



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for folkehelsefag

Lillian Unosen Ystrøm

Kandidatnummer 443

Veileder Annette Løvheim Kleppang

Fordypningsoppgave individuell

Helsesøsters betydning for fullamming fram til seks måneder

4HFORD1

HELSØ vår 2016

Antall ord: 5345

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Sammendrag

Tittel: Helsesøsters betydning for fullamming fram til seks måneder.

Bakgrunn: Amming har mange helsefordeler. Morsmelk er infeksjonsforebyggende, og det er den optimale spedbarnsernæringen. To norske studier viser at selv om det anbefales å fullamme til barnet er seks måneder, er det de færreste som gjør det. Ammeprosenten synker mye fra barnet er to uker og fram mot seks måneder, fra 84% til 17%.

Hensikt: Gjennom forskning å få innsikt i om det er noe helsesøster kan gjøre for å få flere til å fullamme lenger.

Problemstilling: Hva kan helsesøster bidra med slik at flere fullammer til barnet er seks måneder?

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie. Jeg har fordypet meg i forskning og relevant litteratur for å tilegne meg kunnskap om fullamming og helsesøsters rolle i forhold til det. Litteratursøk er gjort i databasene SveMed+, Cinahl, PubMed, Medline og Oria i tidsrommet 22.10.15-22.05.16.

Resultat: Fire enkeltartikler ble plukket ut. Tre av dem omhandler norske forhold, den fjerde er fra Danmark. Resultatene fra artiklene sier noe om hvem som kan ha behov for ekstra støtte og veiledning fra helsesøster for å kunne fullamme lenger. De viser også at helsesøster kan få flere til å fullamme lenger ved intervensjoner som ammekyndig helsestasjon og hjemmebesøk hvor helsesøstrene har fått ekstra opplæring om amming.

Konklusjon: Funnene i litteraturstudien har betydning for helsesøsters arbeid. Det tyder på at de helsesøstrene som har fått ekstra ammeopplæring, enten de jobber ved ammekyndig helsestasjon eller de bruker kunnskapen på hjemmebesøk, bidrar til at flere fullammer lenger. Forskningen sier noe om hvem som trenger økt støtte og veiledning. Det er verdifull informasjon for helsesøster som jobber med nyfødte barn og mødrene deres.

Nøkkelord: helsesøster, fullamming, ammekyndig helsestasjon, hjemmebesøk

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG.....	3
1. INNLEDNING	5
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	5
1.2 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING	5
1.3 AVGRENSNINGER OG BEGREPSAVKLARING	6
2. BAKGRUNN.....	7
2.1 AMMINGENS HELSEFORDELER.....	7
2.2 HELSESØSTERS ROLLE	8
2.3 FAKTORER SOM PÅVIRKER LENGDEN PÅ FULLAMMING OG ANDELEN SOM FULLAMMER	9
3. METODE	11
3.1 LITTERATURSTUDIE.....	11
3.2 SELEKSJONSKRITERIER.....	11
3.3 SØKEPROSESSEN.....	12
3.4 FORSKNINGSETISKE HENSYN	13
4. RESULTAT.....	14
4.1 AMMEKYNDIG HELSESTASJON.....	14
4.2 HJEMMEBESØK AV HELSESØSTER	15
4.3 SOSIOØKONOMISKE FORSKJELLER HOS MØDRENE	16
5. DISKUSJON	17
5.1 AMMEKYNDIG HELSESTASJON.....	17
5.2 HJEMMEBESØK.....	18
5.3 FAKTORER SOM PÅVIRKER FULLAMMING	19
5.4 METODEDISKUSJON.....	20
6. KONKLUSJON	22
LITTERATURLISTE	24

Vedlegg 1: Ti trinn for vellykket amming

Vedlegg 2: Retningslinjer ammekyndig helsestasjon

Vedlegg 3: Søkehistorikk

Vedlegg 4: Oppsummering av inkluderte artikler

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har valgt amming som tema. Helsestasjonen har en viktig rolle pga. den tette kontakten de har med barn og foreldre, og de er dermed i en unik situasjon i arbeidet med å fremme amming (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Amming er derfor noe helsesøster på helsestasjonen trenger god kunnskap om. Bakgrunnen for valg av tema er to norske undersøkelser som viser at ammeprosenten for fullamming faller mye fra fødsel og fram til seks måneder. 84% ble fullammet ved to ukers alder, ved fire måneder var andelen nede i 44% og helt nede i 17% ved fem og en halv måned (Helsedirektoratet, 2013). Mor- og barnundersøkelsen har lignende tall (Häggkvist et al., 2010).

Temaet er høyaktuelt nå. Det lanseres snart nye retningslinjer for spedbarnsernæring, og det har de siste månedene vært flere innlegg i media fra fagpersoner med ulike synspunkter. Diskusjonen gjelder i all hovedsak om man skal anbefale fullamming til fire eller seks måneder. Helsesøster er en person foreldre mener inngir tillit og trygghet (Landsgruppen av helsesøstre NSF, 2015). Det er derfor viktig at hun holder seg faglig oppdatert (Glavin, 2007) for å kunne gi foreldre råd som er til det beste for barnet. Jeg mener at vi som fagpersoner må forholde oss til retningslinjene fra Helsedirektoratet.

I litteraturstudiet ønsker jeg å undersøke om det er noe helsesøster kan bidra med i forhold til at så mange ikke følger anbefalingene om fullamming fram til seks måneder (Helsedirektoratet, 2013).

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med oppgaven er å få økt kunnskap om helsesøsters rolle i forhold til fullamming.

Jeg har følgende problemstilling:

«Hva kan helsesøster bidra med slik at flere fullammer til barnet er seks måneder?»

1.3 Avgrensninger og begrepsavklaring

Amming er et stort tema, og jeg har valgt å avgrense det til fullamming fra fødsel til seks måneder, i tråd med dagens anbefalinger (Helsedirektoratet, 2013). Fullamming defineres i samsvar med WHO som spedbarn som kun får morsmelk, eventuelt vitamin/mineraltilskudd (Helsedirektoratet, 2013). Jeg har valgt fullbårne barn, født fra uke 37, ettersom det er større muligheter for at det blir for lite melk eller oppstår andre problemer når barnet er prematurt (Ammehjelpen, 2015). Jeg har valgt å omtale helsesøster som hun, fordi de fleste helsesøstre er kvinner. I landsgruppen for helsesøstre er det kun fem menn (Fonn, 2014). Jeg legger fokus på mor i denne oppgaven, og har valgt å ikke ta med tema som omhandler far.

2. Bakgrunn

Helsedirektoratet (2014a) har som mål å opprettholde og øke andelen barn som ammes. I regjeringens handlingsplan for sunnere kosthold i befolkningen (Sosial- og helsedirektoratet, 2007) kommer det fram at amming er et av de mest effektive tiltakene for å fremme helse og forebygge sykdom.

2.1 Ammingens helsefordeler

Amming har kort- og langtidsfordeler for både mor, barn og samfunnet (Rollins et al., 2016). Det er ikke bare i utviklingsland amming har en stor helsegevinst, også i industriland er amming viktig. Studier har vist at det kan forebygge plutselig spedbarnsdød (Victora et.al, 2016). Morsmelk gir optimal spedbarnsernæring og har ikke minst en infeksjonsforebyggende oppgave (Holmsen, Løland, Bærug & Nylander, 2011). Amming beskytter mot mage-tarminfeksjoner, luftveisinfeksjoner og ørebetennelser. I tillegg reduserer amming sannsynligvis overvekt og diabetes senere i livet, og gir økt intelligens (Victora et al., 2016). Flere studier viser også at amming gir beskyttelse mot noen typer allergier, atopisk eksem og astma de første leveårene, og det anbefales at barn som er allergisk disponert ammes (Sundhedsstyrelsen, 2013). For mor forebygger amming brystkreft og kanskje ovariekreft. IARC, WHO's organ for kreftforskning, har amming som et av tolv råd for å forebygge kreft (Kreftregisteret, 2015).

