

Endring av rutiner som fremmer
amming ved fødeenheter i Norge
i perioden 1973-2009

Mette Ness Hansen

Master of Public Health

MPH 2014:32



norden

Nordic School of Public Health
NHV

Endring av rutiner som fremmer amming ved fødeenheter i Norge i perioden 1973-2009

© Nordic School of Public Health NHV

ISSN 1104-5701

ISBN 978-91-86739-97-3



Master of Public Health – Examensarbete –

Examensarbetets titel och undertitel Endring av rutiner som fremmer amming ved fødeenheter i Norge i perioden 1973-2009				
Författare Mette Ness Hansen				
Författarens befattning och adress Jordmor, Nasjonal kompetansetjeneste for amming, Rikshospitalet 0424 Oslo Jordmor, Nesoddtangen helsestasjon, 1450 Nesoddtangen				
Datum då examensarbetet godkändes 12.11.2014			Mika Gissler, professor	
Antal sidor 59	Språk – examensarbete Norsk	Språk – sammanfattning Norsk	ISSN-nummer 1104-5701	ISBN-nummer 978-91-86739-97-3

Sammanfattning

Bakgrunn: Norske helsemyndigheter anbefaler i tråd med WHO / UNICEF at spedbarn bør få morsmelk som eneste næring i de første seks levemånedene. Ammingen bør opprettholdes gjennom hele det første leveåret samtidig med at fast føde introduseres. Rutiner ved føde- / barselavdelingene har stor innvirkning på etablering og varighet av ammingen. Bruk av tilleggsnæring uten medisinsk grunn kan føre til at færre mødre fullammer og at de har en kortere ammeperiode.

Mål: Studere endring av rutiner som fremmer amming ved norske fødeenheter med et spesielt fokus på perioden 1991-2009, rett før og etter lanseringen av Mor-barn-vennlig initiativ (MBVI). Beskrive situasjonen med den fortløpende registreringen av amming og spedbarn som får tilleggsnæring ved landets fødeenheter.

Metode: Ammeundersøkelsen som er gjennomført hvert 9. år, er en deskriptiv tverrsnitt studie. Fødeenhetene besvarte et tilsendt spørreskjema med spørsmål om avdelingens ammerutiner for det forutgående år, retrospektivt. En fortløpende registrering på tilsendt registreringsskjema, av amming og bruk av tillegg til 20 friske, fullbårne barn ved hver fødeenhet, tilsammen 984 barn, ble gjort prospektivt.

Resultat: Fødeenhetenes rutiner har i hovedsak endret seg i tråd med helsemyndighetenes anbefalinger, bortsett fra praksis med å gi tilleggsnæring til friske, fullbårne barn som skal ammes. Registreringen av amming og bruk av tillegg bekrefter svarene fra Ammeundersøkelsen. 30 % av de registrerte barna fikk tilleggsnæring minst en gang under barseloppholdet, og de fleste fikk det av en ikke medisinsk grunn.

Konklusjon: Unødig bruk av tilleggsnæring er en indikator på at avdelingens ammepraksis ikke fungerer tilfredsstillende.

Nyckelord

amming, tilleggsnæring, fødeenhet, Mor-barn-vennlig initiativ (MBVI), folkehelse



Master of Public Health

– Thesis –

Title and subtitle of the thesis Changes in maternity ward routines regarding breastfeeding promotion in Norway during 1973–2009				
Author Mette Ness Hansen				
Author's position and address Midwife, Nasjonal kompetansetjeneste for amming, Rikshospitalet 0424 Oslo Midwife, Nesoddtangen helsestasjon, 1450 Nesoddtangen				
Date of approval 12.11.2014			Supervisor NHV/External Mika Gissler, professor	
No. of pages 59	Language – thesis Norwegian	Language – abstract English	ISSN-no 1104-5701	ISBN-no 978-91-86739-97-3

Abstract

Background: In concurrence with the World Health Organization and UNICEF, Norwegian health authorities recommend exclusive breastfeeding for infants during the first six months of life. Thereafter, recommendations suggest the continuance of breastfeeding for the first year of life, while introducing complementary food. Routines in maternity wards have a huge impact on the establishment and duration of breastfeeding. Consequently, supplemental nutrition that lacks medical justification may reduce exclusive breastfeeding, and associates with early termination of breastfeeding.

Objective: This study aimed to examine changes in maternity ward routines with regard to breastfeeding, focusing particularly on the period between 1991 and 2009, immediately before and after Norway launched the Baby-Friendly Hospital Initiative. In addition we examined the continuous registration of breastfeeding and the provision of breast-milk substitutes in the maternity units.

Methods: Norway conducts a descriptive and cross-sectional National Breastfeeding Survey (Ammeundersøkelsen) every 9th year. The 53 head midwives responded retrospectively to a questionnaire about their units' breastfeeding practices the preceding year. In addition each unit registered breastfeeding and the use of breast milk substitutes for 20 healthy term infants, a total of 984 infants, prospectively.

Results: Except for non-medical use of breast-milk substitutes, changes in breastfeeding routines mostly adhered to health authority recommendations. The registration of breastfeeding and breast-milk substitutes confirms our findings. Thirty percent of registered babies received breast-milk substitutes at least once during their stay in the maternity ward, and most received a substitute due to a non-medical reason.

Conclusion: The use of breast-milk substitutes for non-medical reasons indicates that hospitals' breastfeeding routines are not satisfactory.

