

«Ti trinn for vellykket amming» gir bedre ammepraksis

Når personalet følger de ti trinnene, dier flere barn rett etter fødselen. Da blir behovet for morsmelkerstatning mindre.

Anette Schaumburg Huitfeldt

Jordmor
Enhet for amming, FHI

Mette Ness Hansen

Jordmor
Enhet for amming, FHI

Ammekunnskaper

Mor-barn-vennlig sykehus

Fødeavdeling

Barselavdeling

Evaluering

Ti trinn for vellykket amming

Sykepleien 2022;110(88255):e-88255
DOI: 10.4220/Sykepleiens.2022.88255

Hovedbudskap

Forbruket av morsmelkerstatning til keisersnittforløste barn er høyt, og den gis ofte uten medisinsk grunn. Når personalet følger «Ti trinn for vellykket amming», blir flere barn lagt til brystet og dier innen den første timen etter forløsning. Behovet for morsmelkerstatning blir mindre. Vi har gjennomgått den siste evalueringen av landets føde-barsel-avdelingers praksis og rutiner for amming og dermed vurdert om de følger kriteriene for et mor-barn-vennlig sykehus (MBVS).

Helsepersonell som er ansatt på et mor-barn-vennlig sykehus, skal være kjent med «Ten steps to successful breastfeeding», «Ti trinn for vellykket amming», fra Verdens helseorganisasjon (WHO) og Unicef (1, 2). Ved å omsette ammekunnskapen i de ti trinnene til praksis vil helsepersonell gi kunnskapsbasert ammeveiledning. De ti trinnene er oversatt til norsk og tilpasset norske forhold (1).

Ti trinn for vellykket amming

Administrativt ansvar

- **Trinn 1a:** Følg WHO-koden for markedsføring av morsmelkerstatning og tilskuddsblandinger og relevante resolusjoner fra Verdens helseforsamling.
- **Trinn 1b:** Ha en skriftlig ammeprosedyre som rutinemessig formidles til helsepersonell og foreldre.
- **Trinn 1c:** Etablere kontinuerlig evaluering av «Mor-barn-vennlig standard» i sykehusets eget kvalitetssystem.
- **Trinn 2:** Sikre at personalet har tilstrekkelig og oppdatert kunnskap, kompetanse og ferdigheter for å støtte amming.

Klinisk praksis

- **Trinn 3:** Samtale med gravide og deres familier om hvorfor det er viktig å amme, og hvordan få dette til.
- **Trinn 4:** Sørge for at mor og barn kan ha uforstyrret hud-mot-hud-kontakt og støtte mødre i å komme i gang med ammingen så snart som mulig etter fødselen.
- **Trinn 5:** Veilede mødre i å etablere og opprettholde amming og til å håndtere vanlige ammeproblemer.
- **Trinn 6:** Ikke gi morsmelkernærte nyfødte annen form for næring eller drikke enn morsmelk, unntatt når det er medisinsk grunn til det.
- **Trinn 7:** Gi mor og barn anledning til å være sammen 24 timer i døgnet.
- **Trinn 8:** Veilede mødre i å kjenne igjen og svare på barnets tegn på sult.
- **Trinn 9:** Veilede mødre om mulige ulemper og risiko ved bruk av tåteflaske og smokk som kan påvirke ammingen.
- **Trinn 10:** Planlegge utreise ved å etablere kontakt med kommunehelsetjenesten, slik at foreldre og deres nyfødte sikres kontinuerlig støtte og hjelp.

Kilde: Nasjonal kompetansetjeneste for amming

Når trinnene følges, får flere keisersnittforløste mødre hud-mot-hud-kontakt med barnet rett etter forløsningen i tråd med anbefalingene (3). Det kan redusere det høye forbruket av morsmelkerstatning (MME) uten medisinsk grunn de første dagene på føde-barsel (4-6).

Tidlig på 90-tallet lanserte WHO og Unicef «Baby-Friendly Hospital Initiativ» (BFHI) på bakgrunn av Innocenti-deklarasjonen (7). Initiativet var et verdensomspennende krafttak for å fremme amming og tidlig nærkontakt mellom mor og barn basert på kunnskap om morsmelkens betydning for spedbarnets utvikling og helse (8).

I Norge fikk prosjektet navnet «mor-barn-vennlig sykehus», som betyr at de skal følge de ti trinnene for vellykket amming i «Mor-barn-vennlig standard».

«Ti trinn for vellykket amming» (1, 2) er ti enkle, grunnleggende prinsipper for hvordan helsevesenet både i svangerskapet og ved føde-barsel-avdelingen kan bidra til å fremme amming, slik at flest mulig mødre kan amme med færrest mulige problemer.

Prinsippene er allmenngyldige, uavhengig av fødeenhetens størrelse, om den finnes i industri- eller utviklingsland, er moderne eller tradisjonell. I denne fagartikkelen fokuserer vi på trinn 2, 4 og 6 i «Mor-barn vennlig standard», som er sentrale indikatorer for avdelingens ammepraksis.

Ammepraksisen følges opp

Enhet for amming FHI (tidligere Nasjonal kompetansetjeneste for amming [NKA]) har ansvaret for å følge opp ammepraksisen og -rutinene til landets føde-barsel-avdelinger og gir tilbakemelding til sykehusene på om de jobber i tråd med de ti trinnene (9).

Det innebærer å jevnlig evaluere og reevaluere hvorvidt kriteriene for et mor-barn-vennlig sykehus (MBVS) overholdes. Personalet må kunne dokumentere tilstrekkelig ammekompetanse, og mødrene må kunne bekrefte at de har fått god ammeveiledning.

Allerede i 1994 ble det første norske sykehuset evaluert og godkjent som MBVS. Siden den gangen har NKA (Enhet for amming FHI) gjennomført evalueringer i 2005 og 2007 (10), og for første gang digitalt i 2013. Norske helsemyndigheter har som minimumskrav at alle landets føde- og barselenheter skal drives i samsvar med de ti trinnene (11, 12).

Mor-barn-vennlig sykehus – fra initiativ til standard

Et av kriteriene for et MBVS er at «[s]ykehusets årlige amnestatistikk bør indikere at minimum 80 prosent av mødrene som fødte i inneværende år fullammet eller fullernærte barnet sitt med egen utpumpet morsmelk fra fødsel til utreise» (3).

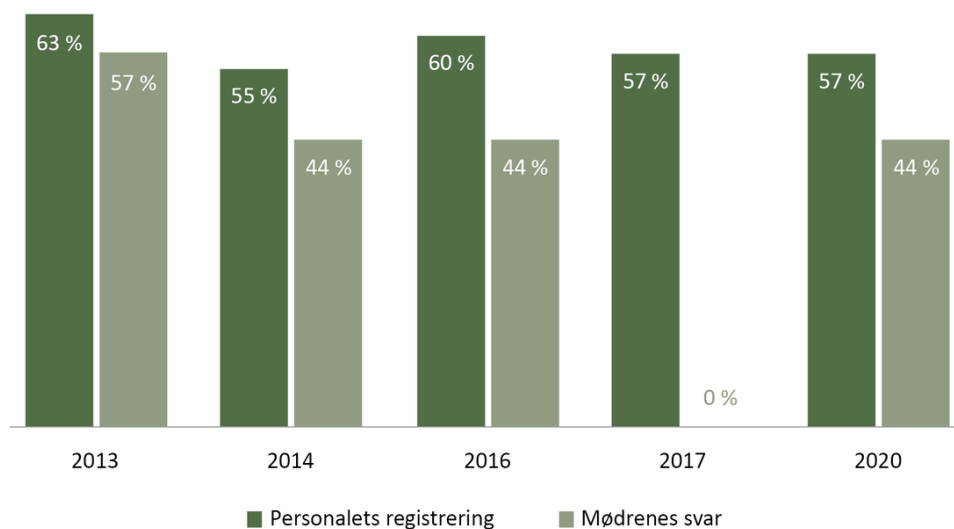
Dersom færre enn 80 prosent av mødrene fullammet eller fullernærte barnet med egen morsmelk, skal det være fordi minst 80 prosent av morsmelkerstatningen ble gitt av en medisinsk grunn, for eksempel lavt blodsukker eller et alvorlig sykt barn (4–6).

Føde-barsel-avdelinger i Norge har ikke etablert en fortløpende registrering av ammeforekomst i sine egne kvalitetssikringssystemer, som dataprogrammene Partus eller Natus, i tråd med de ti trinnene for vellykket amming. Det er en målsetting at alle sykehusene skal ta i bruk denne kvalitetssikringen og selv følge opp egen ammepraksis hver sjette måned (3).

I en studie av Chantry og medarbeidere fant de at tidlig introduksjon av morsmelkerstatning under barseloppholdet var assosiert med kortere fullammingsperiode og kortere total ammeperiode (13). Normalt trenger friske, fullbårne, morsmelkernærte terminbarn ingen form for tillegg (1–3). WHO hevder følgende: «Ved å støtte barselkvinnen i å etablere fullamming under barseloppholdet, bidrar sykehuset til å fremme lenger varighet av fullamming etter utreise» (3).

Keisersnittforløste mødre og deres barn er ekstra sårbare og har behov for en god tilrettelegging. Resultatene fra reevalueringene fra 2013 til 2020 viser at et høyt antall keisersnittforløste barn fikk morsmelkerstatning (se figur 1) (14).

Figur 1. Svar fra mødre og personalet på spørsmålet om barn, forløst med keisersnitt, fikk morsmelkerstatning



Kriteriene for å gi morsmelkerstatning var ofte ikke-medisinske

Til denne fagartikkelen har NKA (Enhet for amming FHI) gjennomgått resultatene fra den siste digitale reevalueringen i 2020. Den hadde søkelyset på mødre som var forløst med keisersnitt, samt deres barn, personalets kunnskaper om og registrering av amming og bruk av morsmelkerstatning til de keisersnittforløste barna.

Resultatene i denne artikkelen er basert på svar og registreringer i reevalueringen knyttet til trinn 2, 4 og 6 i «Mor–barn vennlig standard» (1, 2).

Metode

NKA (Enhet for amming FHI) gjennomførte den digitale reevalueringen med dataprogrammet Opinio Online Surveys (15). Reevalueringen pågikk i perioden fra 1. oktober 2020 til og med 31. desember 2020.

Fagansvarlig jordmor ved det enkelte sykehuset hadde ansvaret for reevalueringen lokalt og fikk en e-post med praktisk informasjon om gjennomføringen (vedlegg 1). I denne e-posten var brosjyren Gratulerer med babyen (vedlegg 2) vedlagt. E-posten inneholdt en lenke til et spørreskjema som skulle deles ut til mor, samt et skjema der personalet skulle registrere amming og bruk av morsmelkerstatning til hvert enkelt barn (vedlegg 3).

Personalet registrerte amming og bruk av morsmelkerstatning til keisersnittforløste barn manuelt. Opplysningene ble deretter registrert digitalt i Opinio etter at mor og barn var reist hjem.

Personalet fikk e-post fra fagansvarlig jordmor med informasjon og lenke til et digitalt spørreskjema om WHO-koden, som er en anbefaling for markedsføring av morsmelkerstatning og tilskuddsblandinger samt relevante resolusjoner fra Verdens helseforsamling og ammekunnskaper.

Resultatene under er basert på 976 svar fra personalet på spørsmål om WHO-koden og ammekunnskaper. Det er 258 svar fra mødre og 690 registreringer fra personalet på spørsmål om amming og bruk av morsmelkerstatning (14).