I tillegg blir forholdene tilrettelagt for omsorg og nærhet i ammesituasjonen, om mor er seg det bevisst eller ikke (Helsing & Häggkvist, 2008).

Det er altså store helsefordeler ved å amme. Et grunnleggende mål for helsesøsters arbeid er at barn skal ha god helse og livskvalitet (Kvarme, 2007).

Det pågår for tiden arbeid med nye retningslinjer i forhold til spedbarnsernæring. Inntil de foreligger gjelder anbefalingene for spedbarnsernæring fra 2001 (Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, 2001). I høringsbrevet er det grundig redegjort rundt diskusjonen om man skal endre rådene for fullamming fra seks til fire måneder (Helsedirektoratet, 2015a). Høringsutkastet anbefaler fortsatt fullamming til barnet er seks måneder (Helsedirektoratet, 2015b). Jeg velger derfor å forholde meg til anbefalingene for spedbarnsernæring fra 2001 i denne oppgaven. To systematiske oversikter av henholdsvis Kramer & Kakuma (2012) og

Hörnell, Lagström, Lande & Thorsdottir (2013) konkluderer også med at fullamning til seks måneder fortsatt kan anbefales.

Torsvik (2015) har forsket på at barn som fullammes kan få for lite jern og B12, og dermed senere psykomotorisk utvikling. Hun mener at rådene om fullamning til seks måneder bør revurderes. Helsedirektoratet (2016) sier at de ikke endrer anbefalingene basert på noen få enkeltstudier. Det må være mange studier over tid som peker i samme retning før de tar det inn i rådene sine.

2.2 Helsesøsters rolle

En av helsestasjons- og skolehelsetjenestens oppgaver er helsefremmende og primærforebyggende arbeid (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Helsesøster er en sentral aktør i kommunenes folkehelsearbeid med sitt systematiske helsetilbud (Landsgruppen av helsesøstre NSF, 2015). Anatolitou (2012) sier at støtte til amming bør anses som en sak for folkehelsen og Hörnell et al. (2013) skriver at strategier for å støtte og fremme amming bør forsterkes.

De fleste ammeproblemer oppstår de fire første ukene etter fødsel. Hvis mødrene får tidlig og kvalifisert hjelp fra helsestasjonen kan det bidra til at flere ammer lenger (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Helsepersonell kan bidra til økende forekomst og varighet av amming hvis de klarer å få den første ammingen til å oppleves positiv (Tuft, 2005).

Nasjonalt kompetansesenter for amming har utarbeidet faglige retningslinjer for ammeveiledning ved helsestasjoner. Retningslinjene tar utgangspunkt i WHO/UNICEFs Ti trinn for vellykket amming (vedlegg 1). Helsestasjonene kan bli sertifisert som ammekyndige helsestasjoner (vedlegg 2). Dette er en videreføring av mor-barn-vennlige sykehus, som har vist seg å være et viktig tiltak for å støtte og fremme amming (Nasjonalt kompetansesenter for amming, 2012). Helsedirektoratet (2014b) anbefaler at kvinner og nyfødte sikres tilgang til ammekyndig helsepersonell ved at Ti trinn for vellykket amming er minstestandard i barselomsorgen.

Det anbefales at alle foreldre med nyfødte barn tilbys hjemmebesøk, helst innen 7-10 dager etter fødselen (Helsedirektoratet, 2014b). Balke (2013) sier at hjemmebesøk er en viktig arena for veiledning og informasjon, og at alle helsesøstre i hennes studie tok opp amming

som tema på hjemmebesøket. Hjälmhult (2009) skriver at mødrene fikk bedre ammeveiledning ved hjemmebesøk enn når det første møtet var lagt til helsestasjonen. Hjemmebesøket ga også helsesøster et bedre grunnlag for videre kontakt med familien. Kronborg, Væth & Kristensen (2012) fant i sin studie at mødre som ikke fikk hjemmebesøk fullammet kortere tid enn de som fikk det. Omtrent halvparten av førstegangsfødende i gruppen som ikke fikk hjemmebesøk savnet også informasjon om amming, i tillegg til at de benyttet seg mer av annet helsevesen for å veie opp for manglende hjemmebesøk. I Hedmark fylke fikk 77% hjemmebesøk innen to uker i 2015, landsgjennomsnittet er 82% (Statistisk sentralbyrå, 2016). Statens helsetilsyn (2011) sier at antall reelle hjemmebesøk er lavere enn det Statistisk sentralbyrå sine tall viser.

Sundhedsstyrelsen (2013) sier at det er viktig at helsesøstre har tiltro til kvinners evne til å amme, og at de har den kunnskap og ferdighet som kreves for å gi støtte. Videre skriver de at det ofte er mangelfull kunnskap blant helsesøstre, og at holdninger kan være formet av egne erfaringer rundt amming. De sier også at det er lite ammeopplæring i helsesøsters grunnutdanning, men etterutdanning innen amming kan ha positiv innvirkning på holdninger, kunnskap og ferdigheter.

Helsesøster trenger kunnskap om hva som fremmer amming, og i hvilken fase problemene oppstår for å kunne gi målrettet veiledning (Tufte, 2005). God ammeveiledning er konkrete råd, støtte og oppmuntring og å bli fulgt opp til problemet er løst (Tufte, 2014).

De som velger å ikke amme skal støttes på det. De kan ha behov for å diskutere avgjørelsen med helsepersonell for å kunne ta et informert valg (Sundhedsstyrelsen, 2013).

2.3 Faktorer som påvirker lengden på fullamming og andelen som fullammer

Hägkvist et al. (2010) viser til at det er færre mødre som røyker, har lav utdanning, høy BMI før graviditet og har fått utført keisersnitt som starter å amme. Keisersnitt, morsmelkerstatning og vann og/eller sukkervann første leveuke er assosiert med ammeproblemer, og større sannsynlighet for å slutte å fullamme første måned. Ekström, Widström & Nissen (2003) sier også at morsmelkerstatning i starten av livet og mors røyking er uheldig for varigheten av fullamming. Høyere alder hos mor, antall barn mor har

født og lengden på utdanning indikerer høyere andel som blir fullammet. Mors røyking og bruk av snus er forbundet med lavere andel som fullammes (Helsedirektoratet, 2013).

Den vanligste årsaken til å slutte å amme tidlig er bekymringen over å ha for lite melk. Det er viktig at foreldrene har kunnskap om hvordan de kan vurdere at barnet får den melken de trenger. På den måten unngår man at det settes spørsmålstegn ved melkeproduksjonen (Sundhedsstyrelsen, 2013).

Tufte (2014) sier at ammepress er et mye brukt ord i media, og at det kan gi inntrykk av at det er et stort problem. Videre sier hun at begrepet ikke er brukt i utenlandsk litteratur, og at det kan være et skandinavisk fenomen fordi de fleste starter å amme. Det kan da oppleves vanskelig å ikke få det til. Ingen skal presses til å amme, men ingen skal heller måtte gi opp fordi de ikke får gode nok råd (Tufte, 2014).

3. Metode

Rienecker & Jørgensen (2013) sier at en vitenskapelig metode er en systematisk fremgangsmåte som gir leseren mulighet til å gjenta undersøkelsen og finne det samme resultatet. Metoden er redskapet vi bruker når vi vil undersøke noe og som hjelper oss å samle inn de data vi trenger (Dalland, 2012).

