg tok det litt mer med ro da, og hadde babyen masse inntil meg, så tror jeg kanskje mye heller ville gått av seg selv.»
(Kvinne fra Sørlandet, 29 år).

Flere kvinner sier de har gitt barnet morsmelkerstatning fordi de ikke har hatt nok melk. De er med dette bekymret for at barnet er sultent og har derfor valgt å gi morsmelkerstatning for å ikke være i tvil på dette. De beskriver det med at barnet er urolig ved brystet og ikke fornøyd. Flere blir også rådet til å starte med å gi morsmelkerstatning fra helsesøster på helsestasjonen fordi vektøkningen har flatet ut eller gått ned. Mange av disse forteller at de kunne ønske de kunne prøvd ut andre

tiltak for å øke melkeproduksjonen før man går rett på å gi tillegg. En kvinne fikk beskjed om å gi barnet MME fordi det *nesten* hadde gått ned 10% av fødselsvekten. En annen kvinne forteller at det var smertefullt å amme, og at dette gjorde at helsepersonellet gav barnet den første flasken med morsmelkerstatning på sykehuset. Den andre gangen hun skulle legge til barnet gjorde det fortsatt like vondt, og hun ble da oppfordret av helsepersonellet til å pumpe. Utfordringen med pumpingen var at barselavdelingen kun hadde 2 pumper og disse var opptatt, noe som førte til at barnet fikk flaske nummer 2 med morsmelkerstatning. En annen kvinne forteller om sin opplevelse på sykehuset hvor helsepersonellet oppfordret til morsmelkerstatning eller melk fra melkebank uten å forsøke å legge barnet til brystet. Barnet var 2,6kg og frisk. Kvinnen sier hun ikke skjønnte hvorfor hun ikke bare kunne få amme barnet sitt. Det var ikke før dagen etter fødsel hvor en barnepleier kom inn til henne og oppfordret henne til å starte å pumpe dersom hun ønsket å amme. Ingen oppfordret henne til å legge til barnet. Hun beskriver opplevelsen sin slik:

«Så jeg ble ikke tilbudt noen pumpe, og jeg visste ikke at man bør amme innen første timen og at man bør komme i gang med pumping, jeg visste ingenting jeg, og det var ingen som sa noe til meg heller. Så neste dag etter frokost i 10 tiden så kommer det en barnepleier inn og bare «har du tenkt å amme» Jeg bare «ja jeg, men han har jo kun fått erstatning da, hver 3 time kommer de inn med 10 ml erstatning. «ja, asså du bør kanskje begynne å pumpe.» (Vestlandet, 30 år).

En av kvinnene i studien startet å gi barnet morsmelkerstatning på eget initiativ, hun begrunner dette med at barnet får magesmerter ved å lukte morsmelken og blir da urolig ved brystet, og at hun grunnet dette ikke har fått til ammingen hjemme. Hun delammer barnet og tilbyr brystet ofte, men barnet ønsker ikke å ta det. Hun sier at ved å gi flaske kommer melken så fort at barnet ikke rekker å bli urolig, fordi det bare må svelge fort unna. Hun sier videre at etter hun introduserte flaske med morsmelkerstatning så ble barnet betydelig mer rolig og fornøyd. Helsesøster derimot har oppfordret kvinnen til å slutte å gi morsmelkerstatning som tillegg fordi barnet har hatt så fin vekttoppgang, og at det ikke ser ut til at barnet trenger ekstra i tillegg til

morsmelk. Kvinnen har i dette tilfelle ikke avsluttet å gi barnet tillegg, hun uttrykker seg slik:

«Jeg gruer meg jo til neste helsestasjonstid for, asså, hun sa jo at, ja, men da neste tid så regner jeg med at du har kuttet ut flasken. Og nå har vi jo gått fra 1 – 2 flasker om dagen til 4 – 5.» (Østlandet, 30 år).

5 Diskusjon

I denne delen av oppgaven blir resultatene fra studien drøftet opp mot relevant teori og forskning.

5.1 For lite og for dårlig kunnskap om amming

Det kommer frem i studien at kvinnene har opplevd for lite informasjon og veiledning både under svangerskapet og etter fødsel.

Svangerskapsomsorgen

Under svangerskapet forteller noen av kvinnene at de har fått oppfølging av enten fastlege eller jordmor på helsestasjon, og de syntes at informasjonen de har mottatt om amming har vært for dårlig. Noen beskriver det som kun «generell» informasjon, mens andre sier de ikke har fått noe informasjon om amming i det hele tatt og at det var opp til dem selv å finne denne informasjonen. De fleste kvinnene sier de hadde ønsket å få mer informasjon i svangerskapet, spesielt om vanlige utfordringer som man ofte møter på i forbindelse med ammeoppstart og underveis i ammeprosessen. Dette er fordi kvinnene da mener de ville vært mer forberedt på at disse problemene kan oppstå, og at de da ville visst at det finnes tiltak de kunne prøvd ut for å komme seg gjennom disse utfordringene, slik at de ikke hadde trengt å avslutte fullammingen før fullgatte 6 måneder. I de nasjonale retningslinjene i Norge står det skrevet at alle gravide skal få kunnskapsbasert informasjon og ha innflytelse på oppfølgingen i svangerskapet. Det står videre at konsultasjonene kvinnene skal ha i første trimester blant annet skal innebære generell forberedelse til amming. Det står spesifisert at en samtale om amming bør foregå på den første eller andre svangerskapskonsultasjonen. Videre skal ammeveiledningen individualiseres den enkelte kvinne (Helsedirektoratet, 2022). Denne påstanden om individualisert ammeveiledning underbygges også av WHO sine retningslinjer for vellykket amming, disse retningslinjene sier også at helsepersonell skal informere kvinner om vanlige vansker som ofte oppstår i forbindelse med ammingen (World Health Organization, 2022).

Man kan stille seg undrende til at så mange av kvinnene i denne studien ikke opplever at disse retningslinjene har blitt fulgt i svangerskapsomsorgen. Av egne erfaringer i praksis i svangerskapsomsorgen har vi sett at det kun settes av 30 – 60 minutter per kvinne som kommer til konsultasjon hos jordmor. Kan det dermed tenkes at det er tidspress som gjør at ammeveiledningen glipper for jordmor? En svangerskapskonsultasjon består gjerne av flere undersøkelser, slik at den individualiserte og spesifiserte informasjonen om amming kan stå i fare for å bli nedprioritert til fordel for de mer viktige undersøkelsene, som for eksempel urinprøve, måle blodtrykk, blodprøver og lytte etter fosterlyd, av hensyn til tidsbegrensningen jordmor har for timen (Helsedirektoratet, 2022). I forskningen til Ball et al, kommer det frem at tidspress for helsepersonell på sykehusavdelinger fører til nedprioritert tid til å gi informasjon og veiledning til pasientene (Ball et al., 2014). Kan det med dette tenkes at denne posten blir nedprioritert i kommunehelsetjenesten ved tidspress hos jordmor også? En oppdatert systematisk oversiktsartikkel fra 2017, som tar for seg intervensjoner for å fremme fullamming i høyinntektsland, viser i sine resultater at ammeforberedelser som blir gitt under svangerskapet, ikke har særlig effekt på ammevarigheten. Det kommer derimot frem at intervensjoner som blir gitt etter fødsel har bedre resultater for å få til fullamming over lengere tid. Studien etterspør dog ytterligere forskning på området for å få sikrere bevisgrunnlag (Skouteris et al., 2017). En annen artikkel har sett på proaktiv ammeoppfølging allerede fra svangerskapsomsorgen og videre utover forløpet i barseltid. Med proaktiv ammeoppfølging menes det at opplært helsepersonell aktivt oppsøker kvinnene for å gi informasjon og veiledning. Studien konkluderer med at denne type oppsøkende ammeoppfølging øker varigheten på fullammingsprosessen (McFadden et al., 2017, s. 1 – 30). Ut ifra de nevnte forskningsartiklene ser man at det er noe ulike funn i forbindelse med om det er nyttig å drive informasjon og veiledning om amming under svangerskapet for å forebygge at kvinner slutter å fullamme før 6 måneder. Etersom informasjon i svangerskapet er noe kvinnene i vår studie etterspør, kan vi tenke oss at det er et ønske fra de enkelte kvinnene fordi de ønsker å føle seg forberedt. I studien til Skouteris et al., så vet vi ikke hvilken forberedende informasjon som har blitt gitt til kvinnene i svangerskapet, derfor vet vi heller ikke om det er den samme informasjonen

som kvinnene i vår studie etterspør. I vår studie etterspør kvinnene informasjon om vanlig utfordringer og vansker de kan forvente å møte på.