Resultater

Trinn 2: «Sikre at personalet har tilstrekkelig og oppdatert kunnskap, kompetanse og ferdigheter for å støtte amming.» (1, 2)

Slik svarte personalet på spørsmål om deres ammekunnskaper relatert til trinn 2:

- 85 prosent vet hva som er hovedindikatoren for et mor–barn-vennlig sykehus (3).

- 86 prosent vet hvorfor det er viktig å registrere og følge opp sykehusets ammepraksis.
- 90 prosent har gjennomgått E-læringskurset og testen etterpå (16).
- 79 prosent kjenner til de 20 ammekunnskapspunktene (17).
- 83 prosent har fått en form for opplæring i løpet av de to siste årene.
- 70 prosent er evaluert på kompetanse fra testen i E-læringskurset om de ti trinnene.

Trinn 4: «Sørge for at mor og barn kan ha uforstyrret hud-mot-hud-kontakt og støtte mødrene i å komme i gang med ammingen så snart som mulig etter fødselen» (1, 2).

«Førtini prosent av mødrene oppga at barnet diet innen den første timen.»

Slik svarte mødrene på spørsmål om trinn 4:

Sekstien prosent av mødrene som ble forløst med planlagt eller akutt keisersnitt i epidural- og/eller spinalbedøvelse, fikk holde barnet sitt hud-mot-hud rett etter fødselen eller innen fem minutter. Førtini prosent av mødrene oppga at barnet diet innen den første timen.

De to vanligste årsakene til at mor ikke fikk holde barnet hud-mot-hud rett etter fødselen, var at barnet skulle veies og måles, eller at barnet trengte medisinsk tilsyn. Også andre årsaker var vanlig, som at mor fikk full narkose, hadde sterke smerter eller følte seg kvalm:

«De sa det ble gjort før på operasjonsstuen, mens det nå var vanlig å få baby på postoperativ. Fikk se babyen, men ikke holde og ha hud-mot-hud-kontakt. Babyen fikk heldigvis være inntil far mens jeg ble sydd og flyttet til postoperativ» (sitat fra en mor).

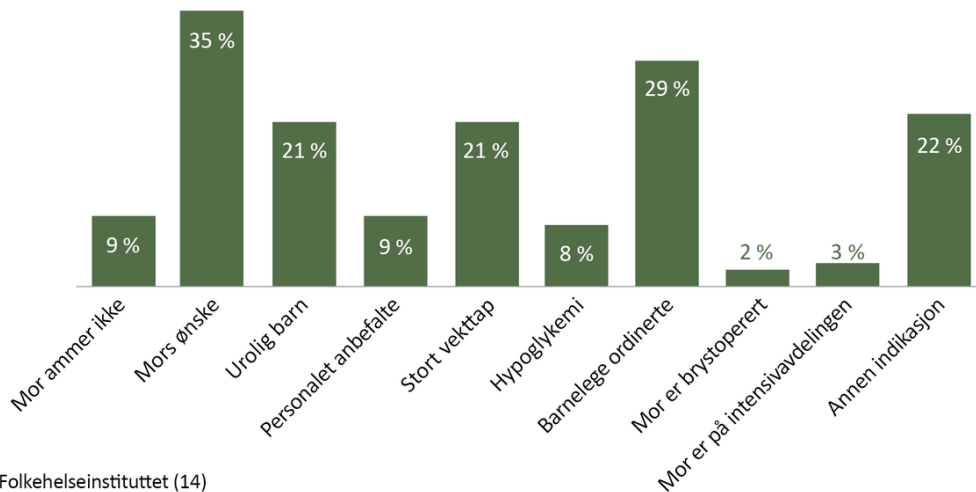
Svar fra personalet på spørsmål om trinn 4 viser at 85 prosent av personalet på føde-barsel-avdelingene følger trinn 4.

Trinn 6: «Ikke gi morsmelkernærte nyfødte noen annen form for næring eller drikke enn morsmelk unntatt når det er medisinsk grunn til det» (1, 2).

Slik svarte personalet på spørsmål relatert til trinn 6:

Personalets registrering av keisersnittforløste barn viser at 57 prosent fikk morsmelkerstatning på barsel. Personalet oppga at de to viktigste årsakene til at barnet fikk morsmelkerstatning, var mors ønske eller ordinasjon fra barnelege (se figur 2) (14).

Figur 2. Årsaker til at barnet fikk tillegg eller morsmelkerstatning oppgitt av personalet

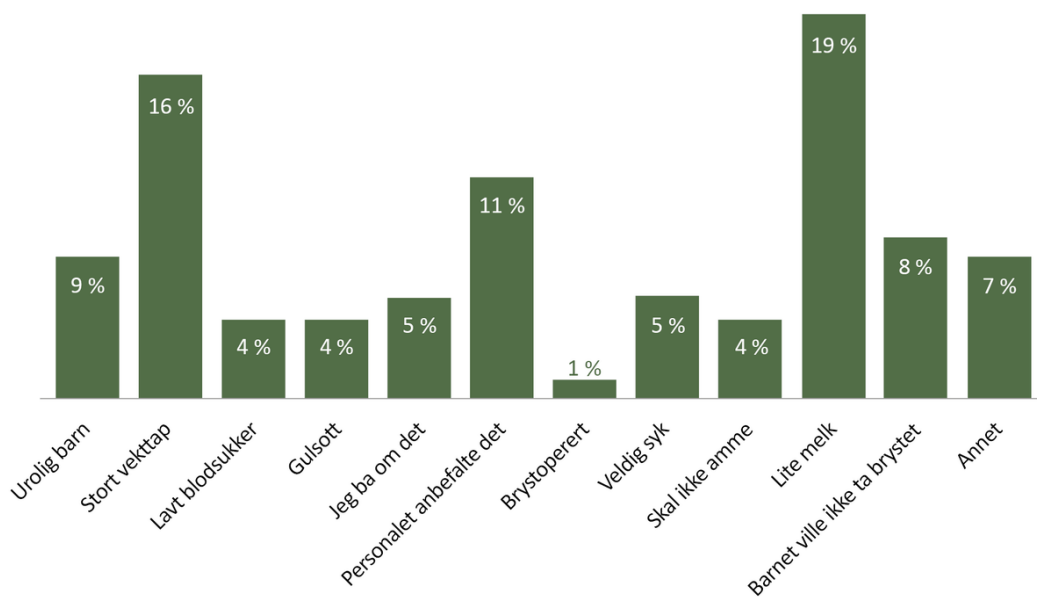


Kilde: Folkehelseinstituttet (14)

Slik svarte mødrene på spørsmål om trinn 6:

Førtifire prosent av mødrene som ble forløst med keisersnitt i epidural- og/eller spinalbedøvelse, svarte at barnet hadde fått morsmelkerstatning. Mødrene oppga at de tre vanligste årsakene var lite melk, stort vekttap eller anbefaling fra personalet (se figur 3) (14).

Figur 3. Årsaker til at barnet fikk tillegg eller morsmelkerstatning



Svarene er oppgitt av mødrene.
Kilde: Folkehelseinstituttet (14)

Vi så på sammenhengen mellom bruk av morsmelkerstatning og om barnet hadde diet innen den første timen. Dersom barnet hadde diet innen den første timen, var det 36 prosent av barna som fikk morsmelkerstatning. Hvis barnet diet første gang etter én time, fikk 53 prosent av disse barna morsmelkerstatning.

Personalets svar på kunnskapsspørsmålene var som følger:

- 91 prosent svarte at avdelingen har en ammeprosedyre.
- 64 prosent svarte at de følger trinn 6.
- 26 prosent svarte at det varierer fra ansatt til ansatt om de følger trinn 6.
- 10 prosent svarte at de ikke følger dette trinnet.
- 61 prosent av personalet opplevde at de selv eller kolleger noen ganger gir morsmelkerstatning *uten at det er en medisinsk grunn til det*. Eksempler er mors ønske, urolig barn, mangel på personale, «nattevaktsyndromet» – rask løsning eller liten mulighet for avlastning. Språkproblemer ble også nevnt.

«91 prosent svarte at avdelingen har en ammeprosedyre.»

Betydning for praksis på føde–barsel-avdelingene

Det personalet svarte på undersøkelsen tyder på at ammekunnskapen stort sett er i tråd med MBV-kriteriene (ti trinn for vellykket amming). Likevel viser mødrenes svar at ammeveiledningen og ammepraksisen ikke samstemmer med de ti trinnene for vellykket amming. I en MBV-reevaluering legges det stor vekt på hva mødrene svarer de har fått av ammeveiledning (3).

Diskusjon

Utfordringer i praksis hvis personalet ikke har tilstrekkelig ammekompetanse

Forklaring til trinn 2: God ammeveiledning gitt til rett tid kan bare gjennomføres hvis personalet har fått opplæring, slik at de har kunnskap, kompetanse og ferdigheter i å støtte og veilede kvinner som ammer. Det kan ikke forventes at helsepersonellet skal kunne følge en prosedyre eller veilede en pasient på et fagområde de selv ikke har fått opplæring i (1, 2).

Implementering: Generelt sett bør ansvaret for opplæringen ligge hos grunnutdanningen og videreutdanningen for helsepersonell. Dersom personalet har mangelfull kunnskap, må de få internundervisning eller –kurs, eller de må få undervisning andre steder. Helsepersonell bør få avsatt tid til å gjennomføre opplæring, e-læringskurs og selvstudier.

I tillegg er det nødvendig med veiledet praksis og kompetansevurdering. Det er viktig å fokusere på hva slags kunnskap og ferdigheter som er oppnådd, og ikke bare på et gitt pensum. Personalet bør ha fått ammeundervisning i løpet av de to siste årene.

Alt helsepersonell som hjelper mødre med spedbarnsernæring, bør vurderes i hvor god kompetanse de har til å praktisere WHO's 20 kunnskapspunkter om amming (17), samt til å veilede og støtte mødre som ikke skal amme (1, 2).

Utfordringer i praksis hvis barnet ikke får hud-mot-hud-kontakt

Forklaring til trinn 4: Både umiddelbar og fortsatt hud-mot-hud-kontakt og tidlig diing er viktig for en god ammestart. Råmelken, kolostrum, som et nyfødt barn får i seg rett etter fødselen, er svært næringsrik og inneholder viktige antistoffer. Uforstyrret hud-mot-hud-kontakt stimulerer den nyfødtes naturlige søkereflex og forebygger lav kroppstemperatur, hypotermi.

Tidlig diing eller utmelking stimulerer melkeproduksjonen. Mange mødre slutter å amme tidlig fordi de tror de ikke har nok melk. Derfor er det viktig å etablere melkeproduksjon tidlig for å lykkes med amming. Både hud-mot-hud-kontakt og morsmelk bidrar til å kolonisere den nyfødte og forme mikrobiomet (1, 2).

«Tidlig diing eller utmelking stimulerer melkeproduksjonen.»

Bare 61 prosent av mødrene kunne bekrefte at de har fått denne viktige starten på ammingen. Vi ser at det er utfordringer med samarbeidet mellom fødeavdelingen, operasjonsstuen, postoperativen og barselavdelingen, selv om mange sykehus har gode prosedyrer og retningslinjer. Eksempel på prosedyre fra E-håndboken «Planlagt keisersnitt / elektiv sectio» (18):

«Friske barn etter elektivt keisersnitt kan være hos en frisk mor sammen med ledsager, uten annet tilsyn enn det som gjøres med normalt nyfødte barn. Ledsager må få informasjon av jordmor om å se til barnet og ta kontakt med personalet dersom man er i tvil om at barnets tilstand er tilfredsstillende. Om barnet ikke kan være hos mor, følger barnet og pårørende jordmoren til avdelingen. Gjenforenes med mor så fort som mulig» (18).