3.1 Litteraturstudie

Min fordypningsoppgave er en litteraturstudie. Magnus & Bakketeig (2000) sier at et litteraturprosjekt er å systematisere kunnskap fra skriftlige kilder. Å systematisere kunnskap er å søke, samle, vurdere og sammenfatte den (Støren, 2013). For å tilegne meg nødvendig kunnskap om helsesøsters rolle i forhold til fullamming har jeg gått i dybden på forskning. Glavin (2007) sier at helsesøsters virksomhet må baseres på relevant kunnskap, og hun må være faglig oppdatert. Tiltak i helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør baseres på kunnskap fra god forskning (Sosial- og helsedirektoratet, 2004).

Ved å bruke litteraturstudie som metode har jeg anvendt forskning som allerede eksisterer for å finne svar på problemstillingen. En litteraturstudie begrenses av hva andre har forsket på.

3.2 Seleksjonskriterier

I seleksjonen av studier er det viktig å unngå systematiske feil, inklusjons- og eksklusjonskriterier må derfor være forhåndsbestemt (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015). Kriteriene hjelper meg å avgrense søket. Målet er å være så objektiv som mulig og ikke la utvelgelsen være basert på personlige erfaringer.

Inklusjons- og eksklusjonskriterier for søkene mine har vært:

- kun artikler på norsk, svensk, dansk og engelsk.
- artikler med relevans for norske forhold. Norge har en høy andel som ammer og er et av de ledende landene i Europa når det gjelder amming (Sosial- og helsedirektoratet, 2007), noe som har vært viktig å tenke på i utvelgelsen av

artikler. 45-60% fullammer etter 4 måneder i Skandinavia, mot 15-30% i Storbritannia og USA (Kronborg, Væth, Olsen, Iversen & Harder, 2007).

- ikke artikler eldre enn 2001, da de nye anbefalingene om fullamming til seks måneder kom. Jeg har forsøkt å velge så nye artikler som mulig fordi det forskes mye rundt morsmelk og amming nå.

3.3 Søkeprosessen

For å finne forskningsartikler som omhandler valgt tema har jeg søkt i relevante databaser. Jeg har fått hjelp av bibliotekar ved Høgskolen i Hedmark avdeling Elverum både til å finne aktuelle søkeord og databaser. Jeg har benyttet meg av PICO for å systematisere søket. Det er et rammeverk som deler opp spørsmålet mitt slik at det struktureres på en måte som er hensiktsmessig i forhold til søkeprosessen (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012).

Jeg har foretatt systematiske søk etter enkeltstudier i databasene Oria, SveMed+, Cinahl, Medline og PubMed, samt gjort pyramidesøk hvor jeg har funnet kunnskapsbaserte oppslagsverk og oppsummerte oversikter i UpToDate, Cochrane og Dare. I pyramidesøkene har jeg kun brukt exclusive breastfeeding som søkeord. Søkehistorikk i de andre databasene framgår av vedlegg 3. Tilgang til databasene har jeg fått via Høgskolen i Hedmarks bibliotek sine hjemmesider. Litteratursøket er gjort i perioden 22.oktober 2015 til 22.mai 2016.

Søkeordene jeg har benyttet meg av består av både kontrollerte emneord, MeSH termer (Støren, 2013), og tilsvarende ord som ikke er MeSH termer. Søkeordene har jeg kommet fram til ved å bruke Ordnett og se på «keywords» i andre artikler, i tillegg til hjelp fra bibliotekar.

De artiklene som har vært av interesse har jeg vurdert opp mot relevansen for problemstillingen min. Validitet (gyldighet) er et kvalitetskrav som sier noe om hvor godt forskningen representerer fenomenet (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010).

Jeg har også vurdert om artiklene holder mål forskningsmessig. Johannessen, Tufte & Christoffersen (2010) sier at hvorvidt dataene er pålitelige er et grunnleggende spørsmål. Dette kalles reliabilitet og handler om nøyaktigheten av data som benyttes, måten de er samlet inn på og hvordan de bearbeides (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010). Som

hjelp til å vurdere artiklene har jeg benyttet meg av sjekklister fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2014) og IMRAD (Nortvedt et al., 2012).

På treffene i databasene så jeg først etter relevante titler. Deretter leste jeg abstrakt på mange artikler for å se om de var aktuelle for problemstillingen min. Artiklene jeg har valgt er plukket ut fordi de omhandler helsesøster, de tar for seg fullamning, og de er av nyere dato. Det kan være en svakhet, men jeg har valgt enkeltstudier fordi de i motsetning til de systematiske oversiktene jeg fant omhandler skandinaviske forhold. Jeg har også valgt en artikkel som i hovedsak omhandler hvem som slutter å fullamme tidlig, fordi jeg mener det er viktig informasjon helsesøster trenger for å kunne utføre jobben sin best mulig. Jeg har funnet en god del relevant litteratur, og flere av artiklene som ikke ble inkludert har jeg brukt som bakgrunnsstoff. Se vedlegg 4 for inkluderte artikler.

3.4 Forskningsetiske hensyn

Den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humaniora har vedtatt forskningsetiske retningslinjer, som kan sammenfattes i tre hensyn en forsker må ta. Det er informantens rett til selvbestemmelse og autonomi, respekt for informantens privatliv og ansvar for å unngå skade (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2010). Etiske retningslinjer for sykepleieforskning (Sykepleiernes samarbeid i Norden, 2003) vektlegger de samme etiske prinsippene, og sier at faglige etiske prinsipper må respekteres når forskningen gjelder mennesker. Alle artiklene som er inkludert i oppgaven min er godkjent av en etisk forskningskomite.

Artiklene jeg har brukt er fagfelleurdert. Det vil si at artiklene er kvalitetssikret av andre eksperter på fagfeltet før de er tatt inn i et fagfelleurdert tidsskrift (Nortvedt et al., 2012). Artikkelenes troverdighet økes hvis den er fagfelleurdert. Det er viktig å være kildekritisk med tanke på forfatterens hensikt med studien, har for eksempel forfatteren økonomisk interesse av det som undersøkes.

4. Resultat

I dette kapitlet presenteres resultatene fra litteratursøket. Resultatene presenteres i tre temaer.

4.1 Ammekyndig helsestasjon

To av studiene omhandler ammekyndig helsestasjon. Vedlegg 2 viser hvordan en ammekyndig helsestasjon skal jobbe. Halvorsen et al. (2015) sier at satsing på ammekyndige helsestasjoner kan være av vesentlig betydning for en stor andel mødre og barn etter de første seks ukene. De ser ingen forskjell på fullamming ved seks uker, og tror det kommer av at svært mange starter å fullamme i Norge. Ved seks måneder derimot var det signifikant flere mødre som var tilknyttet ammekyndig helsestasjon som fullammet, 24,7% mot 17,0% hos de som var tilknyttet ordinær helsestasjon. I Bærug et al. (2016) sin studie fullammet også mødrene i intervensjonsgruppa lenger enn kontrollgruppa, 17,9% mot 14,1% ved seks måneder, 41,4% mot 35,8% ved fem måneder.

Bærug et al. (2016) viser til at mødre blir utskrevet raskere fra sykehuset enn tidligere, og derfor må strategier for å fremme fullamming ligge hos helsestasjonstjenesten. Studien viser også at flertallet i begge gruppene av mødre var fornøyd med ammeopplevelsen, uavhengig av hvilken helsestasjon de var tilknyttet. Videre sier Bærug et al. (2016) at selv om mødrene var fornøyd med ammingen ammer likevel et fåtall så lenge som det er anbefalt.