Sykehusoppholdet

Kvinnene opplyser om for dårlig veiledning på sykehuset etter fødsel. Dette dreier seg både om for *lite* veiledning, men også om for *dårlig* veiledning og feilinformasjon som påvirker kvinnenes ammestart og videre ammeforløp. WHO sine retningslinjer sier blant annet at det skal sørges for at personalet på føde – og barselavdelinger har tilstrekkelig kunnskap, kompetanse og ferdigheter til å veilede kvinnene i amming (World Health Organization, 2022). Kvinnene sier videre at de tror at den dårlige ammeveiledningen de har fått på sykehuset etter fødsel er preget av for dårlig tid fra personalets side. I forskningsartikkelen til Ball et al, kommer det frem at lav bemanning på sykehusavdelinger fører til tidspress for helsepersonellet på vakt. Tidspresset fører igjen til at viktige helsefaglige oppgaver blir nedprioritert. Så mange som 86% av sykepleierne i studien rapporterte at de hadde unnlatt å gjennomføre en eller flere omsorgsoppgaver på grunn av tidsmangel. Oppgavene som oftest ble rapportert ugjort grunnet tidspress var:

1. Å ta seg tid til å trøste eller snakke med pasientene (66%)
2. Gi informasjon og veiledning til pasientene (52%)
3. Oppdatere og utvikle pasientenes videre behov (47%) (Ball et al., 2014).

Så mange som 52% av sykepleierne rapporterte at de nedprioriterte å gi pasientene informasjon og veiledning grunnet tidspress på vakt. Gjennom våre egne erfaringer i praksis på barselavdelinger har vi sett at stor arbeidsmengde går utover tid og kvalitet på ammeveiledningen. Dette står i strid med pasient – og brukerrettighetsloven, som sier at alle pasienter har rett til informasjon om eget forløp og behandling, samt medvirkning til ulike tjenesteformer, informasjonen skal tilpasses den enkelte (Pasient – og brukerrettighetsloven, 1999). Det strider også imot helsepersonelloven, som vi som jordmødre er bundet opp til, og som sier at den som yter helse – og omsorgstjenester skal gi informasjon til pasienter som har rett på det (Helsepersonelloven, 1999). Det var i denne studien *en* kvinne som skilte seg ut fra de andre, ved at hun opplevde at helsepersonellet på barselavdelingen ga henne god informasjon og veiledning. Hun sier

videre at det var få inneliggende kvinner på barselavdelingen på det aktuelle tidspunktet. Dette kan derfor ses i sammenheng med at helsepersonellet hadde lavere arbeidsmengde og hadde mulighet til å ta seg tid til å gi kvinnen den informasjonen og veiledningen hun hadde behov for, fordi de ikke var under tidspress.

Helsestasjonen

Flere av kvinnene forteller om dårlig ammeoppfølging fra helsestasjonen etter hjemkomst fra sykehuset, og begrunner dette med at de opplever at helsesykepleier ikke har tilstrekkelig kunnskap til å veilede dem på utfordringer som oppstår i ammeprosessen, noe som gjør at kvinnene har måttet avslutte fullammingen. Dette bryter med WHO og UNICEF sine retningslinjer hvor det legges frem at det skal sørges for at helsepersonell som jobber innenfor barsel – og nyfødttjenester har tilstrekkelig kunnskap, kompetanse og ferdigheter til å støtte og veilede i amming (World Health Organization, 2022). Dette bryter muligens også med loven om kommunale helse – og omsorgstjenester, som skal sikre pasientenes kunnskap og opplæring de trenger, for å ivareta egen, og barnets helse på en tilfredsstillende måte uten at det fører til unødige plager eller bekymringer (Helse – og omsorgstjenesteloven, 2011). En av kvinnene i studien forteller at helsesykepleier på helsestasjonen satt 5 meter unna henne da hun skulle veilede henne i amming. FHI har et observasjonsskjema som helsepersonell kan følge for å gi kvinner god ammeveiledning. I dette skjema kommer det blant annet frem at for å vurdere om ammingen er god skal man forsikre seg om at barnet har et stort gap over brystet, barnets hake har god kontakt med brystet, barnets kinn er uten smilehull, barnets nese er fri, observasjon av diemønster, barnets posisjonering i forhold til areola, opprettholdelse av vakuum og observasjon over om barnet dier effektivt. Tegn på at barnet dier effektivt kan være: dype dietak med svelging, svelgingen kan være både synlig og hørbar og at mors bryst er mykere etter amming. Det er også viktig at brystknoppen har tilnærmet samme fasong som den hadde før ammingen startet, den skal ikke være avklemt, skjev eller hvit (Folkehelseinstituttet, 2021). Man kan med disse opplysningene stille spørsmål ved om denne helsesykepleieren har klart å gi kvinnen en god veiledning, da flere av disse ammeobservasjonene krever nærhet under observasjonen.

Flere av kvinnene i studien har valgt å betale mye penger for private amnehjelpstjenester. Dette forklarer de med at hjelpen de har fått tilbud om fra det offentlige helsenorge ikke er tilstrekkelig, og de får ikke den hjelpen de trenger. Ved å se på dette i et større perspektiv kan vi spørre oss om dette er en rettferdig løsning på situasjonen? Denne løsningen krever at alle kvinner som trenger ammeveiledning for å klare å opprettholde fullamning, skal ha god nok økonomi for å kunne ha mulighet til å benytte seg av slike tjenester, noe ikke alle har. Ser vi på tall fra levekårsundersøkelsen gjort i 2020 fra SSB, ser vi at så mange som 19% av Norges befolkning bor i en husholdning som ikke har mulighet til å klare en uforutsett utgift (Statistisk Sentralbyrå, 2021). Å måtte betale ekstra for å privat amnehjelp vil for mange ses på som en uforutsett utgift da dette i utgangspunktet skal foregå gratis i det offentlige. Er det rettferdig at de fattige skal få dårligere helsehjelp enn de rike? Skal kun de rike i Norges befolkning få den hjelpen de trenger for å klare å fullamme barnet sitt i 6 måneder? Når vi ser på helsegevinstene morsmelk har for mor og barn kan vi trekke sammenkoblinger til folkehelsen. Hos barnet som får morsmelk reduseres risikoen for sykdommer som infeksjoner i tarmen, luftveier og ører. Det er også redusert risiko for utvikling av astma, allergier, ulike typer eksem og overvekt i barne – og ungdomsårene. Morsmelk gir også en beskyttende effekt mot Crohns, Ulcerøs kolitt, Diabetes type 1 og 2, leukemi og andre barnekreftsykdommer. Barn som ernæres på morsmelk har også lavere forekomst av spedbarnsdød, sammenlignet med de som får morsmelkerstatning. Det ser også ut til at barn som får morsmelk har bedre kognitiv utvikling. Når det kommer til mødrenes helsegevinster for folkehelsen, så er amming kjent for å ha en slankende effekt og det reduserer risikoen for kreft i bryster, livmor og eggstokker. Det reduserer utvikling av diabetes type 2 og ulike typer leddsykdommer. Ammelengden er avgjørende for hvor stor risikoen er for at man utvikler disse sykdommene. Fullamning har også vist å ha effekt på mors psykiske helse, da det kan heve stemningsleiet hos deprimerte barselkvinner (Hansen, 2017, s. 712-713). Når vi ser på folkehelse rapporten til FHI fra 2018, ser vi at de med høy sosioøkonomisk status, lever lengre og har færre helseproblemer enn til som har lav sosioøkonomisk status. Det utdypes at de med lav sosioøkonomisk status statistisk sett har flere sykdommer og minst ressurser til å klare å ta vare på egen helse (Folkehelseinstituttet, 2018). Med dette kan det tenkes at de med lav sosioøkonomisk status har stort behov for de forebyggende fordelene morsmelka

har ved at det på sikt kan redusere flere folkehelse sykdommer, og igjen redusere offentlige økonomiske utgifter.