Personalet må ha kunnskap om de positive fordelene med tidlig og vedvarende hud-mot-hud-kontakt for mor og barn. De må dessuten være trygge i sin rolle, slik at det nyfødte barnet får være hud-mot-hud med mor helt fra starten. Gunstige fordeler for barnet er følgende: mer stabilt blodsukker, temperaturregulering, mindre gråt, mer amming ved en og tre måneder og lengre ammeperiode.

Gunstige fordeler for mor er blant annet dette: høyere oksytocin- og endorfinnivå, mindre blødning, mindre stress og lengre ammeperiode (19).

Utfordringer i praksis ved bruk av morsmelkerstatning eller annen væske uten medisinsk grunn

Forklaring til trinn 6: Å gi nyfødte brysternærte annen næring eller væske de første dagene etter fødselen forstyrrer etablering av melkeproduksjonen. Nyfødtes magesekker er små og fylles raskt. Morsmelkerstatning fordøyese saktere enn morsmelk, og nyfødte som får annen væske enn morsmelk, vil die færre ganger. Det fører igjen til mindre effektiv stimulering av melkeproduksjonen.

En studie (13) viser at spedbarn som har fått morsmelkerstatning på barselavdelingen, har to ganger større sannsynlighet for å avslutte diingen i løpet av de første seks ukene etter fødselen. En norsk studie fant at risikoen for ikke å fullamme ved én måneds alder var fem til seks ganger større hvis barnet hadde fått morsmelkerstatning på barselavdelingen (20).

I tillegg vil annen væske enn morsmelk kunne inneholde skadelige bakterier som kan gi risiko for sykdom. Bruk av morsmelkerstatning fører til endringer i tarmfloraen (1, 2). Å gi nyfødte barn morsmelkerstatning uten at det er en medisinsk grunn for det, innebærer et stort ansvar.

«Mødre skal frarådes å gi annen væske enn morsmelk unntatt når det er en medisinsk grunn for det.»

Mødre skal frarådes å gi annen væske enn morsmelk unntatt når det er en medisinsk grunn for det. Det er få tilstander hos mor eller barn som tilsier at moren ikke kan amme, og at det er behov for morsmelkerstatning. Mangel på ressurser, tid eller kunnskap hos personalet er ikke grunner for å gi morsmelkerstatning.

En retningslinje fra European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI) foreslår at man unngår å bruke kumelkbasert tillegg eller morsmelkerstatning til ammede barn i barnets første leveuke for å unngå matallergi (21).

Oppsummering

Studier viser at hvis mor og barn ikke får en optimal start på ammingen, kan det føre til (13)

- mindre fullamming
- kortere ammeperiode

Færre mødre og barn får altså nyte godt av veldokumenterte helsegevinster (8).

Helsegevinster for barnet (8):

- Forekomsten av mage–tarm-infeksjoner er lavere.
- Forekomsten av luftveisinfeksjoner er lavere.
- Forekomsten av lungebetennelse og ørebetennelse under hele ammeperioden er lavere.
- Amming ser ut til å beskytte mot senere overvekt og diabetes type 2.
- Barn som har fått morsmelk, skårer litt bedre på kognitive tester.
- Amming kan se ut til å forebygge krybbedød.
- For premature barn er morsmelk enda viktigere fordi den kan forebygge alvorlige komplikasjoner.

Helsegevinster for moren (8):

- Livmoren trekker seg raskere sammen rett etter fødselen.
- Menstruasjonen kommer senere tilbake etter fødselen.
- Ammingen kan bidra til å forebygge fødselsdepresjon hvis den fungerer godt.
- På lang sikt vil ammingen trolig også bidra til å redusere risikoen for at moren utvikler alvorlige sykdommer som
 - brystkreft
 - eggstokkreft
 - diabetes type 2
 - hjerte- og karsykdommer

På grunn av jordmormangel er det stadig flere sykehus som ansetter sykepleiere på barselavdelingen eller barselhotell. Det er få sykepleierstudenter som får ammeundervisning og opplæring eller praksis fra føde–barsel-avdelingen i sin grunnutdanning.

Sykepleiere som ansettes, må få grundig ammeopplæring for å kunne veilede mødrene på best mulig måte og i tråd med gjeldende retningslinjer. Det samme gjelder jordmødre som ikke har tilstrekkelig ammekompetanse som nevnt under trinn 2.

MBVS-er skal følge de ti trinnene for vellykket amming (1, 2) og innfri kriteriene til MBV-standard. Alle sykehus bør registrere nøkkelfaktorene, spesielt i trinn 4 og 6, i et eget kvalitetssikringssystem i tråd med anbefalingene til WHO/Unicef (22).

Hud-mot-hud, amming og kolostrum er verdifullt og gratis. Alle mødre og barn, uansett forløsningsmetode, bør få en best mulig start på ammingen.

Samtidig er det viktig at mødre som ikke ammer, får god støtte og omsorg: «Mødre som delammer eller ikke ammer skal få opplæring i sikker tilberedning og oppbevaring av morsmelkerstatning. Mødrene skal også få informasjon om hvordan de svarer på barnets tidlig [sic] tegn på sult» (1, 2).

Referanser

1. Nasjonal kompetansesenter for amming (NKA). Ti trinn for vellykket amming. Oslo: Oslo universitetssykehus; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/contentassets/64135683dba84311becce5dd694c680c/2019-10-02-ti-trinn-for-vellykket-ammig---lang.pdf> (nedlastet 07.12.2021).
2. Verdens helseorganisasjon (WHO). Ten steps to successful breastfeeding. Genève: WHO; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/food-and-nutrition-actions-in-health-systems/ten-steps-to-successful-breastfeeding> (nedlastet 07.12.2021).
3. Verdens helseorganisasjon (WHO), Unicef. Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative. Genève: WHO, Unicef; 2018. Tilgjengelig fra: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272943/9789241513807-eng.pdf> (nedlastet 22.02.2022).
4. United Nations International Children's Emergency Fund (Unicef), Verdens helseorganisasjon (WHO). Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes. Genève: Unicef, WHO; 2009. Tilgjengelig fra: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69938/WHO_FCH_CAH_09.01_eng.pdf (nedlastet 12.01.2022).
5. Kellams A, Harrel C, Omega S, Gregory C, Rosen-Carole C, the Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #3: supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate, revised 2017. Breastfeed Med. 2017;12(3):188–98. DOI: [10.1089/bfm.2017.29038.ajk](https://doi.org/10.1089/bfm.2017.29038.ajk)

6. Grøgaard J, Holt J, Silberg E, Lindemann R, Grønn M, Meberg A, et al. Medisinske kriterier for tillegg på barsel. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2012. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/contentassets/64135683dba8431becce5dd694c680c/medisinske-kriterier-for-tillegg-pa-barsel_2012.pdf (nedlastet 01.03.2022).
7. Verdens helseorganisasjon (WHO), United Nations International Children's Emergency Fund (Unicef). Protecting, promoting and supporting breast-feeding; the special role of maternity services. Genève: WHO, Unicef; 1989. Tilgjengelig fra: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39679/9241561300.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (nedlastet 01.03.2022).
8. Cesar GV, Bahl R, Barros JAD, Giovanny VAF, Horton S, Krusevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*. 2016;387(10017):475–90. Tilgjengelig fra: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)01024-7/fulltext#%20](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)01024-7/fulltext#%20) (nedlastet 06.12.2021).
9. Meld. St. 16 (2002–2003). Resept for et sunnere Norge. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2003. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-16-2002-2003-/id196640/> (nedlastet 01.03.2022).
10. Hansen MN, Bærug A, Nylander G, Håggkvist A-P, Tufte E, Alquist R, et al. Challenges and successes: the baby-friendly initiative in Norway. *J Hum Lact*. 2012;28(3):285–8. DOI: [10.1177/0890334412444162](https://doi.org/10.1177/0890334412444162)
11. Helsedirektoratet. Spedbarnsernæring. Nasjonal faglig retningslinje. Oslo: Helsedirektoratet; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spedbarnsernaering> (nedlastet 06.12.2021).
12. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonalt-handlingsplan-for-bedre-kosthold-2017-2021/id2541870/> (nedlastet 12.01.2022).
13. Chantry CC, Dewey KG, Pearson JM, Wagner EA, Nommsen-Rivers LA. In-hospital formula use increases early breastfeeding cessation among first-time mothers intending to exclusively breastfeed. *J Pediatr*. 2014;164(6):1339–45.e5. DOI: [10.1016/j.jpeds.2013.12.035](https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.12.035)

14. Folkehelseinstituttet. Mor-barn-vennlig sykehus. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/ml/amming-og-morsmelk/mor-barn-vennlig-standard/mor-barn-vennlig-sykehus/> (nedlastet 01.03.2022).
15. Opinio Online Surveys. Nettbasert spørreundersøkelse. Oslo: ObjectPlanet; 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.objectplanet.com/opinio/> (nedlastet 22.02.2022).
16. Folkehelseinstituttet. MBV e-læring 10 trinn. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/ml/amming-og-morsmelk/kompetanseutvikling/mbv-e-laring-10-trinn/> (nedlastet 01.03.2022).
17. Nasjonalt kompetansesenter for amming (NKA). Alt helsepersonell som veileder mødre i amming bør bli evaluert i sin kompetanse basert på kunnskaper om følgende punkter. Oslo: NKA; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/contentassets/64135683dba84311becce5dd694c680c/opplaring--20-kunnskapspunkter.pdf> (nedlastet 01.03.2022).
18. Oslo universitetssykehus (OUS). E-håndboken. Planlagt keisersnitt / elektiv sectio. Oslo: OUS; 2021. Tilgjengelig fra: <https://ehandboken.ous-hf.no/document/6600> (nedlastet 01.03.2022).
19. Stevens J, Schmied V, Burns E, Dahlen H. Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature. *Matern Child Nutr.* 2014;10(4):456–73. DOI: [10.1111/mcn.12128](https://doi.org/10.1111/mcn.12128)
20. Häggkvist AP, Brantsæter AL, Grjibovski A, Helsing E, Meltzer HM, Haugen M. Prevalence of breast-feeding in the Norwegian mother and child cohort study and health service-related correlates of cessation of full breast-feeding. *Public Health Nutrition.* 2010;13(12):2076–86. DOI: [10.1017/S1368980010001771](https://doi.org/10.1017/S1368980010001771)
21. Halken S, Muraro A, de Silva D, Khaleva E, Angier E, Arasi S, et al. EAACI guideline: preventing the development of food allergy in infants and young children (2020 update). *Pediatr Allergy Immunol.* 2021;32(5):843–58. DOI: [10.1111/pai.134](https://doi.org/10.1111/pai.134)
22. Verdens helseorganisasjon (WHO), United Nations International Children's Emergency Fund (Unicef). Appendix: indicators for monitoring. Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised baby-friendly hospital initiative. Genève: WHO, Unicef; u.å. Tilgjengelig fra: https://www.who.int/docs/default-source/nutritionlibrary/publications/revised-baby-friendly-hospital-initiative-2018-implementation-guidance/bfhi-implementation-2018-appendix.pdf?sfvrsn=2faf8790_4 (nedlastet 07.12.2021).

Foreldreråd: – Det florerer av misforståelser der ute

NYHETER

Ny studie: Barn som fullammes, har for lite jod

FAGUTVIKLING

Morsrollen er utfordrende for kvinner med en revmatisk sykdom

Mødre med artrittsykdom ønsker veiledning om amming, medisinsk behandling og hvordan de kan håndtere rollen som småbarnsmor.