Også Halvorsen et al. (2015) viser i likhet med Bærug et al. (2016) til at liggetiden på barselavdeling er redusert og at mødrene ofte reiser hjem før ammingen er godt i gang.

Halvorsen et al. (2015) konkluderer med at ammekyndig helsestasjon er forbundet med fortsatt amming etter seks måneder. De sier at data fra helsestasjonstjenesten kan gi viktig informasjon om hvor helsesøstre bør sette inn innsatsen. I et folkehelseperspektiv vil det være viktig at alle norske helsestasjoner bringes opp på samme kompetansenivå, altså ammekyndige helsestasjoner. Ammekyndige helsestasjoner jobber for ensartet og god kvalitet på ammeveiledningen og kartlegging av ammeforekomst (Halvorsen et al., 2015). Bærug et al. (2016) sier også at ammekyndig helsestasjon kan være viktig for folkehelsen, og at denne intervensjonen krever begrensede ekstra ressurser.

Majoriteten av mødrene i begge gruppene følte ikke at de ble utsatt for ammepress av helsesøster. Ammepresset var likt i begge gruppene (Bærug et al., 2016).

4.2 Hjemmebesøk av helsesøster

Kronborg et al. (2007) sier det trengs intervensjonsprogram for å forlenge fullamming fordi varigheten av fullamming er langt under anbefalingene. Videre viser de til at de første ukene etter fødsel er den perioden ammeproblemer oppstår hyppigst. Mor - barn - vennlig sykehus er bra, men det trengs kontinuerende støtte for å forhindre en nedgang i den høye amningsraten som er i starten. De sier også at det er sett størst effekt ved personlig støtte.

I studien til Kronborg et al. (2007) fikk helsesøstrene i intervensjonsgruppa et 18 timers kurs. Intervensjonen fokuserte på å øke mødrenes self-efficacy og trygghet når det gjelder amming. Self-efficacy kan oversettes til mestringsforventning, altså personens vurderinger av egne evner og muligheter til å mestre (Kvarme, 2007). Dette gjorde helsesøstrene gjennom ett til tre hjemmebesøk i løpet av barnets første fem uker ved å gå gjennom tre hovedtemaer. Temaene var ammeteknikker og å lære seg å kjenne barnet, selvregulering og å se barnets signaler og tilstrekkelig med melk og samspill. Det overordna målet ved hjemmebesøkene var å lytte til mødrenes bekymringer.

Mødrene som fikk mer enn ett besøk ble valgt ut via spørreskjema. Det resulterte i at førstegangsfødende og flergangsfødende med kort ammeperiode tidligere hadde større sannsynlighet for å bli valgt ut. Resultatet av studien viste at 14% færre sluttet å fullamme i intervensjonsgruppa sammenlignet med kontrollgruppa. Størst forskjell fant de hos flergangsfødende med tidligere dårlig ammeerfaring. I intervensjonsgruppa var det 26% færre som sluttet å fullamme i forhold til kontrollgruppa. Studien viste også høyere self-efficacy hos flergangsfødende med dårlig ammeerfaring. Barna i intervensjonsgruppen ble ammet hyppigere og mødrene hadde mer trygghet i ikke å vite hvor mye melk barna fikk. Størst forskjell var det hos de med kort og/eller dårlig ammeerfaring fra før. Kronborg et al. (2007) sier at studien indikerer at helsesøstre kan endre praksis etter et 18-timers kurs. Sammenlignet med vanlig praksis trengtes det bare i gjennomsnitt 0,4 flere hjemmebesøk hos intervensjonsgruppa. Studien viser at intervensjon kan forlenge perioden med fullamming selv i en befolkning med en høy andel som fullammer.

Det var liten drop-out blant deltakerne, noe som kan bety at det er en akseptabel intervensjon for mødrene.

4.3 Sosioøkonomiske forskjeller hos mødrene

Halvorsen et al. (2015) sier det er en sammenheng mellom ammeslutt før seks måneder og faktorene røyking, mors alder, enslig mor, utilfredsstillende familiesituasjon og sosialt nettverk. Etter seks uker og seks måneder var det å være flergangsfødende assosiert med høyere forekomst av fullamming.

I studien til Kristiansen, Lande, Øverby & Andersen (2010) har faktorene mors utdanning, mors alder og mors røykevaner sammenheng med lengden av fullamming. Det å være flergangsfødende var også positivt for lengden av fullamming. De tre viktigste grunnene mødre selv oppga som grunn for å slutte å amme før seks måneder var for lite melk (40%), barnet ville ikke ha brystmelk (17%) og ammeproblemer (10%). Hos mødre som introduserte barnet for mat før fire måneder fant de lavere utdanning og høyere andel røykere enn hos de som ventet. Mors utdanning er en viktig variabel for fullamming, og oppstart og avslutning av amming. Røyking har en negativ assosiasjon med fullamming både ved tre, fire og fem og en halv måned. Sjansen for å fullamme ved fire måneder øker med hvor mange barn mor har fra før. Selv om Norge har en positiv ammetradisjon og permisjonsreglene gir mulighet til å amme, har faktorene som er nevnt over stor betydning på lengden av fullamming. Kristiansen et al. (2010) sier det må forskes mer for å forstå hvorfor det er slike forskjeller, slik at det kan utvikles mer effektive ammefremmende strategier. Dette kan føre at det blir mindre forskjell på spedbarns matvaner. Grupper med risikofaktorer kan ha behov for spesiell oppfølging ved helsestasjonen, som økt støtte og tilrettelegging.

Også Bærug et al. (2016) finner i sin studie at det er lavere ammefrekvens i lavere sosioøkonomiske grupper.

5. Diskusjon

Her tar jeg utgangspunkt i resultatene fra litteratursøket, og diskuterer det opp mot bakgrunnsstoffet mitt. Diskusjonen er inndelt etter samme prinsipp som kapittel 4.

5.1 Ammekyndig helsestasjon

I januar 2016 hadde 101 av landets 428 kommuner godkjente ammekyndige helsestasjoner (Nasjonalt kompetansesenter for amming, 2016). Studiene til Bærug et al. (2016) og Halvorsen et al. (2015) viser begge at det er økt forekomst av fullamming hos mødre som søker til ammekyndig helsestasjon. Helsesøstrene som jobber ved disse helsestasjonene har fått oppdatert og ensartet kunnskap om morsmelk og amming. Opplæringen de får på veien mot ammekyndig helsestasjon skal være av minst 12 timers varighet, og 3 av timene skal omfatte tema for praktiske øvelser under veiledning (Nasjonalt kompetansesenter for amming, 2012). Dette støttes av Sundhedsstyrelsen (2013) som skriver at videreutdanning innen amming kan ha en positiv innvirkning på holdninger, kunnskap og ferdigheter hos helsesøster.

Helsedirektoratet (2014) sier at de har som mål å opprettholde og øke andelen som ammes, men de sier ikke noe om hvordan. Hörnell et al. (2013) skriver at strategier for å støtte og fremme amming bør forsterkes, men heller ikke de sier noe om hvordan dette kan gjøres. Det virker som det er en bred enighet om at amming bør fremmes, men at det ikke er så mye forskning som viser hvilke tiltak som har effekt. Tufte (2014) sier derimot at god ammeveiledning er konkrete råd, støtte og oppmuntring og å bli fulgt opp til problemet er løst. Det samsvarer med opplæringen helsesøstrene på ammekyndig helsestasjon får.