5.2 Psykisk påkjenning hos kvinnene

Flere av kvinnene i studien forteller om et ammepress i samfunnet. De opplever å få negative kommentarer fra mennesker rundt seg og føler som følge av dette på en skam over å ikke klare å fullamme eller å amme noe i det hele tatt. Noen vegrer seg også for å delta på sosiale arrangementer på grunn av dette, fordi de opplever å bli møtt av dømmende blikk fra ukjente. I forskningsartikkelen til Larsen & Kronborg, 2013, kommer det frem at mødre som av ulike årsaker må gi opp ammingen trenger mer støtte og omsorg fra helsepersonell av hensyn til den psykiske helsen. Disse mødrene føler seg ofte ikke akseptert i samfunnet, fordi samfunnet har en forventning om at man skal amme barnet sitt (Larsen & Kronborg, 2013, s. 848 – 855). I resultatene av en kvalitativ studie publisert i Sykepleien.no i 2003, forteller kvinner om presset de føler seg utsatt for når det kommer til amming. De føler at ammepresset kommer fra både familie, naboer og helsepersonell. Sterkest var ammepresset fra helsepersonellet når de var inneliggende på sykehuset etter fødselen («Ammepress og dårlig samvittighet», 2003). Dette er til stor forskjell fra det kvinnene i vår egen studie forteller, som sier de føler at helsepersonell nå har blitt *for* akseptable for at man ikke får til ammingen og skulle ønske litt mer oppmuntring og veiledning for å klare å få det til. Dette fører oss igjen tilbake til tanken om at det har skjedd en forandring på disse årene fra denne studien i 2003 ble publisert, og frem til nå. Det kan med dette antas at helsepersonellet *har* blitt mer akseptable for at ammingen ikke fungerer, enn før. Når det kommer til følelsene som kvinnene i disse studiene føler på, er det ganske likt. Kvinnene i begge studiene forteller om nederlagsfølelse, stort ammepress og sosial stigmatisering («Ammepress og dårlig samvittighet», 2003). Det er verdt å nevne at denne studien er fra 2003 og derfor anses som for gammel til å benytte som argumentasjon i nyere studier. Den er i dette tilfellet kun benyttet for å sette lys på forandringene som har skjedd innenfor temaet om ammepress på disse årene.

Kvinnene i vår studie føler de mister viktig tilknytning med barnet ved å ikke klare å amme. De sier at de bruker mye tid på pumping, som igjen gjør at de ikke får så mye tid

de ønsker sammen med baby og de er redd dette ødelegger for viktig relasjonsbygging og tilknytning til barnet sitt. Kvinnene avsluttet pumpingen fordi det ble for tidkrevende og slitsomt å holde på med, selv om de i utgangspunktet ønsket at barnet skulle få morsmelk. I studien til Larsen & Kronborg, 2013 forteller også kvinnene om en påkjenning og mye frustrasjon ved å pumpe morsmelk som en erstatning for amming. De opplevde en lettelse ved å godta at ammingen var over, og sier at de da fikk mer tid å bruke sammen med barnet sitt, og kunne da starte å danne et nært forhold sammen med det (Larsen & Kronborg, 2013, s. 848 – 855).

5.3 Faktorer som påvirker fullamming

Det er viktig å bemerke seg at alle tiltakene som foreslås her i denne diskusjonen må ses på det generelle grunnlag, og at hver og enkelt av disse kvinnene burde blitt fulgt opp av kvalifisert personell og fått ett eget skreddersydd program for sine behov. Tiltakene som nevnes er kun ment for å ses i sammenheng med at det er mulig å løse slike problemer og at det ikke burde vært avgjørende for at kvinner ikke klarer å fullamme i 6 måneder.

Fysiske ammefremmende tiltak

Kvinnene i studien forteller om hvilke problemer de møtte på under ammeperioden sin. De fleste kvinnene sier at de avsluttet å fullamme fordi de antok at de ikke hadde nok melk til barnet sitt og de prøvde ut få, eller ingen ammefremmende tiltak for å forsøke å øke melkeproduksjonen. Grunnen til at de ikke forsøkte å øke melkeproduksjonen var rett og slett uvitenhet. Kvinnene ga derfor barnet morsmelkerstatning fordi de ikke klarte å mette barnet med sin egen melk. En kan tenke seg at dersom disse kvinnene på forhånd hadde fått informasjon om hvorfor melkeproduksjonen er for lav, og hva man eventuelt kan gjøre for å øke den, så ville kanskje flere av kvinnene fortsatt kunne fullamme. Ved at disse kvinnene ikke innehar kunnskap som gjør at dem kan sette inn tiltak for å øke melkeproduksjonen sin selv, kan ses som et brudd på retningslinjene til WHO for vellykket amming, da det i disse trinnene blant annet står at kvinnene skal sikres god informasjon og veiledning, samt få hjelp og støtte på vanlige utfordringer som oppstår under ammeprosessen (World Health Organization, 2022). I en systematisk artikkel fra 2021 kommer det også frem at for lav melkeproduksjon er en av de største

årsakene til at kvinnene slutter å fullamme og at dette gjør at kvinnene tyr til MME (morsmelkerstatning). Studien konkluderer med at kvinner som opplever for lav melkeproduksjon bør få tettere oppfølging. Intervensjoner for å forebygge lav melkeproduksjon er tidlig ammestart, opplæring i ammekunnskap og god veiledning i amming (Huang et al., 2021).

Etter 12 uker reguleres melkeproduksjonen seg etter etterspørsel, slik at for å øke produksjonen må brystet tømmes oftere, slik at det skjønner at det er behov for mer produksjon (Hansen, 2017, s. 705-709). Ved lav melkeproduksjon er det flere tiltak som kan forsøkes for å få økt produksjon. Alle kvinnene i denne studien burde fått individualisert og skreddersydd ammeveiledning tilpasset dem selv fra godt opplært helsepersonell med mye kunnskap (Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2021, s. 21 – 23 & World Health Organization, 2022). Noen av kvinnene sier de forsøkte en stund å pumpe etter hver amming for å øke produksjonen. Det er da viktig at de har fått riktig opplæring i hvordan bruke en pumpe riktig, for dersom den brukes feil kan det skape mer utfordringer i form av betennelser og vonde bryst (Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2021, s. 136 – 138). En kvinne uttrykker i studien at hun ikke visste hvordan hun skulle benytte en brystpumpe. Ifølge forskning er det viktig å ta hensyn til størrelsen på brystskjoldet til pumpen for at dreneringen av melken skal bli optimal og få tømt brystet skikkelig. Spedbarnet tømmer ikke brystet helt komplett ved hver amming, og dette gjør det mulig å øke produksjonen ved pumping. Ved å pumpe etter amming gir man signal til hjernen om at brystet er tomt og etterspørselen er høyere og det trengs mer produksjon (Kent et al., 2012, s. 114 – 120). Pumping fungerer som en erstatning for barnet som dier, selv om barnet dier mer effektivt enn en pumpe. For å øke produksjonen vil det også derfor være effektivt å legge barnet til brystet ofte for å stimulere til mer utdrivning og oftere tømning av brystene (Hansen, 2017, s. 706-708). Hud – til – hud kontakt med barnet gjør at utdrivningsrefleksen starter lettere (Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2021, s. 136 – 138). Utdrivningsrefleksen er viktig for at melken skal strømme ut av brystet når barnet dier, eller ved pumping (Hansen, 2017, s. 706-708). Det at hud – til – hud kontakt er positivt for amming underbygges av forskningen til Nilsson et al., 2017, som legger frem hud – til – hud som et viktig tidlig tiltak for å fremme fullammingsvarigheten til 6 måneder

(Nilsson et al., 2017, s. 1 – 9). Også forskningen til Kent et al, 2012 beskriver ubegrenset hud – til – hud kontakt med barnet som et viktig tiltak for å effektivt tømme brystet (Kent et al., 2012, s. 114 – 120).