Brukermedvirkning

Kronisk sykdom

Mestring

Kvinnehelse

Personer som lever med en kronisk inflammatorisk artrittsykdom, slik som revmatoid artritt (RA), psoriasisartritt (PsA), juvenil idiopatisk artritt (JIA) eller spondyloartritt (SpA), har mange likhetstrekk når det gjelder plager og symptomer (1). RA er den vanligste av disse sykdommene, og kvinner rammes tre–fire ganger oftere enn menn.

De vanligste symptomene ved inflammatoriske artrittsykdommer er varierende grad av smerter, hovne ledd, stivhet, utmattelse og nedsatt funksjon. Sykdommene krever ofte medikamentell behandling med sykdomsmodifiserende antirevmatiske legemidler.

Både de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (2) og de europeiske retningslinjene for sykepleiere innen revmatologi (3) legger vekt på at pasientene skal få tilstrekkelig og tilpasset informasjon, slik at de mestrer konsekvensene av sykdommen på en best mulig måte.

Pasienter med en inflammatorisk artrittsykdom uttrykker at de har behov for generell informasjon om diagnosen, prognose, graviditet, medikamentell behandling, trening og fysioterapi, sosial støtte, funksjonsnedsettelse, smerte, optimalisering av funksjon og ytelse i hverdagsaktiviteter, psykososial omsorg, selvhjelp og hvordan de kan mestre konsekvensene av sykdommen (4).

Sykdommen kan blusse opp etter fødsel

Når kvinner med en inflammatorisk artrittsykdom blir gravide, får de tilbud om oppfølging i tråd med veilederen om svangerskap og revmatiske sykdommer (5). Heldigvis er det mange kvinner med en inflammatorisk artrittsykdom som opplever å bli bedre av sykdommen under svangerskapet.

Etter fødselen opplever imidlertid en god del at sykdomsaktiviteten øker (6–8), og det kan være behov for oppstart av medikamentell behandling igjen. De fleste medikamentene som brukes til å behandle inflammatoriske artrittsykdommer, er forenlige med amming, men ikke alle (9, 10).

Færre mødre med revmatisk sykdom ammer

Ifølge Verdens helseorganisasjon er amming en av de mest effektive måtene å sikre god barnehelse på. Det anbefales å fullamme spedbarnet frem til det er seks måneder gammelt, for deretter å supplere med annen trygg mat frem til barnet er to år. Spedbarnet får all den energien, næringen og antistoffene det trenger gjennom brystmelk, som i tillegg er helt trygt og rent.

Selv om amming har helsefordeler for både mor og barn, viser forskning at det er færre kvinner med inflammatoriske artrittsykdommer som ammer, sammenliknet med kvinner fra befolkningen ellers (11). Kvinner med en inflammatorisk artrittsykdom avslutter også ammingen tidligere enn friske kvinner. Det er derfor viktig at disse kvinnene får informasjon, støtte og veiledning i forbindelse med medisinerbruk, medisintoksitet og amming (12).

«Noen småbarnsmødre med en inflammatorisk artrittsykdom opplever seg selv som ‘mislykkede’ i morsrollen.»

Kvinner med en revmatisk sykdom som har små barn, opplever i tillegg flere utfordringer i rollen som småbarnsmor. Utfordringene er relatert til å bære barna, til å leke med barna og til å innfri egne og andres forventninger til rollen som mor. Noen småbarnsmødre med en inflammatorisk artrittsykdom opplever seg selv som «mislykkede» i morsrollen fordi de ikke er i stand til å oppfylle rollen slik de hadde ønsket det (13).

Vi ønsket derfor å utforske hvilke utfordringer småbarnsmødre med en revmatisk sykdom i Norge har. Denne artikkelen bygger på en studie vi utførte i 2019, hvor vi spurte småbarnsmødre med en revmatisk sykdom om det var noe de syntes har vært problematisk om det å være mor og samtidig ha en revmatisk sykdom.

Metode og analyse

Dataene i denne studien ble samlet inn i forbindelse med et nasjonalt forskningsprosjekt om helsereelatert livskvalitet for småbarnsmødre med inflammatorisk artrittsykdom. Prosjektet ble gjennomført av Nasjonal kompetansetjeneste for svangerskap og revmatiske sykdommer (NKSR) ved St. Olavs hospital i 2019. Deltakerne i undersøkelsen ble rekruttert fra RevNatus, et landsdekkende kvalitetsregister for svangerskap og revmatiske sykdommer (14).

I tillegg til spørsmålene om helsereelatert livskvalitet fikk deltakerne anledning til å bruke egne ord for å svare på ett åpent spørsmål: «Er det noe spesielt du synes har vært problematisk i forhold til det å være mor og samtidig ha en revmatisk sykdom?»

Deltakerne kunne skrive så lite eller så mye de ønsket. Analysen av fritekstsvarerne er inspirert av innholdsanalyse (15), som innebærer først å danne seg en helhetsforståelse, for deretter å sortere teksten i hovedtema og undertemaer.

Etiske betraktninger

Prosjektet er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (2019/817/REK sør-øst C). Deltakerne fikk tilsendt et informasjonsskriv om prosjektets hensikt, og de samtykket skriftlig til å være med i studien.

Resultater

Totalt 230 mødre i alderen 22 til 44 år deltok i undersøkelsen. Av disse svarte 183 (80 prosent) på det åpne spørsmålet «Er det noe spesielt du synes har vært problematisk i forhold til det å være mor og samtidig ha en revmatisk sykdom?». Analysen av disse svarene resulterte i ett hovedtema, «den utfordrende morsrollen», og to undertemaer, «sorg og utilstrekkelighet» og «amming».

Den utfordrende morsrollen

Noen av mødrene oppga at det var ensomt å leve med diagnosen i hverdagen. De opplevde at de var litt «annerledes» mødre enn andre, fordi de var nødt til å ta hensyn til ting som andre mødre ikke trengte å tenke på. Et par av mødre opplevde også at de ikke ble forstått når de var hos legen eller på helsestasjonen. Noen savnet også at helsevesenet tok mer tak i problemene de hadde relatert til leddgikten.

Flere av mødrene hadde forventninger til seg selv som de syntes at de ikke greide å innfri. Noen opplevde også at andre hadde forventninger til dem som de ikke greide å leve opp til. En mor skrev at hun følte at hun alltid var på etterskudd, og at det var mye hun skulle gjort som hun ikke orket.

Mange uttrykte også at det var slitsomt å leve med en sykdom som var så uforutsigbar. De gode og vonde dagene ble veldig kontrastfulle, og flere opplevde at det kunne være vanskelig for folk rundt dem å forstå hvordan de hadde det.

«Mange beskrev en hverdag preget av harde prioriteringer.»

Andre sa at sykdommen førte til at de følte at de aldri strakk til. De var ofte nødt til å si nei til ting som barna hadde lyst til å være med på. Dette forklarte de med at de hadde mye smerter, var trettede eller følte seg helt utmattet. En av respondentene beskrev det slik:

«Det kreves mye dugnadsjobber og at man stiller opp for de ulike arrangement. Det er vanskelig å innfri når man har en hverdag preget av mye smerter og utmattelse. Man møter ofte lite forståelse fra andre, som ikke klarer å forstå din situasjon. Mange tror det bare er å ta seg sammen, fordi du ser så frisk ut på utsiden.»

Flere oppga at smerter og lite energi gjorde at de manglet overskudd til de hverdagslige aktivitetene. Manglende overskudd innvirket i neste omgang på gleden over hverdagslige aktiviteter sammen med barna.

Mange beskrev en hverdag preget av harde prioriteringer. Å kombinere et yrkesaktivt liv med små barn opplevdes som krevende, og flere oppga at de hadde dårlig samvittighet. En av deltakerne beskrev det på denne måten:

«Å kombinere å være mor, sykdom og arbeid er vanskelig. Man vil være en god mor, men klarer det ikke alltid. Det er vanskelig å prioritere barna.»

Sorg og utilstrekkelighet

Mange av småbarnsmødrene kjente på en stor sorg fordi sykdommen gjorde at livet ikke ble slik de hadde planlagt. En av kvinnene beskrev følelsen av utmattelse som en av de største utfordringene i hverdagen, som begrenset henne på mange måter. Flere skrev at det var både vondt og vanskelig ikke å klare å ta seg av sitt eget barn i den grad de hadde ønsket. Følgende sitat er et godt eksempel på det:

«Sykdommen tar mye fokus og energi, som jeg heller skulle brukt på å følge opp barna mine. Det er trist å ikke klare å løfte sitt eget barn ut av senga, stelle og hjelpe til med påkledning. I oppveksten er det sårt å ikke kunne delta på aktiviteter eller følge de på turer i den grad jeg ønsker.»

Flere oppga at de manglet energi og overskudd til å gi barna den omsorgen og oppmerksomheten de syntes de fortjente. Mulighetene til barna ble redusert på grunn av mors helse, og dette opplevde de som urettferdig. Gleden over å være mor forsvant litt i sykdommen.

«De hadde mye dårlig samvittighet, og det var vanskelig å akseptere situasjonen som den var.»

Mange hadde også ønsker og store ambisjoner for småbarnsperioden og alt de skulle gjøre sammen med barna. Følelsen av utilstrekkelighet meldte seg fort når de innså at de ikke klarte dette. En av kvinnene uttrykte det på denne måten:

«Mange av verdiene jeg ønsket å være i morsrollen har jeg ikke mulighet til på grunn av smerter og fatigue, som f.eks. oppleve naturen, bake og små byggeprosjekter.»

Noen av mødrene ga også uttrykk for at de ikke greide å være de mødrene de ønsket. De hadde mye dårlig samvittighet, og det var vanskelig å akseptere situasjonen som den var. En av deltakerne uttrykte det slik:

«Man har forventninger til å være der for barna hele tiden, men det er tøft å innse at man ikke klarer det. Hodet vil mer enn kroppen.»

En mor kjente spesielt på dårlig samvittighet for måten hun håndterte situasjoner på, spesielt når tålmodigheten var svekket på grunn av smerter og fatigue.

Samtidig viste mødrene at de ikke ga opp, de jobbet kontinuerlig med å håndtere sykdommen på en best mulig måte, slik at den ikke skulle gå ut over barna. En av kvinnene beskrev det på denne måten:

«Er litt utfordrende mentalt å innse at man har begrensninger pga. sykdom som går ut over / vil gå ut over det å være en tilstedeværende mor. Føler at jeg svikter litt i rollen jeg selv har valgt.»

Amming

Det var flere av deltakerne som oppga at de hadde hatt utfordringer knyttet til amming og bruk av medisiner. Et tema som gikk igjen, var tidlig ammestopp grunnet smerter og behov for å begynne å ta medisiner. I tillegg opplevde flere at det var vanskelig å velge mellom å fortsette å amme og å begynne på medisiner. En av mødrene beskrev det slik:

«Jeg måtte avslutte ammingen etter fem–seks måneder på grunn av behov for å ta metotreksat mot betennelser. Det var veldig sår, og barnet var uvillig til å ta flaske og drikke morsmelk-erstatning.» Noen av deltakerne påpekte også at de savnet veiledning og oppfølging relatert til amming og en mer konkret plan for oppstart av medikamentell behandling etter fødsel, og før ammestopp.

En av kvinnene skrev at hun under svangerskapet var veldig dårlig av sykdommen. Hun var usikker på om hun kunne bruke de biologiske legemidlene, og hvorvidt hun kunne amme eller ikke:

«Jeg synes oppfølgingen fra sykehuset i denne perioden har vært dårlig. Jeg har vært på kontroller, det er ikke mangel på det, men det er vanskelig å få hjelp / bli hørt / tatt på alvor / føle at de tar seg tid til å hjelpe meg med problemene mine knyttet til leddgikten. Nattamming er slitsomt da alle stillinger er vonde å ligge i.»