Et av trinnene i Ammekyndig helsestasjon sier at alle mødre skal få informasjon om morsmelkens ernæringsmessige og immunologiske kvaliteter, og at mor skal støttes og oppmuntres til å være trygg på at spedbarn med tilfredsstillende vekst og trivsel ikke trenger tillegg av morsmelkerstatning eller fast føde før ved seks måneders alder (Nasjonalt kompetansesenter for amming, 2012). Akkurat dette er resultatet i Kronborg et al. (2007), hvor mødrene i intervensjonsgruppa har høyere self-efficacy og føler seg tryggere på at barnet får den melken det har behov for. Det viser at opplæringen helsesøstrene i Kronborg et al. (2007) får har samme effekt som Ammekyndig helsestasjon.

Både Bærug et al. (2016) og Halvorsen et al. (2015) sier i sine studier at mødre ofte reiser hjem fra barselavdelingen før ammingen har kommet ordentlig i gang. Dette legger også Nasjonalt kompetansesenter for amming (2012) vekt på i sine faglige retningslinjer for ammekyndig helsestasjon. Et av punktene er at helsestasjonen og barsel/neonatalavdelinger bør samarbeide om rutiner ved utskrivning av mor og barn. Helsestasjonen skal kontakte mor innen 48 timer på virkedager etter at de har fått beskjed, muntlig eller skriftlig, om at mor og barn er kommet hjem. Kronborg et al. (2007) sier i sin studie at de fleste ammeproblemer oppstår de første ukene, og det viser at det er samsvar mellom forskningen og anbefalingene og opplæringen som gis til de ammekyndige helsestasjonene.

Halvorsen et al. (2015) mener at det i et folkehelseperspektiv er viktig at helsestasjonene oppnår samme kompetansenivå. Når man vet at helsesøster har en sentral rolle i kommunens folkehelsearbeid (Landsgruppen av helsesøstre NSF, 2015) blir det naturlig at helsesøster jobber mot etablering av ammekyndig helsestasjon.

5.2 Hjemmebesøk

Både Balke (2013) og Hjälmhult (2009) sier at ammeveiledning er en viktig del av helsesøsters hjemmebesøk. De sier derimot ikke noe om hvordan veiledningen bør foregå. Det gjør Kronborg et al. (2007) i sin studie, der alle helsesøstre i intervensjonsgruppa har fått samme opplæring gjennom et 18-timers kurs. Det førte til at flere mødre i intervensjonsgruppa fullammet lenger enn i kontrollgruppa. Dette samsvarer med Helsedirektoratets (2014b) anbefalinger om at alt relevant helsepersonell utdannes og etterutdannes i Ti trinn for vellykket amming, slik at kvinner og nyfødte sikres tilgang til ammekyndig helsepersonell. Det kan virke som Kronborg et al. (2007) sitt fokus på self-efficacy og trygghet for mor er av stor betydning.

I studien til Kronborg et al. (2007) får intervensjonsgruppa 0,4 hjemmebesøk mer enn kontrollgruppa. Dette virker lite, og man kan tenke at det dermed er en intervensjon som ikke krever særlig mye økte ressurser. Men de to gruppene fikk i løpet av en fem ukers periode i gjennomsnitt henholdsvis 2,5 og 2,1 hjemmebesøk. Når man vet at mange helsestasjoner i Norge kutter eller nedprioriterer hjemmebesøk av helsesøster til foreldre med nyfødte barn (Landsgruppen av helsesøstre NSF, 2015), kan det derimot synes vanskelig å få gjennomført intervensjonen. På den annen side gikk helsesøstre gjennom det de hadde lært på kurset også hos de mødrene som bare fikk ett hjemmebesøk. På den

måten fikk alle i intervensjonsgruppa utbytte av helsesøsters økte kunnskap rundt amming. Hjemmebesøk er i utgangspunktet et tiltak som fremmer fullamming, jfr. Kronborg et al. (2012). Mødrene føler at de får bedre ammeveiledning enn ved et besøk på helsestasjonen (Hjälmhult, 2009). Når man da hos Kronborg et al. (2007) ser at intervensjonsgruppa har en lengre fullammingsperiode, kan man tenke seg at hjemmebesøk av helsesøster som har fått ekstra ammeopplæring vil være et viktig bidrag i arbeidet med å få flere til å fullamme lenger.

Kronborg et al. (2007) sier at de første ukene etter fødsel er den perioden ammeproblemer oppstår hyppigst, og at det trengs personlig kontinuerende støtte for å forhindre en nedgang i den høye amningsraten som er i starten. Dette samsvarer med dagens anbefalinger fra Helsedirektoratet (2014b) om hjemmebesøk fra helsesøster til alle med nyfødt barn innen 7-10 dager etter fødsel. Når både forskningen og anbefalingene støtter hjemmebesøk som viktig for fullamming må helsesøster bestrebe å få det til. Man vet derimot at jordmor- og helsesøsterdekningen i kommunene ikke har økt i samsvar med forskyvningen av ansvaret for barselomsorgen. Det virker heller ikke som det er en reell vilje fra regjeringens side å styrke tjenesten (Landsgruppen av helsesøstre NSF, 2015).

5.3 Faktorer som påvirker fullamming

Funn både i litteraturstudien og i øvrig litteratur viser at det ikke er helt tilfeldig hvilke mødre som starter å amme og som fullammer lenger enn andre. Det pekes på de samme risikofaktorene både i forskning og i øvrig litteratur.

Både Halvorsen et al. (2015), Kristiansen et al. (2010) og Bærug et al. (2016) finner sosioøkonomiske årsaker som øker sannsynligheten for at mor ikke fullammer/slutter å fullamme tidlig. Dette er faktorer som røyking, enslig mor, utilfredsstillende familiesituasjon og sosialt nettverk. Høy alder og utdanning hos mor og det å være flergangsfødende ser ut til å øke sannsynligheten for fullamming (Kristiansen et al., 2010).

Også keisersnitt, morsmelkerstatning og vann/sukkervann første leveuke er risikofaktorer (Häggkvist et al., 2010).

Når vi vet det finnes faktorer som påvirker om ammingen kommer til å fungere tilfredsstillende, kan de være viktige for helsesøster å vite om for å kunne identifisere hvilke mødre som trenger ekstra støtte (Sundhedsstyrelsen, 2013). Dette sier også Bærug et al. (2016) noe om. En del mødre kan ha behov for økt støtte og tilrettelegging hvis de ønsker å amme, som enslige, unge og førstegangsfødende. Selv om vi vet en del om ulikhetene, sier Kristiansen et al. (2010) at det må forskes mer for at vi bedre skal kunne forstå hvorfor det er slike ulikheter, og for å kunne utvikle mer effektive ammefremmende strategier.

Kristiansen et al. (2010) viser til at den viktigste grunnen mødrene oppga som grunn for å avslutte ammingen før seks måneder var for lite melk. Dette samsvarer med det Sundhedsstyrelsen (2013) skriver. Studien til Kristiansen et al. (2010) sier ikke noe om mødrene hadde for lite melk, eller om de trodde de hadde lite melk. I praksis har jeg erfart at mange tror de har for lite melk. Nettopp tryggheten av ikke å vite hvor mye melk barna fikk økte hos mødrene i intervensjonsgruppa til Kronborg et al. (2007). Et av temaene helsesøstrene lærte om på 18-timers kurset var mødrenes bekymring for ikke å ha nok melk. Dette ble også tatt opp som tema på hjemmebesøket/besøkene. Temaene som ble undervist i og veiledet videre til mødrene ser altså ut til å kunne forhindre den viktigste grunnen til ammeslutt. Barna i intervensjonsgruppen ble også ammet hyppigere (Kronborg et al., 2007). Det samsvarer med det vi vet om viktigheten for melkeproduksjonen at barnet tilbys brystet ofte nok (Sundhedsstyrelsen, 2013) og at melken reguleres etter noen uker av etterspørselen, slik at den tilpasser seg barnets behov (Helsing & Häggkvist, 2009).