Alle kvinnene i studien, bortsett fra en, forteller at de startet å amme innenfor de 2 første timene etter fødsel, men de fikk ingen videre informasjon om viktigheten av hud – til – hud kontakt med baby og hvor viktig det er å legge til ofte. Ved å gi kvinnene god informasjon om hvordan melkeproduksjonen fungerer og riktig pumpeteknikk kan det tenkes at kvinnene lettere kunne iverksette disse tiltakene selv for å oppnå tilstrekkelig melkeproduksjon til barnet sitt, slik at fullamning kunne fortsatt. Det er også viktig å informere kvinnene om at stress kan påvirke utdrivningsrefleksen, slik at det bør tilstrebes å amme eller pumpe i rolige omgivelser og gjerne benytte seg av avspenningsteknikker for optimalt resultat (Kent et al., 2012, s. 114 – 120). Om kvinnene i studien for eksempel hadde forsøkt å amme med hjelpebryst istedenfor å gi flaske med MME som de opplyser om i intervjuene, så ville barnet stimulert brystet til mer melkeproduksjon samtidig som det fikk nok melk og ble mett. Hjelpebryst er en matsonde som festes til brystet, slik at barnet som ammes får ekstra melk, samtidig som barnet stimulerer til mer melkeproduksjon ved å suge på brystet. Dette er et alternativ til mating som er mindre forstyrrende for amming enn flaske (Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2021, s. 148 – 149). Samtidig som kvinnene burde fått informasjon om riktig pumpeteknikk, hud – til – hud kontakt og hjelpebryst, kunne de også forsøkt å øke ammefrekvensen. Jo hyppigere tømminger av brystet, dess oftere vil det fylles opp. Det er også viktig å bemerke seg at bryster er forskjellige, noen bryster har mindre lagringskapasitet enn andre, som betyr at de kanskje må amme / pumpe oftere enn de med bryster som har større lagringskapasitet (Kent et al., 2012, s. 114 – 120).

Alle kvinnene, bortsett fra en, angir at de startet å amme innen de to første timene etter fødsel. Ifølge WHO sine 10 trinn for vellykket amming, anbefales det at barnet blir lagt til brystet og får startet amming så raskt som mulig etter fødsel og helst innen 1 time (World Health Organization, 2022). Med denne informasjonen kan vi tenke oss at

de fleste kvinnene i studien hadde et godt utgangspunkt i forhold til oppstartstidspunktet for amming, siden de var tidlig i gang med å amme.

Flere av kvinnene forteller at en av tingene de fikk informasjon om var ulike ammestillinger, både i kommunen og på sykehuset. De nevner ikke ytterligere hvilken informasjon de ble gitt om hver enkelt ammestilling, men vi kan tenke oss at de fikk generell informasjon om de ulike stillingene. Mange av kvinnene sier også at utfordringen med amming var at barnet ikke tok ordentlig tak på brystet. Ulike ammestillinger er viktig for kvinnene å vite noe om for å klare å amme barnet sitt i en avslappende posisjon. Enkelte stillinger har også vist at stimulerer neonatale reflekser, slik at barnet selv tar tak på brystet uten å måtte få hjelp av mor, og det bidrar til bedre sugetak og fremmer ammingen. Dette gjelder blant annet tilbaketak amming (Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2021, s. 102 – 103). Dårlig sugetak kan gi lav melkeproduksjon siden barnet da ikke får tømte brystet skikkelig.

Som hjelpemidler til å få barnet til å få bedre sugetak kunne man introdusert brystskjold for kvinnene. Brystskjold kan i noen tilfeller være et godt hjelpemiddel, men det er viktig at kvinnene innehar tilstrekkelig kunnskap om riktig bruk, da feilbruk kan føre til flere ammeutfordringer. Brystskjoldet kan brukes for å avlaste såre brystknopper, og for å få barnet til å klare å ta bedre tak på brystet (Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2021, s. 152 – 153). Forskning har vist at brystskjold kan, i noen tilfeller, forebygge tidlig ammeslutt og lette ammingen i en kritisk periode hvor brystknoppene er såre og det er smertefullt å amme. For noen kvinner hjelper brystskjoldet i så stor grad at de ammer med brystskjold i hele ammeperioden. En negativ konsekvens ved å benytte seg av brystskjold kan være at melkeproduksjonen kan bli redusert og at det skaper en avhengighet hos barnet for å die med skjold, slik at det blir vanskelig å avvende (Kronborg et al., 2017). Forskningen til Sheryl et al., 2013, underbygger dette med at brystskjold kan være til god hjelp for å klare å fortsette å amme dersom man plages av såre brystknopper og smerter under amming. Smerter under amming i løpet av de første ukene etter fødsel er en viktig faktor til at mange kvinner velger å avslutte ammingen. Det kommer frem at 31% av kvinnene i studien klarte å fullamme i 6 måneder grunnet hjelpen de fikk av å benytte brystskjold (Sheryl et al., 2013, s. 616 –

621). Når det kommer til nedsatt melkeproduksjon som følge av skjold, viser forskningen til McKechnie & Eglash, 2010, at melkeproduksjonen kan påvirkes, og det anbefales at helsepersonell bør oppfordre til begrenset bruk (McKechnie & Eglash, 2010, s. 309 – 313). Det er derfor viktig at dersom kvinnene skal ta i bruk brystskjold som et hjelpemiddel for å få barnet til å få bedre sugetak at de blir opplyst om mulige konsekvenser slik at de kan ta et bevisst valg.

Utilstrekkelig melkeproduksjon kan også skyldes medisinske årsaker som ligger hos spedbarnet. For eksempel ulike typer sykdommer og tilstander som ganespalte og stramt tungebånd (Kent et al., 2012, s. 114 – 120). Flere av kvinnene i studien sier de først ble gjort oppmerksomme på at barnet deres hadde stramt tungebånd flere uker og måneder etter fødsel, og forklarer dette som en årsak til ammeproblemene ved at barnet aldri fikk godt tak på brystet. Ingen av kvinnene i studien fikk sjekket tungebåndet til barnet sitt på sykehuset før de reiste hjem. Stramt tungebånd er en medfødt tilstand som kan føre til tidlig ammeslutt. De vanligste problemene som oppstår i forbindelse med at barnet har stramt tungebånd er smerter og sår på brystknoppene, og vanskeligheter med å få godt sugetak for barnet. Det kan i tillegg være redusert melkeoverføring til barnet, noe som kan føre til lavere melkeproduksjon (Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2021, s. 230). En artikkel som er publisert i tidsskriftet for den norske legeforening legger frem at stramt tungebånd hos spedbarn kan gi ammevansker og at dette bør utredes slik at behandling kan gis til de som trenger det. Behandlingen for stramt tungebånd er å klippe tungebåndet. Ammeveiledning og andre naturlige tiltak skal alltid først forsøkes, før man går i gang med klipping av tungebånd (Holmsen et al., 2021). I og med at flere av kvinnene som er intervjuet i denne studien forteller om at barnet deres hadde stramt tungebånd, og at det var grunnen som gjorde ammingen utfordrende, kan man tenke seg at det ville være til stor fordel at det ble en rutinesjekk av tungebånd for de som sliter med sugetak? En av kvinnene forteller at tungebåndet endelig ble klippet etter 4 utfordrende måneder, og at grunnen til at det tok så lang tid å få klippet var lange køer. Hun sier videre at etter klippet var utført så klarte barnet å die mye bedre med engang, men at siden det nå var blitt så vadt til flaske, foretrakk det heller det. Det vil dermed tenkes at for å klare å øke ammevarigheten som en gevinst av tungebåndklipp, må dette skje i en tidligere

fase, og ikke så lenge som 4 måneder ut i ammeløpet. Da er det for sent. En studie fra 2021, konkluderer med at klipp av stramt tungebånd er assosiert med ammeforbedringer spesielt i spedbarnsalder (Shekher et al., 2021).