Diskusjon

Hensikten med denne studien var å utforske hvilke utfordringer småbarnsmødre med revmatiske sykdommer beskriver.

Hovedfunnene viste at småbarnsmødrene opplevde morsrollen som utfordrende, de kjente på sorg og utilstrekkelighet fordi sykdommen gjorde at livet ikke ble slik de hadde planlagt. Flere fortalte om usikkerhet knyttet til amming, og flere savnet mer informasjon, veiledning og støtte.

Sykepleiere kan hjelpe med å bearbeide sorg

Rollen som småbarnsmor med revmatisk sykdom oppleves som utfordrende for en del kvinner. I perioder med smerter og lite energi har de ikke like mye tålmodighet eller overskudd til å være den småbarnsmammaen de hadde ønsket. Flere av kvinnene oppga at de bar på en sorg over at livet ikke ble slik de forventet.

Sorg er en kjent følelsesmessig reaksjon hos personer med en inflammatorisk artrittsykdom (16). For småbarnsmødre kan sorgen handle om at de har mistet energi og overskudd til å delta i aktiviteter sammen med barna på grunn av sykdommen.

«For en del småbarnsmødre er det utfordrende å innse at de ikke greier å innfri de forventningene de hadde til morsrollen.»

Sorgen må bearbeides, og her kan sykepleiere gjøre en forskjell. I møte med småbarnsmødrene må sykepleieren lytte til det kvinnene opplever som utfordrende, og finne ut hva de trenger hjelp til, og om det er noe som kan redusere utfordringene. Det er viktig at sykepleieren understøtter og styrker kvinnene, slik at de opplever sammenheng i tilværelsen.

For småbarnsmødre med en revmatisk sykdom kan dette innebære å få hjelp og støtte fra sykepleieren til å akseptere at de ikke ble den mammaen de hadde planlagt (13). Dette er viktig, da det for en del småbarnsmødre er utfordrende å innse at de ikke greier å innfri de forventningene de hadde til morsrollen (13, 16).

Det er ikke unormalt at småbarnsmødre kjenner på følelser som avmakt og tretthet fordi barnet er helt avhengig av dem. Som omsorgspersoner må de dekke alle barnets basale fysiske og emosjonelle behov.

For kvinner med en kronisk sykdom kan dette oppleves som ekstra slitsomt fordi de må håndtere sin egen sykdom i tillegg. Da er det viktig at sykepleieren trygger og støtter småbarnsmødrene, slik at de opplever å mestre rollen som mor. Kommentarer som «Jeg føler at jeg alltid er på etterskudd» illustrerer at småbarnsmødre trenger støtte fra sykepleieren til å mestre utfordringene som småbarnsperioden kan ha.

Sykepleieren har en viktig funksjon i å hjelpe kvinnene til å finne tryggheten og troen på at de er gode nok som de er, slik dette sitatet illustrerer: «Har følt meg ganske utilstrekkelig innimellom, men gutten er glad og fornøyd, så det har nok mest vært mine egne forventninger som har vært problemet.»

Mange er usikre på amming og medisiner

Usikkerhet knyttet til amming var et annet tema som flere av kvinnene rapporterte som utfordrende. Flere hadde opplevd økt sykdomsaktivitet etter fødselen. For å dempe aktiviteten måtte de starte med medisiner igjen.

Oppstart av den medikamentelle behandlingen gjorde at noen avsluttet ammingen før barnet var seks måneder, noe som også er påvist i tidligere forskning (11).

Samtidig viser forskning at mange som avsluttet ammingen, begynte med medisiner som var forenlige med amming i henhold til datidens retningslinjer (11).

«Ikke å starte medisinsk behandling kan føre til permanente leddødeleggelser.»

Mulige årsaker til tidlig ammestopp kan være en generell frykt for å ta medisiner når man ammer, eller for lite informasjon og veiledning om hvilke medikamenter som er forenlige med amming, og hva forenlig med amming egentlig betyr. I tillegg til generelle retningslinjer for hvilke medikamenter som kan brukes ved amming, er det behov for veiledning om hva som passer best for den enkelte kvinnen i hennes situasjon.

Noen av småbarnsmødrene i denne studien opplevde det som et vanskelig dilemma å velge mellom å holde ut smertene og fortsette ammingen, eller å begynne med medisiner og stoppe ammingen. For noen handlet det ikke bare om å «holde ut smertene», for det ikke å starte medisinsk behandling kan også føre til permanente leddødeleggelser med varige funksjonelle nedsettelse (1).

Dilemmaer som å veie ammestopp og oppstart med medisiner opp mot de positive fordelene med amming kan det være utfordrende å ta stilling til på egen hånd (12). I slike situasjoner kan sykepleieren veilede kvinnene om amming, medisinsk behandling og hvordan de kan håndtere rollen som småbarnsmor med en kronisk sykdom på en best mulig måte (3, 17, 18).

Målet med veiledningen er at kvinnene opplever at de mestrer situasjonen de er i, og at de føler seg trygge når de skal velge om de skal starte med medikamentell behandling eller ikke, og om de skal fortsette eller avslutte ammingen.

Noen får ikke oppfølgingen de trenger

Siden de inflammatoriske leddsykdommene er uforutsigbare, spesielt når det gjelder risikoen for økt sykdomsaktivitet etter fødsel (19), er det europeiske revmatologiske fagmiljøet enige om at det skal være enkelt for pasientene å komme i kontakt med en sykepleier når de har behov for støtte (3). Likevel viser det seg at noen pasienter opplever at de ikke får den oppfølgingen de trenger.

Hvis pasientene opplever at oppfølgingen ikke er tilstrekkelig, må sykepleieren finne ut hva som mangler. Sykepleieren har et ansvar for å tilby pasientene hjelp og støtte til å håndtere sykdommen gjennom hele sykdomsforløpet (3), noe som innebærer å tilby individtilpasset veiledning og støtte til å mestre rollen som småbarnsmor med revmatisk sykdom, hjelp til å bearbeide sorg over at sykdommen endret livet, og støtte når vanskelige valg skal tas.

Sykepleieren må også undersøke hvordan veiledningen og oppfølgingen best kan tilbys den enkelte kvinnen (20). Noen pasienter foretrekker veiledning ansikt til ansikt, mens andre synes det fungerer like bra med veiledning på telefon eller video (21).

Styrker og svakheter ved studien

En styrke ved denne studien er at småbarnsmødrene ble rekruttert fra det landsdekkende kvalitetsregisteret RevNatus. Alle kvinner med en inflammatorisk artrittsykdom som følges opp ved en revmatologisk enhet i forbindelse med svangerskap, inkluderes i registeret. Studien inneholder derfor et komplett utvalg av småbarnsmødre med en revmatisk sykdom i Norge.

Det åpne spørsmålet ga kvinnene mulighet til å bruke egne ord om sine opplevelser og erfaringer med å være småbarnsmor, i motsetning til å sette kryss ved ferdigformulerte svaralternativer. Kvinnenes beskrivelser kunne derfor analyseres med en kvalitativ tilnærming.

En svakhet ved studien er at vi ikke kunne følge opp kvinnenes beskrivelser med videre spørsmål, slik man kunne gjort hvis de hadde blitt intervjuet (22).

Konklusjon

Resultatene i denne studien viser at flere småbarnsmødre opplever at rollen som småbarnsmor med en revmatisk sykdom er utfordrende. De kjente på følelser av sorg og utilstrekkelighet fordi livet med små barn ikke ble slik de hadde sett for seg, og de måtte håndtere vanskelige dilemmaer knyttet til amming og oppstart av medikamentell behandling etter fødselen. Flere savnet også mer informasjon, veiledning og støtte.

Referanser

1. Ledingham J, Snowden N, Ide Z. Diagnosis and early management of inflammatory arthritis. *BMJ*. 2017;358:j3248.
2. Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer> (nedlastet 27.04.2021).

3. Bech B, Primdahl J, van Tubergen A, Voshaar M, Zangi HA, Barbosa L, et al. 2018 update of the EULAR recommendations for the role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2020;79(1):61–8.
4. Connelly K, Segan J, Lu A, Saini M, Cicuttini FM, Chou L, et al. Patients' perceived health information needs in inflammatory arthritis: a systematic review. *Semin Arthritis Rheum*. 2019;48(5):900–10.
5. Nasjonal kompetansetjeneste for svangerskap og revmatiske sykdommer (NKSR). Veileder i svangerskap og revmatiske sykdommer [internett]. Trondheim: St. Olavs hospital; [oppdatert mai 2021; sitert 12.05.2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.nksr.no/>
6. Ursin K, Lydersen S, Skomsvoll JF, Wallenius M. Disease activity during and after pregnancy in women with axial spondyloarthritis: a prospective multicentre study. *Rheumatology (Oxford)*. 2018;57(6):1064–71.
7. Ursin K, Lydersen S, Skomsvoll JF, Wallenius M. Disease activity of juvenile idiopathic arthritis during and after pregnancy: a prospective multicenter study. *J Rheumatol*. 2018;45(2):257–65.
8. Ursin K, Lydersen S, Skomsvoll JF, Wallenius M. Psoriatic arthritis disease activity during and after pregnancy: a prospective multicenter study. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2019;71(8):1092–100.
9. Skorpen CG, Hoeltzenbein M, Tincani A, Fischer-Betz R, Elefant E, Chambers C, et al. The EULAR points to consider for use of antirheumatic drugs before pregnancy, and during pregnancy and lactation. *Ann Rheum Dis*. 2016;75(5):795–810.
10. Sammaritano LR, Bermas BL, Chakravarty EE, Chambers C, Clowse MEB, Lockshin MD, et al. 2020 American College of Rheumatology guideline for the management of reproductive health in rheumatic and musculoskeletal diseases. *Arthritis Rheumatol*. 2020;72:529–56.
11. Ince-Askan H, Hazes JM, Dolhain RJ. Breastfeeding among women with rheumatoid arthritis compared with the general population: results from a nationwide prospective cohort study. *J Rheumatol*. 2019;46(9):1067–74.
12. Ackerman IN, Jordan JE, Van Doornum S, Ricardo M, Briggs AM. Understanding the information needs of women with rheumatoid arthritis concerning pregnancy, post-natal care and early parenting: a mixed-methods study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2015;16:194.

13. Feddersen H, Kristiansen TM, Andersen PT, Hørslev-Petersen K, Primdahl J. Juggling identities of rheumatoid arthritis, motherhood and paid work – a grounded theory study. *Disabil Rehabil.* 2019;41(13):1536–44.
14. RevNatus – et landsdekkende kvalitetsregister for svangerskap og revmatiske sykdommer. Trondheim: St. Olavs hospital. Tilgjengelig fra: <https://stolav.no/avdelinger/klinikk-for-ortopedi-revmatologi-og-hudsykdommer/revmatologisk-avdeling/nasjonal-kompetansetjeneste-for-svangerskap-og-revmatologiske-sykdommer/revnatus> (nedlastet 27.04.2021).
15. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today.* 2004;24(2):105–12.
16. Östlund G, Björk M, Thyberg I, Thyberg M, Valtersson E, Stenström B, et al. Emotions related to participation restrictions as experienced by patients with early rheumatoid arthritis: a qualitative interview study (the Swedish TIRA project). *Clin Rheumatol.* 2014;33(10):1403–13.
17. Dures E, Almeida C, Caesley J, Peterson A, Ambler N, Morris M, et al. Patient preferences for psychological support in inflammatory arthritis: a multicentre survey. *Ann Rheum Dis.* 2016;75(1):142–7.
18. van Eijk-Hustings Y, Ammerlaan J, Voorneveld-Nieuwenhuis H, Maat B, Veldhuizen C, Repping-Wuts H. Patients' need and expectations with regard to rheumatology nursing care: results of multicentre focus group interviews. *Ann Rheum Dis.* 2013;72(6):831–5.
19. Andreoli L, Gerardi MC, Fernandes M, Bortoluzzi A, Bellando-Randone S, Brucato A, et al. Disease activity assessment of rheumatic diseases during pregnancy: a comprehensive review of indices used in clinical studies. *Autoimmun Rev.* 2019;18(2):164–76.
20. Feddersen H, Kristiansen TM, Andersen PT, Hørslev-Petersen K, Primdahl J. Interactions between women with rheumatoid arthritis and nurses during outpatient consultations: a qualitative study. *Musculoskeletal Care.* 2019;17:363–71.
21. des Bordes JKA, Gonzalez E, Lopez-Olivo MA, Shethia M, Nayak P, Suarez-Almazor ME. Assessing information needs and use of online resources for disease self-management in patients with rheumatoid arthritis: a qualitative study. *Clin Rheumatol.* 2018;37(7):1791–7.