Selv om det er mye snakk om ammepress i media (Tufte, 2014) er det ikke noe de fleste mødre føler som et problem (Bærug et al., 2016).

5.4 Metodediskusjon

For å besvare problemstillingen min har litteraturstudiet vært en god metode for innsamling av relevant data. Det er gjort mye forskning på amming generelt, men ikke fullt så mye på fullamming. Jeg fikk likevel en del treff på artikler som var relevante for norske forhold og som omhandlet både helsesøster og fullamming.

En svakhet ved artikkelen til Kristiansen et al. (2010) er at svarprosenten bare er på 52%, men de sier selv at det ikke er indikasjoner på at det er forskjeller på utvalget i studien i forhold til alle fødsler i Norge i 2006. I Bærug et al. (2016) er svarprosenten 58,1%. Den er

tilnærmet lik i begge gruppene, og data fra før studien startet viser lignende karakteristika i de to gruppene. Styrken til Halvorsen et al. (2015) sin studie er at den er basert på data som registreres fortløpende av helsesøster i en helseprofil, og deltakelsen er på 85,6%.

Jeg har etter beste evne prøvd å tolke innholdet slik forfatterne har ment det.

Artiklene er forsøkt valgt ut med tanke på høy kvalitet, og jeg har bare søkt etter artikler fra fagfelleurderte tidsskrift. Alle artiklene er godkjent av en etisk forskningskomite.

Jeg har henvist til alle kilder etter APA-stilen slik at leseren lett skal kunne finne kildene jeg har benyttet meg av.

6. Konklusjon

Funnene i denne litteraturstudien har betydning for helsesøsters arbeid, og viser hvordan hun kan bidra til at flere fullammer til barnet er seks måneder.

Helsesøster bør jobbe for å få sin helsestasjon sertifisert som ammekyndig, ettersom to norske studier viser at det er positivt for både lengden av fullamming og andelen som fullammer. Når helsesøstrene har samme opplæring om hva som fremmer amming er det med på å sikre at alle mødre og nyfødte får et mer likt tilbud enn i dag. Dette kvalitetssikrer helsesøsters arbeid.

Det er også viktig at alle nyfødte får hjemmebesøk av helsesøster. Hjemmebesøk viser seg å være en viktig arena for ammeveiledning. Selv om hjemmebesøkene i studien til Kronborg et al. (2007) var gjort av helsesøstre med ekstra opplæring, mener jeg de kan overføres til våre rutinehjemmebesøk. Har helsesøster gått gjennom opplæringen som kreves for å få sertifisering som ammekyndig helsestasjon har hun oppnådd økt kunnskap hun kan benytte seg av også under hjemmebesøk.

Når helsesøster har kunnskap om faktorene som påvirker lengden av fullamming kan hun sette av ekstra tid til å støtte og veilede mødrene det gjelder.

Kanskje kan Norge se til Danmark og Kronborg et al. (2007) sin studie for å få en enda bedre opplæring av helsesøstre, med tanke på deres fokus på self-efficacy og trygghet for mor rundt forhold som gjelder amming.

Sett i et folkehelseperspektiv må regjeringen tilrettelegge for en økning i ammekyndige helsestasjoner hvis de virkelig ønsker å øke andelen barn som ammes og fullammes.

Litteraturliste

Ammehjelpen. (2015). *For tidlig fødte barn – premature barn*. Lokalisert 9.mai 2016, på <https://ammehjelpen.no/artikkel/79/for-tidlig-fodte-barn-premature-barn>

Anatolitou, F. (2012). Human milk benefits and breastfeeding. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine* 2012;1(1):11-18. doi: 10.7363/010113

Balke, I. (2013). *Snart er det bare vi og feieren som er innom hos folk: en kvalitativ studie av helsesøsters hjemmebesøk til nyfødte* (Masteroppgave, Høgskolen i Gjøvik). Lokalisert på <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/143680/IBalke2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Bærug, A., Langsrud, Ø., Løland, B.F., Tufte, E., Tylleskär, T. & Fretheim, A. (2016). Effectiveness of Baby-friendly community health services on exclusive breastfeeding and maternal satisfaction: a pragmatic trial. *Maternal & Child Nutrition*. doi: 10.1111/mcn.12273

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving (5.utgave)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ekström, A., Widström, A-M. & Nissen, E. (2003). Duration of breastfeeding in Swedish primiparous and multiparous women. *J Hum Lact May 2003 vol. 19 (no. 2) 172-178*. doi: 10.1177/0890334403252537

Fonn, M. (2014). Guttene kaller ham helsebror. *Sykepleien (3) 2014 102.årgang s.11*. <https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/pdf/1481113.gen-ext.pdf>

Glavin, K. (2007). Forebyggende og helsefremmende arbeid. I K.Glavin, S. Helseth & L.G. Kvarme (Red.), *Fra tanke til handling, metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten* (s.48-67). Oslo: Akribe.

Halvorsen, M-K., Langeland, E., Almenning, G., Haugland, S., Irgens, L.M., Markestad, T. & Sollesnes, R. (2015). Amming kartlagt ved rutinedata. *Tidsskr Nor Legeforen* 2015; 135:236 – 41. doi: 10.4045/tidsskr.14.0133

Helsedirektoratet. (2013). *Amming og spedbarns kosthold. Landsomfattende undersøkelse 2013*. Lokalisert på

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/273/Amming-og-spedbarns-kosthold-landsomfattende-undersokelse-2013-IS-2239.pdf>

Helsedirektoratet. (2014a). *Fremdeles høy andel som ammes, men noe nedgang*. Lokalisert 19.mai 2016, på <https://helsedirektoratet.no/nyheter/fremdeles-hoy-andel-som-ammes-men-noe-nedgang>

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

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/130/IS-2057-Barsel-fullversjon.pdf>

Helsedirektoratet. (2015a). *Høringsbrev*. Lokalisert 18.november 2015, på

<https://helsedirektoratet.no/Documents/H%C3%B8ringer/Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20for%20spedbarnsern%C3%A6ring/H%C3%B8ringsbrev-Spedbarnsern%C3%A6ring.pdf>

Helsedirektoratet. (2015b). *Nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring*. Lokalisert 19.mai 2016, på

<https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Spedbarnsern%C3%A6ring%20%28H%C3%98RI%20NGSUTKAST%29.pdf>

Helsedirektoratet. (2016). *Trygt og bra å fullamme til 6 måneders alder*. Lokalisert 22.mai 2016, på <https://helsedirektoratet.no/nyheter/trygt-og-bra-a-fullamme-til-6-maneders-alder>

Helsing, E. & Hægkvist, A-P. (2008). *Amming: Til deg som vil amme*. Bergen: Fagbokforlaget.

Hjälmhult, E. (2009). Skal helsesøster tilby hjemmebesøk til alle foreldre med nyfødt barn? *Forskning* (nr 1), 2009; (4): 18-26.

Holmsen, S.T., Løland, B.F., Bærug, A., Nylander, G. (2011). Helseeffekter av amming- en myte? *Utposten* (5) 2011.

Hörnell, A., Lagström, H., Lande, B. & Thorsdottir, I. (2013). Breastfeeding, introduction of other foods and effects on health: a systematic literature review for the 5th Nordic Nutrition Recommendations. *Food Nutr Res.* 2013; 57: 10.3402/fnr.v57i0.20823.