Tungebåndsproblematikken er et svært diskutert tema, og flere forskere mener at stramt tungebånd ikke kan ses i sammenheng med ammevansker, da mange kvinner også behersker å amme selv om barnet har stramt tungebånd (Haug et al., 2021). Med utgangspunkt i dette er det derfor viktig at alle kvinner med ammeproblemer får tilstrekkelig, individualisert ammeveiledning, og har prøvd ulike tiltak før man går i gang med klipp av tungebåndet. Dette er også etter WHO retningslinjer for vellykket amming (World Health Organization, 2022).

Det er svært få kvinner som har underliggende fysiologiske grunner som fører til for lav melkeproduksjon. Det er viktig å avklare om melkeproduksjonen til kvinnene er for lav på tross av optimal amming med friskt barn, eller om grunnen kan være at kvinnene har for dårlig ammekunnskap og et barn som ikke tømmer brystet skikkelig (Hansen, 2017, s. 725 – 726). For å oppnå en tilfredsstillende melkeproduksjon fra kvinnens side kreves det tilstrekkelig brystvev, intakte ductale og nevrologiske veier, riktig konsentrasjon av hormonene østrogen, prolaktin, progesteron, oksytocin, veksthormon, glukokortikoider og insulin. Noen få kvinner, om lag 5% sliter med tilstrekkelig melkeproduksjon grunnet hypoplastiske bryster (en underutvikling av brystene grunnet for få celler). Dette oppstår oftest i forbindelse med brystkirurgi i form av mastektomi, brystreduksjon eller fjerning av cyster (Kent et al., 2012, s. 114 – 120). Kvinner med disse utfordringer er ekskludert fra vår studie og derfor anses alle kvinnene i denne studien til å ha et godt utgangspunkt for å få til tilstrekkelig melkeproduksjon. Andre årsaker som kan gi utfordringer med melkeproduksjonen er alvorlig post-partumblødning etter fødsel, infeksjoner, eller hypertensjon. Også placentarester etter fødsel kan bidra til utfordringer fordi placenta da opprettholder progesteronnivåer som kan forsinke aktiveringen av melkeproduksjon (Kent et al., 2012, s. 114 – 120). Alle disse utfordringene er også ekskludert fra vår studie, bortsett fra at det var *en* kvinne som forteller at hun måtte til utskrapning grunnet placentarester etter fødsel. Allerede her oppsto det da ammeutfordringer for denne kvinnen både med redusert hud til hud kontakt, og progesteronnivåene i forbindelse med placenta. Helsepersonellet burde i

denne situasjonen vært bevisst over utfordringene som kan oppstå i forbindelse med ammingen, informere kvinnen om dette og lage en god individuell plan sammen for at kvinnen skulle fått best mulig oppfølging og veiledning for å klare å gjennomføre fullammingen (Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2021, s. 21 – 25). For best mulig oppfølging og effekt av ammefølgingen, ville det å inkludere flere tjenesteytere vært en fordel. I dette tilfellet ville helsesykepleier ved helsestasjonen som kvinnen går til kunne følge opp ammingen og den individuelle planen fra sykehuset videre ut i ammeforløpet. Slikt samarbeid er lovpålagt der det er behov for det (Helse – og omsorgstjenesteloven, 2011).

Stress

Kvinnene i studien forteller om stress knyttet til ammeregimer og pumperegimer i forbindelse med lav melkeproduksjon og øking av melkeproduksjon. En kvinne forteller at hun opplevde økt melkeproduksjon når hun tok valget om å slutte med pumping og heller gi barnet morsmelkerstatning. Stress hos kvinnen gir økt adrenalin, og man vet at forhøyet verdier av adrenalin og noradrenalin kan hemme kvinnens produksjon av oksytocin, noe som igjen kan bidra til at melkeproduksjon blir redusert (Hansen, 2017, s. 705-709). Man kan tenke seg at det er viktig å hjelpe kvinnene med å senke skuldrene og få ned stressnivået for å kunne gi kvinnen en god og avslappet følelse av indre ro. Det er derfor viktig at kvinnene har fått informasjon om ammefremmende tiltak i form av påvirkningen ro og velvære har for utdrivningsrefleksen, slik at kvinnene selv kan legge til rette for dette. Det er allment kjent at hud mot hud kontakt mellom mor og barn bidrar til å gi kvinnen en følelse av ro og velvære. Hud mot hud gir også barnet nærhet til mor og kan hjelpe mor og barn med tilknytningen (bonding) (Hansen, 2017, s. 705-709). Studier viser at kvinner som opplever stress i forbindelse med lav melkeproduksjon bør oppfordres til å bruke avspenningsteknikker som dyp pust og massasje fra partner for å klare slappe av. Det å gjøre noe hyggelig sammen som senker stressnivået og gir følelse av velvære kan bidra til å fremme utdrivningsrefleksen hos kvinnen (Kent et al., 2012, s. 114 – 120).

Utdrivningsrefleksen er avgjørende for at melken presses ut av mors bryst ved amming og pumping. Stimulering av areola sender impulser til hypofysens baklapp som igjen sender signaler om at oksytocin skal frigjøres å sendes med blodbanen, slik at den glatte

muskulaturen rundt melkekjertlene strammes og presser melken ut (Hansen, 2017, s. 707). Kvinnens indre stress kan dermed forhindre denne signaliseringen å motvirke oksytocinutskillelsen (Kent et al., 2012, s. 114 – 120). Å legge til barnet og skape ro rundt ammestunden er viktig. Dersom kvinnen pumper kan det hjelpe å finne ro ved å ha barnet hos seg, enten i seng, vogn, på bryst eller fang for å fremme oksytocinutskillelsen. Dersom kvinnen av ulike grunner ikke har barnet i nærheten, kan et bilde framfor mor hjelpe å bringe frem gode følelser slik at utdrivningsrefleksen stimuleres. Varme kompresser på brystet før pumping / amming, eller en varm dusj, kan ha positiv innvirkning på utdrivningsrefleksen (Kent et al., 2012, s. 114 – 120). Ut ifra hva kvinnene forteller, og hva studier viser kan det tenkes at helsepersonell bør ha større vekt på å fremme den naturlige melkeproduksjonen hos kvinner før man starter intervensjoner i form av MME og store pumperegimer som skaper stress hos kvinnen. Slike intervensjoner kan tenkes å gi en følelse av stress og en følelse av avstand til babyen, som igjen kan forstyrre «boundingen» fordi pumping krever mye tid. Studier viser at nærhet og ro/velvære har gunstig innvirkning på kvinnens melkeproduksjon (Kent et al., 2012, s. 114 – 120).

Noen av kvinnene i studien som forteller at de antok at de ikke hadde nok melk til barnet sitt, begrunner dette med at barnet lå urolig ved brystet, skrek og slapp brystet ofte. Disse kvinnene oppfattet dette som at det var «tomt» for melk, og det var derfor barnet oppførte seg slik ved brystet. Ifølge Ammehjelpens nettsider, kan kaving og uro ved brystet skyldes at barnet venter på neste melkestrøm (utdrivning). Hos noen kvinner kan denne uroen virke stressende, slik at utdrivningsrefleksen blir ytterligere forsinket og barnet enda mer urolig (ammehjelpen, 2021). I slike tilfeller er en mulighet å forsøke oksytocin nes spray, som vil gjøre at utdrivningsrefleksen starter raskere og at melka lettere strømmer ut av brystet (Felleskatalogen, 2020). I denne studien ønsker vi i utgangspunktet å finne tiltak som fremmer amming på en naturlig måte, derfor går vi ikke ytterligere inn på legemidler som kan påvirke melkeproduksjonen og ammevarigheten. Oksytocin spray nevnes kort, da vi anser dette som et tiltak som er kan være raskt og enkelt å starte opp med, og som har svært få og lite alvorlige bivirkninger (Felleskatalogen, 2020).