FORSKNING

Denne artikkelen finnes også i engelsk utgave. Publiserings dato: 09.09.2021

Covid-19: ammestart under en global pandemi

Amming

Koronavirus

Tverrsnittsstudie

Smittevern

Pandemi

Det er bred faglig enighet om viktigheten av amming og morsmelk for barnets og morens helse (1–3). Verdens helseorganisasjon (WHO) anbefaler mødre å gi barnet sitt kun morsmelk de første seks månedene og fortsette ammingen ved siden av fast føde til barnet er to år eller mer (4).

Amming er en fysiologisk prosess som er påvirket av hormonelle endringer under graviditeten og etter fødselen, og det er en ferdighet som må læres. Morens motivasjon og hennes tillit til sin egen ammeevne har stor innvirkning på hvordan det går med ammingen. Dette påvirkes igjen av holdninger og kunnskap i samfunnet, kvinnens familie og helseinstitusjonen (5). Den støtten og hjelpen en kvinne får, påvirker hvor lenge og hvor mye hun ammer (6).

Partneren kan påvirke ammestarten og lengden på ammeforløpet ved å gi praktisk hjelp, oppmuntre til amming og være oppmerksom på kvinnens behov. Når kvinnen og partneren samarbeider om ammingen, får kvinnen mer kontroll over ammeforløpet og større tiltro til sin egen ammeevne (7).

Helseinstitusjoner har en unik rolle når det gjelder å fremme amming, da det ofte er der kvinnene tilbringer de første dagene med sitt nyfødte barn. Derfor er det en anbefaling i retningslinjen for barselomsorg at moren får være på barselavdelingen til ammingen er etablert eller tilbudet om hjelp fra kommunehelsetjenesten er tilstrekkelig (8). Studier viser at tidlig hjemreise for moren og barnet ikke har en negativ effekt på ammingen så lenge kvinnen får tilbud om minst ett hjemmebesøk (9).

Mor-barn-vennlig standard

Mor-barn-vennlig standard er et globalt initiativ som ble startet av WHO og UNICEF i 1989 for å fremme amming (10). Initiativet ble innført i Norge i 1993 og er i dag kvalitetsstandard for føde- og barselavdelinger etter anbefaling fra Helsedirektoratet (8, 11).

Mor-barn-vennlig standard består av «Ti trinn for vellykket amming» (vedlegg 1), som må innføres i en helseinstitusjon for at den skal kunne kalle seg mor-barn-vennlig (12). Trinnene skal tilrettelegge for amming og oppfylle kravene til informasjon og veiledning. Flere studier har funnet at mor-barn-vennlig standard øker andelen kvinner som ammer (13, 14).

Smitteverntiltak i forbindelse med covid-19

I januar 2020 ble det påvist et nytt koronavirus i Kina som spredte seg raskt til andre deler av verden. Den 12. mars 2020 erklærte WHO utbruddet som en pandemi. Myndighetene innførte omfattende og inngripende smitteverntiltak i Norge generelt og på helseinstitusjoner spesielt (15).

I føde- og barselomsorgen var anbefalingene at partnere kun kunne være til stede under den aktive fødselen og to timer etter fødselen (16). Dermed var barselavdelingene anbefalt å ikke tillate at partneren var til stede.

En annen anbefaling var å gjøre barseloppholdet så kort som mulig, helst under 48 timer (17). For mange førstegangsfødende var dette kortere enn normalt, og man kan ikke forvente at ammingen er etablert så tidlig (18).

I tillegg ble det lagt føringer for en rekke smitteverntiltak på avdelingene med økt oppmerksomhet på desinfisering, isolering og endringer i daglige rutiner (16). Endringene kan ha ført til en økt arbeidsbelastning for de ansatte, som igjen kan ha påvirket tiden de hadde med hver enkelt kvinne.

Situasjonen med en pandemi kan gjenta seg. Kan vi lære noe som vi kan bruke hvis det skjer igjen? Det er verdifullt å vite om endringene i avdelingene har hatt innvirkning på kvinnenes ammestart, slik at disse erfaringene kan brukes til å forbedre dagens praksis.

Hensikten med studien

Vi ønsket å undersøke hva som skjedde med ammehjelpen i barselomsorgen under de strenge smitteverntiltakene. Hensikten med studien var å beskrive ammehjelpen førstegangsfødende fikk da smitteverntiltakene var på det strengeste under koronapandemien, og hvordan det gikk med ammestarten.

Metode

Studien var en kvantitativ tverrsnittsstudie, som vi gjennomførte som en nettbasert spørreundersøkelse.

Utvalg

Populasjonen besto av førstegangsfødende som hadde født i Norge mellom 12. mars og 12. mai 2020. Vi ekskluderte kvinner med barn som hadde ligget på nyfødtintensiv avdeling, og kvinner som ikke fødte til termin, da disse barna kan ha andre ernæringsbehov enn friske nyfødte og barn som ble født ved termin.

Datainnsamlingsmetode

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

Da vi utarbeidet spørreskjemaet, hentet vi inspirasjon fra et spørreskjema om ammeveiledning og ammeproblemer (18). Mor-barn-vennlig standard er kvalitetsmålet på de fleste sykehus, og vi valgte derfor å bruke «Ti trinn for vellykket amming» til å styre spørsmålene. Vi fikk innspill fra Nasjonal kompetansetjeneste for amming underveis i prosessen.

For å sikre at spørreskjemaet var forståelig, relevant og hadde uttømmende svaralternativer, utførte vi en pilottest underveis i prosessen blant kvinner som oppfylte inklusjonskriteriene helt eller delvis. Tilbakemeldingene førte til at vi la til forklarende tekst til enkelte spørsmål og flere svaralternativer til andre.

Oppbygningen av spørsmålene i spørreskjemaet (vedlegg 2) var kronologisk fra fødselen til tiden etter hjemkomsten fra barselavdelingen. Kvinnene fikk mellom 27 og 38 spørsmål, da noen av spørsmålene var filterspørsmål. Svaralternativene varierte mellom likertskalaer, enkelt svar og flervalg.

Siden vi ønsket å innhente informasjon fra disse kvinnene mens smitteverntiltakene ennå pågikk, ville vi sende ut spørreskjemaet raskt. Det var derfor mest hensiktsmessig å benytte et bekvemmelighetsutvalg, som innebærer at det rekrutteres respondenter ut fra hvem som er tilgjengelig (19).

Vi ønsket å få så mange respondenter som mulig for å kunne gjøre funnene generaliserbare. Derfor rekrutterte vi gjennom Facebook. Ifølge Ipsos bruker rundt 90 prosent av kvinner mellom 18 og 39 år Facebook, og 82 prosent bruker kanalen daglig (20).

Vi la ut spørreskjemaet i Facebook-grupper som henvender seg til mødre. Blant disse var «Mammaklubb for bra damer» med over 19 000 medlemmer og «Ammehjelpsgruppen», som har over 32 000 medlemmer. I tillegg delte vi spørreundersøkelsen på Facebook. Skjemaet lå ute mellom 26. mai og 26. juni 2020.

Analyse

Vi analyserte datamaterialet i IBM SPSS Statistics versjon 27. I denne studien ville vi kartlegge ammehjelpen som førstegangsfødende fikk på barselavdelingene under strenge smitteverntiltak. Vi brukte derfor beskrivende statistikk med frekvens- og krysstabeller som vi mente var tilstrekkelig til å besvare vår problemstilling.

Studien hadde kun kategoriske data, og resultatene er presentert i antall og andeler (prosent). På krysstabeller benyttet vi kjikvadrattest for å teste forskjellene mellom grupper, og vi satte signifikansnivået til 0,05. Spørsmål relatert til veiledningspunktene kvinnene fikk, hadde flere svaralternativer.

For å analysere dette laget vi et flervalgssett i SPSS via kommandoen «Multiple response set». Her ble hvert enkelt svar kodet om til dikotome variabler (hadde kvinnene fått den spesifikke veiledningen, ja eller nei), som så ble gruppert i et sett.

Vi brukte frekvensanalyser for å se hvor mange som hadde fått den spesifikke veiledningen, og krysstabeller for å se på forskjeller mellom liggetid tid på barsel og om partneren var til stede.

Etiske overveielser

Norsk senter for forskningsdata vurderte at denne studien ikke var meldepliktig til dem eller Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), da vi planla en anonym spørreundersøkelse via Universitetet i Oslos Nettskjema.

For å sikre at respondentene ikke skulle bli identifiserbare, hadde vi ingen åpne felter for fritekst, og bakgrunnsopplysningene var kategoriske og holdt på et minimum. Vi anså et svar på spørreskjemaet som et samtykke til å være med i studien.

Resultater

I alt 882 kvinner svarte på undersøkelsen. Av disse fjernet vi 61 fra datasettet på bakgrunn av eksklusjonskriteriene og inkluderte 821 i analysene. Til sammen 79,5 prosent av kvinnene var mellom 25 og 35 år.

Det var respondenter fra alle landets fylker (se tabell 1), og de fleste var fra fylker med store fødeinstitusjoner og høy befolkningstetthet. De fleste kvinnene fødte på en fødeavdeling eller kvinneklinikk (94,3 prosent), og andelen som fikk utført keisersnitt, var 15,8 prosent.

En av fem (19,9 prosent) av kvinnene rapporterte at de hadde partneren sin til stede under barseloppholdet. Halvparten av kvinnene dro hjem fra barselavdelingen innen 48 timer.

Tabell 1. Beskrivelse av utvalget

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

Opplevelse av ammehjelp på barsel

Vi spurte kvinnene i hvilken grad de opplevde å få hjelp med det de lurte på rundt ammingen på barsel (se tabell 2). De som hadde partneren sin til stede, opplevde i større grad å få hjelp enn de som ikke hadde med partneren. Kvinnene som lå kort tid på barsel, fikk i mindre grad hjelp enn de som var der lenger.

Det var signifikante forskjeller mellom fylkene når det gjaldt hvorvidt kvinnene fikk hjelp med amming. Møre og Romsdal var fylket hvor den største andelen av kvinnene i stor grad fikk hjelp (66,7 prosent), mens Oslo hadde den laveste andelen (40,7 prosent).