Häggkvist, A-P., Brantsæter, A.L., Grjibovski, A.M., Helsing, E., Meltzer, H.M. & Haugen, M. (2010). Prevalence of breast-feeding in the Norwegian Mother and Child Cohort Study and health service-related correlates of cessation of full breast-feeding. *Public Health Nutrition: 13*(12), 2076–2086. doi: 10.1017/S1368980010001771

Johannessen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.

Kramer, M.S & Kakuma, R. (2012). Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2012*, (Issue 8). Art. No.: CD003517. DOI: 10.1002/14651858.CD003517.pub2

Kreftregisteret. (2015). *12 råd mot kreft*. Lokalisert 26.april 2016, på <http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Nyheter/12-rad-mot-kreft/>

Kristiansen, A.L., Lande, B., Øverby, N.C. & Andersen, L.F. (2010). Factors associated with exclusive breast-feeding and breast-feeding in Norway. *Public Health Nutrition: 13*(12), 2087-2096. doi: 10.1017/S1368980010002156

Kronborg, H., Væth, M., Olsen, J., Iversen, L. & Harder, I. (2007). Effect of early postnatal breastfeeding support: a cluster – randomized community based trial. *Acta Paediatrica*, 96: 1064–1070. doi: 10.1111/j.1651-2227.2007.00341.x

Kronborg, H., Væth, M. & Kristensen, I. (2012). The effect of early postpartum home visits by health visitors: a natural experiment. *Public Health Nursing Vol.29* (No.4), pp. 289–301. doi: 10.1111/j.1525-1446.2012.01019.x

Kvarme, L.G. (2007). Forebyggende og helsefremmende arbeid. I K.Glavin, S. Helseth & L.G. Kvarme (Red.), *Fra tanke til handling: Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten* (s.28-34). Oslo: Akribe.

Landsgruppen av helsesøstre NSF. (2015). *Trygg, tydelig, tilgjengelig: Rapport om helsestasjon- og skolehelsetjenesten*. Lokalisert på https://www.nsf.no/Content/2688734/Rapport_Helsestasjon-helsetjenesten_ny%20oktober%202015.pdf

Magnus, P & Bakketeig, L.S. (2000). *Prosjektarbeid i helsefagene*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Nasjonalt kompetansetjeneste for amming. (2012). *Mor-barn-vennlig initiativ Helsestasjon*. Lokalisert på http://www.oslouniversitetssykehus.no/omoss_/avdelinger_/nasjonal-kompetansetjeneste-for-ammig_/Documents/Ammekyndig%20helsestasjon.pdf

Nasjonalt kompetansetjeneste for amming. (2016). *Ammekyndig helsestasjon*. Lokalisert 16.mai 2016, på http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss_/avdelinger_/nasjonal-kompetansetjeneste-for-ammig_/Sider/ammekyndig-helsestasjon.aspx

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2014). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Lokalisert på <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskingsartikler>

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2015). *Slik oppsummerer vi forskning: Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V. & Reinart, L.M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Akribe.

Rienecker, L. & Jørgensen, P.S. (2013). *Den gode oppgaven: Håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole*. Bergen: Fagbokforlaget.

Rollins, N.C., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C.K., Martines, J.C....Victoria, C.G. (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practises. *Lancet 2016*; 387: 491-504.

Sosial- og helsedirektoratet. (2004). *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450 (IS – 1154). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011)*. Lokalisert på <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/304657-kosthold.pdf>

Statens helsetilsyn. (2011). *Tilsynsmelding 2010*. Oslo: Statens helsetilsyn.

Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet. (2001). *Anbefalinger for spedbarnsernæring (IS – 1019)*. Oslo: Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet.

Statistisk sentralbyrå. (2016). Statistikkbanken. Lokalisert på <https://www.ssb.no/statistikkbanken>

Støren, I. (2013). *Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Sundhedsstyrelsen. (2013). *Amning- en håndbog for sundhedspersonale*. København: Sundhedsstyrelsen.

Sykepleiernes samarbeid i Norden. (2003). Ethiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden. *Vård i Norden (4) 2003 publ. nr 70 Årgang 23*.

Torsvik, I. K. (2015). *B vitamin and iron status during infancy* (Doktorgradsavhandling, Universitetet i Bergen). Lokalisert på <http://bora.uib.no/handle/1956/9902>

Tufte, E. (2005). *Norske kvinners ammeproblemer* (Masteroppgave, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap Gøteborg). Lokalisert på <http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss/Avdelinger/Kvinne-%20og%20barneklubben/Ammesenteret/Norske%20kvinners%20ammeproblemer.pdf>

Tufte, E. (2014). Ammeveiledning. I N.Misvær & P.Lagerløv (Red.), *Håndbok for helsestasjoner* (3.utg., s.118 – 131). Oslo: Kommuneforlaget.

Victora, C.G., Bahl, R., Barros, A.J.D., Franca, G.V.A., Horton, S., Krasevec, J.... Rollins, N.J. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet 2016; 387: 475-90*.

Vedlegg 1: Ti trinn for vellykket amming

WHO/UNICEFs Ti trinn for vellykket amming

1. Ha en skriftlig ammeprosedyre som rutinemessig formidles til alt helsepersonell ved avdelingen
2. Tilby opplæring slik at det er mulig for personalet å følge ammeprosedyren
3. Bidra til å spre informasjon til gravide om hvilke fordeler brysternæring har, og om hva de kan gjøre for å få til ammingen
4. Sørge for at mor og barn etter en normal fødsel kan ha uforstyrret hudkontakt i minst én time, eller til barnet er rede til å suge og den første ammingen har funnet sted, og gjøre mødrene oppmerksom på tidlige tegn på sult/sugebehov hos barnet
5. Vise mødre hvordan de skal amme, og hvordan de kan opprettholde melkeproduksjonen selv om de midlertidig skilles fra sine spedbarn
6. Ikke gi nyfødte barn noen annen form for næring eller drikke enn morsmelk, unntatt når det er medisinsk grunn til det
7. Gi mor og barn anledning til å være sammen 24 timer i døgnet
8. Oppmuntre til amming etter behov, såkalt selvregulering
9. Unngå bruk av narre- eller flaskesmokk til brystbarn, i alle fall til ammingen er veletablert
10. Bidra til at det etableres en enhetlig arbeidende tiltakskjede mellom svangerskapsomsorgen, føde-/barselavdelingen og helsestasjonen, idet helsetjenesten bør informere om Ammehjelpen og støtte opprettelsen av ammehjelpgrupper

Vedlegg 2: Retningslinjer ammekyndig helsestasjon

Nasjonal kompetansetjeneste for amming (2012) skriver:

En arbeidsgruppe ved Nasjonalt kompetansesenter for amming (NKA) har utarbeidet faglige retningslinjer for ammeveiledning ved helsestasjoner. Retningslinjene tar utgangspunkt i WHO/UNICEFs 10 trinn for vellykket amming og Mor-barn-vennlige initiativ. Det er gjort tilpasninger til forholdene i helsestasjonstjenesten slik at retningslinjene beskriver seks punkter som samlet utgjør en kvalitetsstandard for ammeveiledning. Meningen er at helsestasjonene skal utarbeide en skriftlig prosedyre som konkret beskriver hvordan faglige retningslinjer for ammeveiledning iverksettes ved den enkelte helsestasjon. En helsestasjon som følger faglige retningslinjer viser i praksis at den har kunnskaper om hva som skal til for å gi god ammeveiledning. Nasjonalt kompetansesenter for amming har ut fra dette valgt "*Ammekyndig helsestasjon*" som betegnelse på en helsestasjon som oppfyller kravene for godkjenning.