Morsmelkestatning (MME)

Flere av kvinnene i studien opplyser at de har startet med å gi MME på oppfordring fra helsepersonell grunnet vektnedgang etter fødsel. Kvinnene opplyser om at det er første valget for at barnet skal ta igjen fødselsvekt. Kvinnen forteller at de da skal amme for så å gi MME i etterkant, samtidig som de skal pumpe for å øke produksjonen etter hver amming. Ingen av kvinnene sier de har fått informasjon om andre tiltak for å øke egenproduksjon av morsmelk. Hvorfor har det blitt så lett å gi MME når man vet at morsmelk har mange helsefremmende egenskaper? I masterstudien til Nilsen & Grutle fra 2018, kommer det frem at det er en økt tendens blant helsepersonell til å gi de nyfødte barna morsmelkerstatning på nattvakt det første døgnet uten medisinsk indikasjon (Nilsen & Grutle, 2018). Dette strider imot det som kommer frem i studien til Kent et al., hvor det oppfordres til naturlige tiltak for å øke oksytocinutskillelsen. Blant annet blir hud – til – hud nevnt som et godt tiltak som også øker bindingen mellom mor og barn (Kent et al., 2012, s. 114 – 120). Det strider også imot WHO sine retningslinjer for mor – barn vennlig sykehus, som sier at det kun skal gis MME på medisinsk grunnlag (World Health Organization, 2022). En av kvinnene i studien forteller at de på sykehuset anbefalte MME før barnet var gått ned 10%, dette for å forsikre at barnet ikke oversteg det «tillatte» vekttapet før hjemreise. Dette ble gjort da mor kontaktet personalet for å få hjelp med sugetak som hun mente ikke var godt. Det kan virke som at personalet ønsker være på den sikre siden, og da gi tillegg fremfor prøve ut andre tiltak.

Man kan med jevne mellomrom lese om ammepress i media. For noen år tilbake var det et barseloppgjør hvor det ble tatt et oppgjør fra kvinner som opplevde ammepress fra helsepersonell, kan dette oppgjøret bidratt til at anbefalinger fra helsepersonell i dag ofte faller på å gi tillegg fordi man er redd for å legge for mye press på kvinnen. Med tanke på at stadig fler sykehus blir sertifiserte som mor-barn vennlige, er det en tankevekker da MME har kriterier for bruk (Hansen, 2017, s. 701 - 702). Nilsen & Grutle skriver i sin masteravhandling at ammevarigheten forkortes dersom barnet får MME (Nilsen & Grutle, 2018). Ifølge Helsenorger skal all ammeinformasjon og informasjon om bruk av MME tilpasses og tilrettelegges den enkelte kvinne og hennes barns behov (Helsedirektoratet, 2021).

Når barnet får MME gir det barnet en god metthetsfølelse og blir ofte tilfreds og sovner. Ulempen blir da at barnet ikke ønsker å suge fra brystet og får ikke stimulert brystets melkeproduksjon så man kommer ofte inn i en ond sirkel. Dersom barnet i tillegg blir matet med flaske kan det oppleve å bli sugeforvirret da teknikken ved å suge fra bryst og flaske er forskjellig, samt at maten kommer raskere og lettere ved bruk av flaske og ikke ønsker å jobbe for maten når det blir lagt til brystet. Det kan være hensiktsmessig å informere kvinnen om bruk av hjelpebryst som et alternativ til bruk av flaske, da får kvinnen ekstra stimulering av bryst og melkeproduksjon i tillegg til at barnet får ekstra næring (Helsenorge, 2022). Disse rådene underbygges igjen av WHO's 10 trinn for vellykket amming ved at det oppfordres til at helsepersonell bør gi foreldre god informasjon om mulige ulemper ved å introdusere flasker og smokk til barnet (World Health Organization, 2022).

6 Konklusjon

Studien avdekker avvik i forbindelse med ammeinformasjon – og veiledning både i svangerskapsomsorgen, under sykehusoppholdet etter fødsel og helsestasjonen i barseltiden. For lite og for dårlig informasjon og veiledning er to faktorer som skiller seg ut, og baserer seg på helsepersonellens tidspress på jobb og mangel på kunnskap for å klare å veilede kvinner med ammeutfordringer. Dette medfører ufrivillig tidlig ammeslutt hos førstegangsfødende kvinner. Det bør rettes mer fokus på å øke kunnskapen om amming til helsepersonell som arbeider med gravide og barselkvinner, og det bør prioriteres mer tid til individualisert ammeveiledning både i svangerskapsomsorgen og i barselomsorgen for å fremme ammevarigheten for førstegangsfødende kvinner i Norge. Den vanligste utfordringen som oppstår i forbindelse med tidlig ammeslutt er utilstrekkelig melkeproduksjon. Det finnes en rekke tiltak man kan forsøke ved lav melkeproduksjon. Tiltakene må dog individualiseres den enkelte kvinne. Tiltak for å øke melkeproduksjonen og på sikt øke ammevarigheten er: god informasjon – og veiledning til kvinnene, tidlig ammestart, pumpe etter amming, legge barnet til brystet oftere, hud – til – hud kontakt, fremme ro og velvære, forhindre stress, god ammestilling, godt sugetak, hjelpemidler som hjelpebryst, brystskjold og oksytocinspray. Helsepersonell bør bli mer kritiske i bruken av morsmelkerstatning, og kun gi dette på medisinsk grunnlag da dette er en ødeleggende faktor for amming.

Det finnes et ammepress i samfunnet som medfører stigmatisering og skamfølelse hos kvinner som ufrivillig må gi opp ammingen. Disse kvinnene bør derfor følges opp tettere av helsepersonell av hensyn til deres psykiske helse.

Litteraturliste

- Ball, J. E., Murrells, T., Rafferty, A. M., Morrow, E., & Griffiths, P. (2013). 'Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 23(2), 116 – 123.
<https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/23/2/116.full.pdf>
- Berg, J.P. (2021, 5 mars). Oksytocin. I *Store norske leksikon*. <https://sml.snl.no/oksytocin>
- Danielsen, K. E. (2017). Det friske nyfødte barnet. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2.utg., s. 643-644). Cappelen Damm AS.
- Eget arbeid. (2021). *Ammeerfaringer hos førstegangsfødende* [Upublisert prosjektplan]. Universitetet i Sørøst – Norge.
- Folkehelseinstituttet. (2018, 14 Mai). *Sosiale Helseforskjeller i Norge*. Folkehelse rapporten. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/sosiale-helseforskjeller/>
- Folkehelseinstituttet. (2020). *Skjema for strukturert ammeobservasjon og veiledning* [Skjema]. FHI.
https://www.fhi.no/contentassets/520b19ca5e6c4e1d8fd99f1399e52d9c/skjema-ammeobservasjonsskjema.pdf?fbclid=IwAR117MHCehlIQtjODVcxqNlePbbAP0mxak-BJZIEbM_NOYiAJfxy76JTh-8
- Forster, D.A. & McLachlan, H. L. (2010). Breastfeeding Initiation and Birth Setting Practices: A review of the Literature. *Journal of Midwifery & Womens Health*, 52(3), 273 – 280. <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy2.usn.no/doi/pdf/10.1016/j.jmwh.2006.12.016>

- Hansen, M. N. (2017). Ammeveiledning. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2.utg., s. 725-726). Cappelen Damm AS.
- Hansen, M. N. (2017). Brystets anatomi og fysiologi. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: ansvar, funksjon og arbeidsområde*. (2.utg., s. 705-709). Cappelen Damm AS.
- Hansen, M. N. (2017). Morsmelkens sammensetning. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: ansvar, funksjon og arbeidsområde*. (2.utg., s. 712-713). Cappelen Damm AS.
- Hansen, M. N. (2017). Mor-barn-vennlige sykehus. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2.utg., s. 701). Cappelen Damm AS.
- Haug, A. C., Markestad, T., Tjora, E. & Moster, D. (2021). Stramt tungebånd hos nyfødte. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*.
<https://tidsskriftet.no/2021/08/kronikk/stramt-tungeband-hos-nyfodte>
- Helsedirektoratet. (2013). *Amming og spedbarns kosthold. Landsomfattende undersøkelse 2013*. Hentet fra
https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/amm-og-spedbarns-kosthold-landsomfattende-undersokelse-2013/Amming%20og%20spedbarns%20kosthold%20-%20landsomfattende%20undersokelse%202013.pdf/_attachment/inline/008eea77-7b4f-4f7b-a6bb-7013b8817af1:da769ba163df13ab13b3d5afc64510c87b32c0f7/Amming%20og%20spedbarns%20kosthold%20-%20landsomfattende%20undersokelse%202013.pdf