Tabell 2. Kvinnenes opplevelse av ammehjelp på barselavdelingen

	Stor grad n (prosent)	Nøytral n (prosent)	Liten grad n (prosent)	P-verdi
Totalt	444 (54,1)	149 (18,1)	228 (27,8)	
Mors alder n = 818				0,71
Under 25 år	58 (55,4)	19 (18,8)	26 (25,7)	
25–35 år	352 (53,9)	122 (18,7)	179 (27,4)	
Over 35 år	35 (54,7)	8 (12,5)	21 (32,8)	
Fylke				0,02
Agder	19 (47,5)	10 (25,0)	11 (27,5)	
Innlandet	34 (60,7)	7 (12,5)	15 (26,8)	
Møre og Romsdal	26 (66,7)	3 (7,7)	10 (25,6)	
Nordland	22 (55,0)	12 (30,0)	6 (15,0)	
Oslo	70 (40,7)	34 (19,8)	68 (39,5)	
Rogaland	45 (57,7)	13 (16,7)	20 (25,6)	
Troms og Finnmark	26 (56,5)	11 (23,9)	9 (19,6)	
Trøndelag	38 (52,8)	14 (19,4)	20 (27,8)	
Vestfold og Telemark	27 (60,0)	9 (20,0)	9 (20,0)	
Vestland	53 (57,6)	11 (12,0)	28 (30,4)	
Viken	84 (59,6)	25 (17,7)	32 (22,7)	
Fødeinstitusjon				0,3
Fødeavdeling/ kvinneklinnikk	420 (54,3)	137 (17,7)	217 (28,0)	
Fødestue	24 (51,1)	12 (25,5)	11 (23,4)	
Fødselsmetode				0,79
Vaginalt	373 (54,0)	128 (18,5)	190 (27,5)	
Keisersnitt	71 (54,6)	21 (16,2)	38 (29,2)	
Partner til stede på barselavdeling				0,02
Nei	343 (52,1)	118 (17,9)	197 (29,9)	
Ja	101 (62,0)	31 (19,0)	31 (19,0)	
Liggetid barsel				0,02
0–2 dager	203 (49,3)	85 (20,6)	124 (30,1)	
Over 2 dager	241 (58,9)	64 (15,6)	104 (25,4)	

Veiledningspunkter på barsel

Tabell 3 viser i hvilken grad kvinnene fikk informasjon relatert til «Ti trinn for vellykket amming». Tallene viser i hovedsak at kvinnene fikk lite veiledning. Flest fikk informasjon om «Hvor ofte barnet bør die» (54,2 prosent).

Kun 25,3 prosent av kvinnene fikk informasjon om «Hvordan du kan forebygge/behandle brystspreng». Her var det en signifikant forskjell mellom kvinnene som hadde med partneren sin, og de som ikke hadde det.

Liggetid hadde noe innvirkning. Blant kvinnene som lå mellom null og to dager, hadde en lavere andel fått informasjon om «Hvordan håndmelke», «Hvordan du kan forebygge/behandle brystspreng» og «Hvor ofte barnet bør die».

Tabell 3. Oversikt over veiledningen kvinnene fikk under barseloppholdet

Veiledningspunkt	Total* n (prosent)	Partneren til stede på barsel			Liggetid på barsel		
		Til stede n (prosent)	Ikke til stede n (prosent)	P-verdi	0–2 dager n (prosent)	Over 2 dager n (prosent)	P-verdi
Hvordan du kan gjenkjenne barnets tidlige tegn på sult	265 (32,3)	54 (33,1)	211 (32,1)	0,80	124 (30,1)	141 (34,5)	0,18
Hvordan du kan vurdere om barnet tar et godt sugetak og får i seg melk	356 (43,4)	75 (46,0)	281 (42,7)	0,45	165 (40,0)	191 (46,7)	0,05
Har du fått veiledning i at amming ikke skal gjøre vondt?	398 (48,5)	81 (49,7)	317 (48,2)	0,73	197 (47,8)	201 (49,1)	0,70
Hvordan du kan håndmelke	444 (54,1)	97 (59,5)	347 (52,7)	0,12	200 (48,5)	244 (59,7)	0,001
Hvordan du kan forebygge og behandle brystspreng	208 (25,3)	52 (31,9)	156 (23,7)	0,03	90 (21,8)	118 (28,9)	0,02
Mulige ulemper og risiko ved bruk av tåteflaske og smokk, som kan påvirke ammingen	279 (34,0)	58 (35,6)	221 (33,6)	0,63	132 (32,0)	147 (35,9)	0,24
Hvor mange ganger i døgnet barnet bør die	445 (54,2)	98 (60,1)	347 (52,7)	0,09	208 (50,5)	237 (57,9)	0,03
Hvor du kan finne hjelp med ammingen videre	421 (51,3)	86 (52,8)	335 (50,9)	0,67	207 (50,2)	214 (52,3)	0,55

*Total viser antallet (n) og andelen (prosent) av kvinner som fikk informasjon om hvert enkelt veiledningspunkt. Det er mer enn 100 prosent, da kvinnene kunne krysse av for flere svaralternativer.

Bruk av morsmelkerstatning

Blant kvinnene i studien svarte 46,3 prosent at deres barn fikk morsmelkerstatning i løpet av de tre første levedøgnene. Fødestuer brukte like mye morsmelkerstatning (42,6 prosent) som kvinneklinikker og fødeavdelinger (46,5 prosent).

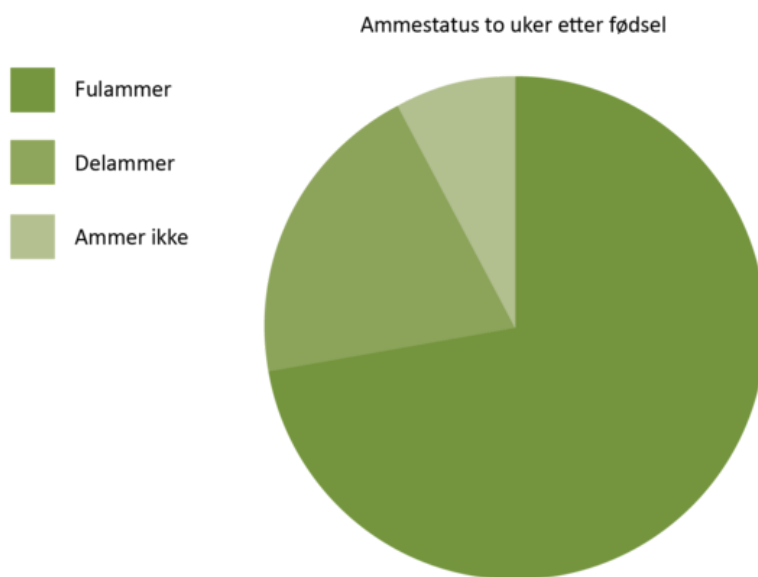
Kvinner som lå mer enn to dager på barsel, ga i større grad barnet morsmelkerstatning (30,8 prosent mot 61,9 prosent) (dataene er ikke i tabellene).

Ammestatus to uker etter fødselen

Vi spurte kvinnene om hvordan det gikk med ammingen to uker etter fødselen (se figur 1), og 92 prosent ammet fortsatt. Blant disse var det 72 prosent som fullammet. Ammestatusen var lik for kvinnene som hadde med partneren sin, og kvinnene som ikke hadde det.

Blant dem som lå over to dager på barselavdeling (63,8 prosent), fullammet en lavere andel sammenliknet med dem som lå mellom null og to dager på barsel (79,4 prosent) (dataene er ikke i tabellene).

Figur 1. Ammestatus to uker etter fødselen



Andelen av kvinner som fullammer, delammer og ikke ammer to uker etter fødselen.

Diskusjon

Resultater fra studien viser at smitteverntiltakene i barselomsorgen trolig har hatt negativ effekt på førstegangsfødendes opplevelse av ammehjelp under barseloppholdet. Kvinnene som hadde partneren sin til stede, var mer fornøyd med hjelpen de fikk.

Ammeveiledningen var mangelfull i forhold til det som er forventet av en mor-barn-vennlig avdeling. Det var mer bruk av morsmelkerstatning, og færre kvinner fullammet etter to uker sammenliknet med tidligere undersøkelser.

Pandemien endret arbeidshverdagen

Det var forskjeller mellom fylkene når det gjaldt hvor mye hjelp kvinnene følte at de fikk. Årsaken kan være at det var opp til hver enkelt fødeinstitusjon å lage lokale prosedyrer for hvordan de skulle håndheve de anbefalte smitteverntiltakene (16).

I tillegg kan det være ulik kultur ved avdelingene. En studie fant at morens opplevelse av å bli støttet økte når jordmoren hadde en positiv holdning til amming (21). Omfordeling av ressurser under pandemien kan ha gått ut over jordmødrenes oppmerksomhet og innstilling til blant annet amming.

Koronapandemien har endret arbeidshverdagen i avdelingene ved at de ansatte bruker tid og ressurser på smitteverntiltak. Økt arbeidsbelastning, og frustrasjon rundt dette, kan gjøre at personalet har hatt mindre tid til den ofte tidkrevende oppgaven ammeveiledning er.

Kvinner har trolig merket denne reduserte kapasiteten, noe som har kommet frem gjennom artikler og kronikker i dagspressen (22, 23).

«Kvinner som lå under 48 timer på barsel, opplevde å få mindre hjelp.»

Blant kvinnene som hadde med seg partneren sin, opplevde en større andel å få hjelp i barselavdelingen. Det kan skyldes at kvinnene inkluderte den støtten de fikk fra partneren sin i hjelpen de fikk.

Hvis helsepersonell hadde mindre tid til å være til stede hos kvinnene under koronapandemien, og partneren ikke var til stede, er det nærliggende å tro at det kan ha påvirket kvinnenes erfaring med støtte og hjelp.

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

Manglende informasjon og veiledning

Det er overraskende at kvinnene fikk så lite informasjon og veiledning. Veiledningspunktene er et verktøy som skal sikre at kvinnene får god informasjon på barselavdelingen (11).

Siden de fleste fødeinstitusjoner i Norge er godkjent som mor-barn-vennlige avdelinger etter krav om at 80 prosent av kvinnene skal ha fått informasjon om de fleste veiledningspunktene, må vi anta at tallene i denne studien er betydelig lavere enn det som er normalt (11).

At partneren var til stede, hadde kun betydning for ett av veiledningspunktene. Liggetid hadde større innvirkning. Blant annet var det en lavere andel av kvinnene som reiste hjem tidlig, som fikk informasjon om brystspreg.

Fordi brystspreg normalt oppstår to til fire dager etter fødselen (18), er det bekymringsverdig at så få fikk informasjon om det da de reiste hjem på dag to, og måtte håndtere det på egen hånd.

Siden kvinnene som hadde lengre liggetid enn anbefalt under koronapandemien, heller ikke hadde fått tilstrekkelig veiledning i henhold til en mor-barn-vennlig standard, kan vi anta at økt arbeidsbelastning og endrede ressurser spiller inn.

Høyere bruk av morsmelkerstatning

Vi fant at omtrent halvparten av kvinnene i denne studien hadde gitt morsmelkerstatning til barnet sitt i løpet av den tiden de lå på barselavdelingen. Det er en betydelig økning sammenliknet med spedkostundersøkelsene fra 2013 og 2020 (24, 25).

I disse undersøkelsene oppga henholdsvis 25 og 29 prosent at de ga barnet morsmelkerstatning den første leveuken (24, 25). I henhold til «Ti trinn for vellykket amming» skal det ikke gis morsmelkerstatning uten medisinsk indikasjon.

«I vår studie var det bare 53,1 prosent av barna som kun fikk morsmelk.»

For å bli godkjent som mor-barn-vennlig må sykehuset kunne rapportere at minst 80 prosent av barn som er født til termin, har fått kun morsmelk i løpet av sykehusoppholdet (12). I vår studie var det bare 53,1 prosent av barna som kun fikk morsmelk, og det viser at en mor-barn-vennlig standard ikke ble overholdt for disse kvinnene under pandemien.