Faglige retningslinjer for ammeveiledning ved helsestasjoner

En helsestasjon som arbeider for å beskytte, fremme og støtte amming skal:

1. Ha en skriftlig ammeprosedyre som rutinemessig formidles til alt helsepersonell ved helsestasjonen.
2. Tilby opplæring slik at det er mulig for personalet å følge denne prosedyren.
3. Bidra til å spre informasjon til gravide om fordelene ved brysternæring og om hva de kan gjøre for å få til ammingen.
4. Bidra til at det etableres en enhetlig arbeidende tiltakskjede mellom svangerskapsomsorgen, føde/barsel/neonatalavdelinger og helsestasjonen. Helsestasjonen bør informere om Ammehjelpen.
5. Veilede mødre i hvordan de kan amme, og hvordan de kan opprettholde melkeproduksjonen.
6. Bidra til at mødre får den hjelpen de trenger slik at barnet kan fullammes i seks måneder. Etter introduksjon av fast føde bør ammingen fortsette ut det første leveåret eller så lenge mor og barn ønsker det.

Nasjonal kompetansetjeneste for amming. (2012)

Vedlegg 3: Søkehistorikk (side 1 av 2)

Dato	Database	Søkeord	Treff	Lest abstrakt	Lest fulltekst - inkludert
22/10-15 – 22/5-16	SveMed+	Exclusive breastfeeding	110	6	4 - 1
22/10-15 – 22/5-16	SveMed+	Exclusive breastfeeding AND public health nurse OR health visitor OR community health nurse OR home visit OR house calls OR counselling OR primary health care	13	4	1 - 0
22/10-15 – 22/5-16	PubMed	Exclusive breastfeeding AND health visitor** / public health nurse / community health nurse / home visit / house calls / primary health care / Norway	50 75 66 151 32 135 112	0 0 0 0 0 3 5	0 0 0 0 0 1 - 1 4 - 1
22/10-15 – 22/5-16	Medline	Exclusive breastfeeding AND primary health care / public health nurse / community health nurse / home visit* OR house calls	20 1 0 64	3 0 0 5	0 0 0 1 - 0

Vedlegg 3 (side 2 av 2)

22/10-15 – 22/5-16	Cinahl	Exclusive breastfeeding AND counselling / community health nurse / health visitor / public health nurse / primary health care / house call* / home visit*	12 13 10 4 33 0 31	1 3 5 2 3 0 3	0 1 1 2 0 0 0
22/10-15 – 22/5-16	Oria	Exclusive breastfeeding AND public health nurse / community health nurse / home visit / health visitor / counselling / primary health care	27 13 120 25 127 215	1 4 6 5 0 4	1 0 0 1 – 1 0 0

**I alle databasene unntatt SveMed+ har jeg kombinert exclusive breastfeeding med et og et av søkeordene som står under, slik som dette; exclusive breastfeeding AND health visitor, exclusive breastfeeding AND public health nurse osv.

Vedlegg 4: Oppsummering av inkluderte artikler (side 1 av 2)

Forfatter, år, land, tidsskrift	Metode	Hensikt	Utvalg	Resultat
<p>Kristiansen, A.L., Lande, B., Øverby, N.C. & Andersen, L.F. (2010). Norge</p> <p>«Factors associated with exclusive breast-feeding and breast-feeding in Norway»</p> <p><i>Public Health Nutrition: 13(12), 2087-2096.</i> doi: 10.1017/S1368980010002156</p>	<p>Semikvantitativ FFQ prospektiv kohortstudie.</p>	<p>Å finne faktorer som har sammenheng med fullamming og amming første leveår.</p>	<p>1490 mødre med barn ved seks og tolv måneders alder. Det ble født ca 3000 barn fra 17.04.06 til 08.05.06, 52% av disse svarte da barnet var både seks og tolv måneder.</p>	<p>Mors utdanning, alder og røykevaner har stor sammenheng med varigheten av fullamming og amming. Det trengs mer forskning for å utvikle effektive amme-fremmende strategier for å utjevne forskjeller, og for å forstå hvorfor det er forskjeller.</p>
<p>Bærug, A., Langsrud, Ø., Løland, B.F., Tufte, E., Tylleskär, T. & Fretheim, A. (2016). Norge</p> <p>“Effectiveness of Baby-friendly community health services on exclusive breastfeeding and maternal satisfaction: a pragmatic trial”</p> <p><i>Maternal & Child Nutrition.</i> doi: 10.1111/mcn.12273</p>	<p>Kvantitativ metode.</p> <p>Pragmatisk kluster kvasirandomisert kontrollert studie.</p>	<p>Å undersøke effekten av å innføre ammekyndig helsestasjon.</p>	<p>54 kommuner i seks fylker. Alle mødre med barn som var fem komplette måneder fra 24.08.09 til 12.01.10 ble invitert til å delta (3948 barn). 1051 mødre i intervensjonsgruppen og 981 mødre i kontrollgruppen returnerte svarskjemaet. Undersøkelsen pågikk fra 2009-2012.</p>	<p>Flere mødre i intervensjonsgruppen fullammet enn i kontrollgruppen.</p>

Vedlegg 4 (side 2 av 2)

<p>Kronborg, H., Væth, M., Olsen, J., Iversen, L. & Harder, I. (2007). Danmark.</p> <p>«Effect of early postnatal breastfeeding support: a cluster – randomized community based trial»</p> <p><i>Acta Paediatrica</i>, 96: 1064–1070. doi: 10.1111/j.1651-2227.2007.00341.x</p>	<p>Kvantitativ metode.</p> <p>Klusterrandomisert.</p>	<p>Å undersøke effekten av en støttende intervensjon på varigheten av amming.</p>	<p>22 kommuner i to fylker, både urbane og rurale.</p> <p>52 helsesøstre og 781 mødre i intervensjonsgruppa, 57 helsesøstre og 816 mødre i kontrollgruppa.</p> <p>Mødre med premature barn, tvillinger og/eller annen etnisitet enn dansk ble ekskludert.</p>	<p>Hjemmebesøk i løpet av de fem første ukene kan forlenge fullammingsperioden.</p> <p>Støtten skal fokusere på praktiske og psykososiale aspekter rundt amming. Mødre med dårlig ammerfaring trenger spesiell oppmerksomhet.</p>
<p>Halvorsen, M-K., Langeland, E., Almanning, G., Haugland, S., Irgens, L.M., Markestad, T. & Sollesnes, R. (2015). Norge.</p> <p>«Amming kartlagt ved rutinedata».</p> <p><i>Tidsskr Nor Lægeforen</i> 2015; 135:236 – 41. doi: 10.4045/tidsskr.14.0133</p>	<p>Kvantitativ metode.</p> <p>Registrering av data i en elektronisk helsestasjonsjournal koblet til data fra Medisinsk fødselsregister. Basert på anonymiserte data uten innhenting av samtykke.</p>	<p>Å undersøke amming som helseindikator gjennom rutinedata registrert ved helsestasjoner.</p>	<p>7115 barn født fra 01.01.10 til 31.12.10 fulgt ved helsestasjoner i Bergen ved seks uker og seks måneder. Det forelå opplysninger fra begge undersøkelsene hos 85,6% av barna, 6093 barn ble fulgt i studien.</p>	<p>Enslige, unge og førstegangsfødende og mødre til barn med fødselsvekt under 2500 g kan ha behov for økt støtte og tilrettelegging. Ammekyndig helsestasjon ser ut til å gi økt andel som fullammer ved seks måneder.</p>