Helsedirektoratet. (2014). *Nytt liv og trygg barseltid for familien: Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen.*

[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen/Nytt%20liv%20Og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/ _attachment/inline/f70bcc8c-186f-41f1-b6e7-c897d968a285:24d3a455d94e52500dee479739d3acf83f7d6c16/Nytt%20liv%20Og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen/Nytt%20liv%20Og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_attachment/inline/f70bcc8c-186f-41f1-b6e7-c897d968a285:24d3a455d94e52500dee479739d3acf83f7d6c16/Nytt%20liv%20Og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf)

Helsedirektoratet. (2019, 9. desember). *Gravide skal få kunnskapsbasert informasjon og ha innflytelse på oppfølgingen i svangerskapet.*

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen/svangerskapsomsorgen-og-informasjon-til-gravide/gravide-skal-fa-kunnskapsbasert-informasjon-og-ha-innflytelse-pa-oppfolgingen-i-svangerskapet>

Helsedirektoratet. (2021, 8.juli). *Anbefalinger for morsmelk, morsmelkerstatning og introduksjon av mat.*

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spedbarnsernaering/anbefalinger-for-morsmelk-morsmelkerstatning-og-introduksjon-av-mat#rad-om-morsmelk-og-annen-mat-ma-tilpasses-hvert-barn-og-hver-mor>

Helsedirektoratet. (2022, 16.mars). *Svangerskapsomsorgen: Konsultasjoner i svangerskapsomsorgen.*

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen/konsultasjoner-i-svangerskapsomsorgen#gravide-med-et-normalt-svangerskap-bor-fa-tilbud-om-et-basisprogram-med-atte-konsultasjoner-inkludert-ultralydundersokelse-praktisk>

Helsenorge. (2022, 26.februar). *Metoder for å gi morsmelk og morsmelkerstatning.*

<https://www.helsenorge.no/spedbarn/spedbarnsmat-og-amming/metoder-for-a-gi-morsmelk-og-morsmelkerstatning/#hvorfor-bruke-hjelpebryst>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV.1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Helse – og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse – og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorg>

Holmsen, S.T., Lona, A-M. & Solberg, R. (2021). Riktig behandling for stramt tungebånd hos spedbarn. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*.
<https://tidsskriftet.no/2021/08/debatt/riktig-behandling-stramt-tungeband-hos-spedbarn>

Huang, Y., Liu, Y., Yu, X-Y. & Zeng, T-Y. (2021). The rates and factors of perceived insufficient milk supply: A systematic review. *Maternal and Child nutrition*, 18(1), 1 – 13. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/mcn.13255>

Hva kan jeg gjøre hvis babyen kaver og er urolig ved brystet? (2021, 27. september). I *Ammehjelpen*. <https://ammehjelpen.no/kaving/>

Kent, J.C., Prime, D.K. & Garbin, C.P. (2012). Principles for Maintaining or Increasing Breast Milk Production. *Journal of obstetric, Gynecologic and neonatal Nursing*, 41(1), 114 – 121. <https://www.jognn.org/action/showPdf?pii=S0884-2175%2815%2931026-1>

Kronborg, H., Foverskov, E., Nilsson, I. & Maastrup, R. (2017). Why do mothers use nipple shields and how does this influence duration of exclusive breastfeeding. *Maternal & Child Nutrition*, 13(1), 1 – 13.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/mcn.12251>

- Larsen, J.S. & Kronborg, H. (2013). When breastfeeding is unsuccessful – mothers experiences after giving up breastfeeding. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 848 – 856. <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy1.usn.no/doi/pdf/10.1111/j.1471-6712.2012.01091.x>
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4. utg). Universitetsforlaget.
- McFadden, A., Gavine, A., Renfrew, MJ., Wade, A., Buchanan, P., Taylor, JL., Veitch, E., Rennie, AM., Crowther, SA., Neiman, S. & MacGillivray, S. (2017). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1 – 30. <https://www-cochranelibrary-com.ezproxy2.usn.no/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001141.pub5/epdf/full>
- McKechnie, A.C. & Eglash, A. (2010). Nipple shields: a review of the literature. *Breastfeeding Medicine*, 5(6), 309 – 314. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3014757/pdf/bfm.2010.0003.pdf>
- Nasjonal kompetansetjeneste for amming. 2021. *Amming – en håndbok for helsepersonell*. Fagbokforlaget.
- Nilsen, T.S. & Grutle, M. (2018). *Kartlegging av bruk av morsmelkerstatning til friske fullbårne barn ved en norsk barselavdeling*. [Masteroppgave, Høgskolen på Vestlandet]. HVL Open. <http://hdl.handle.net/11250/2501769>
- Nilsson, I.M.S., Strandberg-Larsen, K., Knight, C.H., Hansen, A.V. & Kronborg, H. (2017). Focused breastfeeding counselling improves short- and long-term success in an early-discharge setting: A cluster-randomized study. *Maternal & Child Nutrition*, 13(4), 1 – 10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7082818/pdf/MCN-13-e12432.pdf>

Norsk senter for forskningsdata. (2021, 14. oktober). NSD. Hentet fra

<https://www.nsd.no>

Pasient – og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient – og brukerrettigheter.*

(LOV.1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>

Shekher, R., Lin, L., Zhang, R., Hoppe, I.C., Taylor, J.A., Bartlett, S.P. & Swanson, J.W.

(2021). How to Treat a Tongue-tie: An Evidence-based Algorithm of Care. *Plastic and Reconstructive Surgery – Global Open*, 9(1), 1 – 10.

https://journals.lww.com/prsgo/Fulltext/2021/01000/How_to_Treat_a_Tongue_tie_An_Evidence_based.26.aspx

Sheryl, H., Wilson, M. & Norwood S. (2013). A description of breast-feeding outcomes

among U.S. mothers using nipple shields. *ScienceDirect*, 29(6), 616 – 621.

<https://www-sciencedirect-com.ezproxy2.usn.no/science/article/pii/S0266613812000769>

Skouteris, H., Bailey, C., Nagle, C., Hauck, Y., Bruce, L., & Morris, H. (2017). Interventions

Designed to Promote Exclusive Breastfeeding in High-Income Countries: A Systematic Review Update. *Breastfeeding Medicine*, 9(3).