Vi kan ikke se av våre resultater om det er medisinsk grunnlag for den økte bruken av morsmelkerstatning, men vi kan anta at det i stor grad ble gitt uten medisinsk indikasjon når det ble gitt til så mange. Dette støttes også av at bruken av morsmelkerstatning i vår studie er like høy på fødestuer som på fødeavdelinger og kvinneklinikker.

Det er kun friske mødre og barn som selekteres til en fødestue. Derfor forventer man ikke medisinske indikasjoner for å gi morsmelkerstatning (26). Morsmelkerstatning kan være gitt på grunn av travle barselavdelinger under pandemien. «Ti trinn for vellykket amming» spesifiserer at ressursmangel ikke er en god nok grunn for å gi morsmelkerstatning (12).

Ammestatus to uker etter fødselen

Landsomfattende spedkostundersøkelser fra 2013 og 2020 viser at andelen kvinner som fullammet etter to uker, var henholdsvis 84 og 85 prosent (24, 25). Til sammenlikning var det en betydelig lavere andel som fullammet i vår studie (71,6 prosent).

Kvinnene i spedkostundersøkelsene inkluderte både første- og flergangsfødende i motsetning til vårt utvalg. Det kan være en årsak til forskjellen.

Partneren spiller en viktig rolle når kvinner skal etablere amming (7, 27). Likevel fant vi i vår studie ingen signifikant forskjell mellom kvinnene som hadde partneren til stede, og de som ikke hadde det, når vi ser på ammestatusen etter to uker. En liten gruppe kvinner fikk ha med seg partneren sin (19,9 prosent).

«Man kan anta at partnerne som fikk være til stede, hadde begrensninger for hva de kunne gjøre på avdelingen på grunn av smitteverntiltak.»

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

Det var et overraskende funn at kvinner med kort liggetid hadde en større sjanse for å fullamme på tross av at de oppga å få mindre veiledning enn de som lå lenger. Det kan ha sammenheng med at de som lå lenger, i større grad ga morsmelkerstatning. Det er en kjent faktor som påvirker fullamming (28).

Det må tas med i beregningen at de som lå lenger, kan ha hatt medisinske problemstillinger som kan ha ført til ammeutfordringer.

Studiens styrker og svakheter

Studiens utvalg er et bekvemmelighetsutvalg som kan påvirke generaliserbarheten. Ved å bruke denne datainnsamlingsmetoden har vi ikke mulighet til å si hvor mange som har kunnet delta, og hvem som har valgt å ikke svare. En styrke er det høye antallet respondenter.

I Norge er det cirka 3800 (29) førstegangsfødende som føder i løpet av to måneder, så vår svarrespons er omtrent 23 prosent. Respondentene skiller seg ikke mye fra den generelle fødepopulasjonen når det gjelder målte bakgrunnsvariabler.

Blant kvinnene i studien var 79,5 prosent mellom 25 og 35 år. Gjennomsnittsalderen for førstegangsfødende i Norge i 2019 var 29,7 år (29). Andelen av kvinner som har utført keisersnitt (15,8 prosent), er lik andelen av keisersnitt i fødepopulasjonen i Norge (15,9 prosent) (29).

«Rekrutteringen foregikk via sosiale medier.»

Rekrutteringen foregikk via sosiale medier. På tross av at majoriteten av befolkningen bruker slike medier, må vi anta at det er deler av populasjonen vi ikke har nådd frem til. I tillegg kan de ulike Facebook-gruppene vi valgte for å rekruttere kvinnene, ha påvirket utvalget og potensielt gi en utvalgsskjevhet.

For å motvirke dette kontaktet vi ulike grupper for å dele spørreundersøkelsen, og den ble delt videre i disse gruppene. Studier viser at rekruttering på Facebook kan gi representative utvalg på lik linje med tradisjonelle innsamlingsmetoder (30).

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

En svakhet ved studien er at spørreskjemaet som vi benyttet, ikke var validert. Vi brukte derfor mye tid på å utarbeide spørreskjemaet blant annet ved å samarbeide med Nasjonal Kompetansetjeneste for amming og gjennomføre en pilottest.

Vi valgte beskrivende statistikk og bivariate analyser i vår studie, som vi mener samsvarer med studiens hensikt. At det er en enkel analysetilnærming, må tas i betraktning når resultatene tolkes.

Konklusjon

Vi ser at ammehjelpen førstegangsfødende fikk under koronapandemien, ikke var etter en mor-barn-vennlig standard. Siden de fleste sykehus er godkjent etter denne standarden, kan vi anta at smitteverntiltakene hadde en negativ innvirkning på hjelpen de fikk. Kun halvparten av kvinnene opplevde å få god hjelp med ammingen på barsel.

Kvinnene fikk mer morsmelkerstatning og mangelfull informasjon og veiledning. Vi vet at det påvirker hvor mange som fullammer, og hvor lenge de ammer. Andelen kvinner som fullammet to uker etter fødselen, var lavere i vår studie enn resultatene fra andre studier viser.

Siden resultatene fra vår studie kun inkluderer førstegangsfødende, kan vi ikke konkludere med at den lave andelen kun skyldtes smitteverntiltakene.

I studien har vi sett på amming frem til to uker etter fødselen. Det vil være nødvendig å undersøke det videre ammeforløpet for å forstå de reelle konsekvensene av smitteverntiltakene.

Referanser

1. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*. 2016;387(10017):475–90. DOI: [10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
2. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*. 2015;104(S467):96–113. DOI: [10.1111/apa.13102](https://doi.org/10.1111/apa.13102)
3. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. 2007. Evidence Report Technology Assessments nr. 153. Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4781366/> (nedlastet 10.05.2020).
4. Verdens helseorganisasjon. Global strategy for infant and young child feeding. Genève: Verdens helseorganisasjon; 2003. Tilgjengelig fra: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42590/9241562218.pdf?sequence=1>. (nedlastet 02.05.2020).
5. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet*. 2016;387(10017):491–504. DOI: [10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2)
6. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017(2). DOI: [10.1002/14651858.CD001141.pub5](https://doi.org/10.1002/14651858.CD001141.pub5)
7. Davidson EL, Ollerton RL. Partner behaviours improving breastfeeding outcomes: an integrative review. *Women and Birth*. 2020;33(1):e15–e23. DOI: [10.1016/j.wombi.2019.05.010](https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.05.010)
8. Helsedirektoratet. Nytt liv og trygg barseltid for familien: Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. Oslo: Helsedirektoratet; 2014.
9. Brown S, Small R, Argus B, Davis PG, Krastev A. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2002(3). DOI: [10.1002/14651858.CD002958](https://doi.org/10.1002/14651858.CD002958)

10. Verdens helseorganisasjon. Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Genève: Verdens helseorganisasjon; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/publications-detail/9789241550086> (nedlastet 02.05.2020).
11. Nasjonal kompetansetjeneste for amming. Mor-barn-vennlig standard (MBV) 2019. Tilgjengelig fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonalt-kompetansetjeneste-for-ammings-nka/mor-barn-vennlig-standard-mbv> (nedlastet 02.05.2020).
12. Nasjonal kompetansetjeneste for amming. Mor-barn-vennlig standard (MBV). Ti trinn for vellykket amming. Oslo; 2018.
13. Pérez-Escamilla R, Martinez JL, Segura-Pérez S. Impact of the baby-friendly hospital initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Maternal & Child Nutrition*. 2016;12(3):402–17. DOI: [10.1111/mcn.12294](https://doi.org/10.1111/mcn.12294)
14. Beake S, Pellowe C, Dykes F, Schmied V, Bick D. A systematic review of structured compared with non-structured breastfeeding programmes to support the initiation and duration of exclusive and any breastfeeding in acute and primary health care settings. *Maternal & Child Nutrition*. 2012;8(2):141–61. DOI: [10.1111/jbisrir-2011-121](https://doi.org/10.1111/jbisrir-2011-121)
15. Folkehelseinstituttet. Fakta om covid-19-utbruddet. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/fakta-og-kunnskap-om-covid-19/fakta-om-covid-19-utbruddet/?term=&h=1> (nedlastet 30.03.2020).
16. Helseaktuelt. Min koronahverdag: Jordmor Mai-Britt i beredskap på Ringerike sykehus. Helseaktuelt 26.3.2020. Oslo: Helsedirektoratet; 2020. Tilgjengelig fra: <https://medium.com/helseaktuelt/min-koronahverdag-jordmor-mai-britt-i-beredskap-p%C3%A5-ringerike-sykehus-273e1ddddd3fd> (nedlastet 10.05.2021).
17. Oslo universitetssykehus. Fødeavdelingen. Viktig informasjon om koronasituasjonen ved Føde- og barselseksjonene ved OUS. Oslo: Oslo universitetssykehus. Tilgjengelig fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/kvinneklinikken/fodeavdelingen#viktig-informasjon-om-koronasituasjonen-ved-fode--og-barselseksjonene-pa-ous> (nedlastet 10.05.2021).
18. Tufte E. Norske kvinners ammeproblemer [masteroppgave]. Nordic School of Public Health; 2005.

19. Ringdal K. Enhet og mangfold: Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode. 4. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2018.
20. Ipsos. Sosiale medier tracker Q2'20 2020. Tilgjengelig fra: https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/publication/documents/2020-07/ipsos_some_2._kvartal_2020.pdf (nedlastet 05.05.2020).
21. Ekström AC, Thorstensson S. Nurses and midwives professional support increases with improved attitudes; Design and effects of a longitudinal randomized controlled process-oriented intervention. BMC Pregnancy Childbirth. 2015;15:275.
22. Thomassen AL. Å bli mor under en pandemi. Dagsavisen. 02.09.2020. Tilgjengelig fra: <https://www.dagsavisen.no/debatt/a-bli-mor-under-en-pandemi-1.1766957> (nedlastet 02.09.2020).
23. Solheim M. Fødsel under pandemi: Marlene (25) føler ho blei frårøva den største opplevinga i livet. NRK. 09.10.2020. Tilgjengelig fra: https://www.nrk.no/trondelag/fodsel-under-pandemi_-marlene-_25_-foler-ho-blei-frarova-den-storste-opplevinga-i-livet-1.15167440 (nedlastet 09.10.2020).
24. Helsedirektoratet. Amming og spedbarns kosthold. Landsomfattende undersøkelse 2013. Oslo: Helsedirektoratet; 2014.
25. Folkehelseinstituttet. Spedkost 3. Landsomfattende undersøkelse av kostholdet blant spedbarn i Norge, 6 måneder. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2020.
26. St.meld. nr. 12 (2008–2009). En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2008.
27. Hunter T, Cattelona G. Breastfeeding initiation and duration in first-time mothers; Exploring the impact of father involvement in the early post-partum period. Health Promot Perspect. 2014;4(2):132–6.
28. Häggkvist A-P, Brantsæter AL, Grijbovski AM, Helsing E, Meltzer HM, Haugen M. Prevalence of breast-feeding in the Norwegian Mother and Child Cohort Study and health service-related correlates of cessation of full breast-feeding. Public Health Nutrition. 2010;13(12):2076–86.
DOI: [10.1017/S1368980010001771](https://doi.org/10.1017/S1368980010001771)
29. Folkehelseinstituttet. Medisinsk fødselsregister. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2019. Tilgjengelig fra: <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/> (nedlastet 02.10.2020).

30. Thornton L, Batterham PJ, Fassnacht DB, Kay-Lambkin F, Calear AL, Hunt S. Recruiting for health, medical or psychosocial research using Facebook: systematic review. *Internet Interventions*. 2016;4:72–81. DOI: [10.1016/j.invent.2016.02.001](https://doi.org/10.1016/j.invent.2016.02.001)