<https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/bfm.2013.0081>

Statistisk sentralbyrå. (2021, 21 April). *Fattigdomsproblemer, leveårsundersøkelsen.*

<https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekars/statistikk/fattigdomsproblemer-levekarsundersokelsen>

Syntocinon. (2020, 5. August). I *Felleskatalogen.*

<https://www.felleskatalogen.no/medisin/pasienter/pil-syntocinon-alfasigma-627618>

Utdannings – og forskningsdepartementet. (2005). *Rammeplan med forskrift for jordmorutdanning*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269373-rammeplan_for_jordmorutdanning_05.pdf

World Health Organization. (2021, 13. Oktober). Breastfeeding. Hentet fra https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_2

World Health Organization. (2022). *Nutrition and Food Safety: Ten steps to successful breastfeeding*. Hentet 25.april 2022 fra <https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/food-and-nutrition-actions-in-health-systems/ten-steps-to-successful-breastfeeding>

«Ammepress og dårlig samvittighet». (23.09.2003). *Sykepleien Forskning*. Hentet 21. april 2022 fra <https://static.sykepleien.no/forskning/2003/09/ammepress-og-darlig-samvittighet>

Vedlegg

Vedlegg 1: NSD godkjenning

Vedlegg 2: Informasjonsskriv

Vedlegg 3: Analysetabell over temaer, kodegrupper og subgrupper

Vurdering

Referansenummer

992103

Prosjekttittel

Ammeerfaringer hos førstegangsfødende

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for sykepleie- og helsevitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Eva Sommerseth, Eva.Sommerseth@usn.no, tlf: 90895526

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Kristina Breiland, Kristinabreiland@outlook.com, tlf: 99354451

Prosjektperiode

06.12.2021 - 30.09.2022

Vurdering (1)**27.01.2022 - Vurdert**

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 27.01.2022 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og Personverntjenester. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger, særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold frem til 30.09.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke

tilbake. For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a. For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen: • om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen • formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål • dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet • lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Vi vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20). Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til Personverntjenester ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson hos oss: Lise Haveraaen

Vil du delta i forskningsprosjektet «Ammeerfaringer hos førstegangsfødende»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke ammeerfaringer hos førstegangsfødende kvinner i Norge. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Det ønskes å undersøke hvilke ammeutfordringer som oppstår hos førstegangsfødende kvinner, som bidrar til at dem slutter å fullamme barnet sitt før fylte 6 måneder. Forskningsprosjektet er en masteravhandling som skal pågå frem til uke 16, 2022. Problemstillingen vi ønsker å besvare er «Hvilke erfaringer har førstegangsfødende kvinner med fullamming?».

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Sørøst-Norge er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta i denne studien fordi du fyller våre utvalgsriterier som er følgende:

- Du er førstegangsfødende
- Du er mellom 18 og 45 år
- Du har / har hatt ett ønske om å fullamme i 6 måneder – men ikke fått dette til
- Du har gjennomgått uproblematisk svangerskap – og fødsel

Utvalget for studien er hentet fra ammegrupper på Facebook. Det vil totalt bli rekruttert 10 – 12 kvinner som får tilbud om deltakelse i studien.

Hva innebærer det for deg å delta?

Studien har et kvalitativt forskningsdesign som betyr at det gjennomføres intervjuer for å innhente informasjon om ammererfaringen til deltakerne. Intervjuet vil foregå over «Zoom» og vil vare i ca. 45 – 60 minutter.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn frem til informasjonsmaterialet blir benyttet i analysedelen av oppgaven. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du ønsker å trekke deg fra studien må dette gjøres før vi benytter dataene i resultatdelen.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Intervjuet vil bli tatt opp med lydopptaker for deretter å bli transkribert uten gjenkjennende opplysninger. Vi vil hele tiden arbeide i et program som heter USN – safe. Dette er en sikker datalagringstjeneste fra Universitetet i sør – øst Norge.

Vi vil opprette en kodeliste som erstatter navn og andre gjenkjennende opplysninger, dette sikrer personvernet. Dersom du ønsker å trekke deg fra studien vil vi likevel kunne spore deg opp igjen via en kodenøkkel som forbinder deg med riktig intervju. Denne kodenøkkelen er det kun masterstudent Charlotte Thorsen og Kristina Breiland, samt veileder Eva Sommerseth som vet hvor befinner seg. Deltakerne i studien vil ikke kunne gjenkjennes.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Personopplysninger og opptak vil slettes når all data er hentet ut av det transkriberte intervjuet. Det transkriberte intervjuet slettes først ved godkjent prosjekt, som etter planen er i 30.09.2022.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Sørøst – Norge har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene

- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Universitetet i Sørøst – Norge ved Eva Sommerseth (prosjektveileder), Kristina Breiland (masterstudent) og Charlotte Thorsen (masterstudent).

Vårt personvernombud: Paal Are Solberg ved Universitetet i Sørøst – Norge.

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Eva Sommerseth
(Forsker/veileder)

Kristina Breiland & Charlotte Thorsen
(studenter)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [*Ammeerfaringer hos førstegangsfødende*], og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

Vedlegg 2 Informasjonsskriv

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Trinn 1: Skape et helhetsinntrykk					
Tema 1	Tema 2	Tema 3	Tema 4	Tema 5	
Ammeutfordringer	Tidspres og kapasitetsmangel	Psykisk påkjenning	Dårlig informasjon og veiledning	Kunnskap – og kompetansemangel	
Trinn 2: Kodegrupper					
Kodegruppe 1		Kodegruppe 2		Kodegruppe 3	
Helsepersonell innehar og / eller viderefremmer for lite og for dårlig		Psykisk påkjenning hos kvinnene		Faktorer som påvirker fullamming	
Trinn 3 : Sammenfatte innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene					
Kodegruppe 1		Kodegruppe 2		Kodegruppe 3	
Helsepersonell innehar og / eller viderefremmer for lite og for dårlig kunnskap om amming		Psykisk påkjenning hos kvinnene		Faktorer som påvirker fullamming	
Subgruppe 1		Subgruppe 1		Subgruppe 1	
Tidspres og kapasitetsmangel		Ammepress i samfunnet		Fysiske ammefremmende tiltak	
Subgruppe 2		Subgruppe 2		Subgruppe 2	
Dårlig informasjon og veiledning fra helsepersonell		Dårlig samvittighet overfor barnet		Stress	
Subgruppe 3		Subgruppe 3		Subgruppe 3	
Kunnskap - og kompetansemangel hos helsepersonell		Dårlig tilknytning til barnet		Bruk av mme	
Kondensater		Kondensater		Kondensater	
Jeg sitter igjen med at det er utrolig dårlig ammekompetanse i det offentlige helsenorge, både på sykehus og helsestasjoner. Det er ikke bare å amme og så går alt greit på en måte. Jeg ba om ammeveiledning, og det fikk jeg, men så oppdaget jeg jo i ettertid at informasjonen jeg fikk var feil. Under sykehusoppholdet opplevde jeg at jeg fikk «hastige» svar og lite grunnforklaringer når jeg stilte spørsmål, det kan jo være fordi det var mye å gjøre på avdelingen, de sprang beina av seg. Det kan jo kanskje også skyldes koronapandemien.		Jeg følte meg som verdens verste mamma og var veldig fortvilet over at han ikke gikk opp i vekt. Jeg gråt fordi jeg ikke fikk til ammingen, og tenkte at han må jo få mat den stakkars ungen. Man blir liksom bare overlatt til seg selv på en måte. Jeg husker jeg var på foredrag om amming for noen år siden, da var det mye fokus på å få til ammingen, men nå de siste åra etter jeg fødte selv, så føler jeg at det har blitt mer aksept for å ikke amme. Jeg syntes det var synd at helsepersonellet skulle være så himla akseptable på at jeg ikke fikk det til, for på meg kunne de lagt litt mer press. I samfunnet generelt er det jo veldig paradoksalt for uansett hva vi kvinner gjør så er det jo feil, du ammer for lenge, du ammer for lite, du ammer ikke, ingenting er bra nok.		Vi fikk beskjed om å gi erstatning hver hver 2 - 3 time, men jeg skulle kanskje ønske at jeg heller fikk informasjon om å prøve ut andre tiltak som øker melkeproduksjonen før vi måtte gi erstatning. Det er stort fokus på å gi morsmelkerstatning istedenfor å finne ut hva som gjør at ammingen ikke fungerer. Jeg holdt jo på med dette pumperegime da, holdt vel på en uke til sammen. Og når ingenting gikk så måtte vi bare bestemme oss for at vi må bare gi morsmelkerstatning. Og det som da skjedde var at når jeg på en måte bestemte meg for det, så tror jeg kanskje at jeg klarte slappe litt mer av, og da begynte jeg plutselig å kjenne litt mer sprenge på puppene. Så da kom jo produksjonen i gang. I ettertid har jeg lest at det finnes mange ammefremmende tiltak jeg kunne prøvd ut, men ingen nevnte noe om dette til meg, jeg visste ikke hva hjelpebryst var engang.	
Trinn 4:	Analytisk tekst, se resultatkapittel.				