Key words

breastfeeding, supplementary nutrition, maternity ward, Baby-Friendly Hospital Initiative, public health

Innhold

1. Introduksjon	5
1.1. Historie	5
1.2. 10 trinn for vellykket amming.....	5
1.3. Innocenti deklarasjonen	5
1.4. Anbefaling om amming og Ammeundersøkelsen	6
1.5. Betydningen av amming for folkehelsen	7
2. Teorier for eksamensarbeidet.....	8
2.1. Mestringsforventning.....	8
2.2. Morsmelkens helseeffekter	10
2.3. Ammingens anatomi og fysiologi	11
2.4. Kolostrum og immunforsvaret til det nyfødte barnet	12
2.5. Mor-barn-vennlig initiativ (MBVI).....	12
3. Hensikt med studien	14
4. Metode.....	14
4.1. Design	14
4.2. Utvalg	16
4.3. Selvrappotering ved spørreskjema	16
4.4. Registrering av amming og spedbarn som får tillegg av annen væske/næring ved landets føde- og barselavdelinger	17
4.5. Dataanalyse	18
4.6. Etiske overveielser.....	19
5. Resultater	19
5.1. Selvrappotering ved spørreskjema	21
5.2. Registrering av amming og spedbarn som får tillegg av annen væske/næring ved landets føde-/barselavdelinger. Skjema B.....	28
6. Diskusjon	29
6.1. Fire trinn med tilhørende spørsmål fra Ammeundersøkelsen	30
6.2. Sammenlignbarheten av data fra ulike kilder	36
6.3. Metodekritikk.....	39
7. Konklusjon.....	42
7.1. Framtidige Ammeundersøkelser	43
7.2. Videre forskning.....	43
8. Takk.....	44
9. Referanser	45

Vedlegg	51
---------------	----

1. Introduksjon

1.1. Historie

WHO/UNICEF har i en årrekke prioritert ulike tiltak for å fremme og beskytte amming ut i fra kunnskap om morsmelkens betydning for spedbarnets utvikling og helse (1,2). I 1981 vedtok Verdens helseforsamling en internasjonal kode for markedsføring av industrifremkalte melkeblandinger for spedbarn (WHO-koden) (3). Målet var å innføre strenge begrensninger på markedsføring av disse produktene, for å forebygge unødig og feilaktig bruk. Medlemslandene ble anbefalt å følge WHO-koden. I Norge resulterte dette i en frivillig avtale mellom landets helsemyndigheter og barnematindustrien i 1983 og en forskrift om morsmelkerstatning og tilskuddsblandinger i 2008 (4). På bakgrunn av en registrert nedgang i ammeforekomst og ammevarighet over hele verden, og kunnskap om at helsevesenet, gjennom sin praksis og sine rutiner ved føde-/barselavdelingene ubevisst kunne være med på å bidra til denne nedgangen, publiserte WHO/UNICEF i 1989 dokumentet «Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding: The special role of maternity services» (5).

1.2. 10 trinn for vellykket amming

Hovedinnholdet i dokumentet er «Ten steps to successful breastfeeding», ti enkle grunnleggende prinsipper for hvordan helsevesenet både i svangerskapet og ved føde-/barselavdelingen gjennom sine rutiner kan bidra til å fremme amming og tidlig nærkontakt mellom mor og barn. Trinnene er anvendbare og har universell relevans ved føde-/barselenheter over hele verden. Prinsippene er allmenngyldige, uavhengig av fødeenhetenes størrelse, om de finnes i industriland eller utviklingsland, er moderne eller tradisjonelle (5). I Norge ble trinnene i 1993 lansert som «10 krav for vellykket amming» og er i dag kjent som «10 trinn for vellykket amming» eller «10 trinn» (6).

1.3. Innocenti deklarasjonen

Innocenti deklarasjonen ble skrevet og vedtatt av deltagerne på WHO/UNICEF's møte om «Amming på 1990 tallet: et globalt initiativ» i 1990 (7). Initiativet til møtet ble tatt på bakgrunn av en vedvarende bekymring over at ammeforekomsten i verden var nedadgående. Årsakene var blant annet at stadig flere fødsler ble sentralisert til sykehus med ammefiendtlige rutiner og at barnematindustrien drev en aggressiv markedsføring av morsmelkerstatning. Det var erkjent at amming er en unik prosess som tilbyr den beste næringen for spedbarnet, beskytter og bidrar til å bedre både barnets og mors helse og bidrar til sosiale og økonomiske fordeler både for familien og samfunnet. Nyere kunnskap hadde vist at fordelene ved amming økte med grad av fullamming i barnets første seks levemåneder, og av ammevarighet utover de første seks levemånedene, samtidig med at tilleggsnæring ble introdusert (7).

WHO definerer og kategoriserer amming i fire grupper:

- Fullamming: Barnet får kun morsmelk fra mors bryst eller utpumpet morsmelk, eventuelt med tillegg av vitaminer/mineraler eller medisiner.
- I hovedsak amming: Barnet får morsmelk, samt vann/saft/juice og eventuelt kosttilskudd.
- Delvis amming: Barnet får morsmelkerstatning/annen melk og/eller fast føde i tillegg til morsmelken.
- Amming: inkluderer alle de tre tidligere nevnte kategoriene (8,9)

Det var dokumentert at endringer av praksis ved føde-/barselavdelingene kunne føre til positive endringer i ammepraksis blant mødrene. Deklarasjonen fastslo at: «som et globalt mål for optimal maternell og barne- helse og ernæring, skal alle kvinner ha mulighet til å fullamme barnet fram til 4-6 måneders alder. Deretter skal barnet fortsatt kunne ammes til to års alder eller lenger, samtidig med at det får tilfredsstillende tilleggs næring». Forutsetningene for å nå målet var blant annet at «kvinner blir styrket i sin bevissthet om egen evne til å amme», at landene «fjerner hindringer for amming i helsevesenet» og «at myndighetene utvikler en plan for å fremme amming og integrerer planen i landets helsepolitikk». Som et minimumskrav for å nå dette målet måtte det sikres at alle fødeenheter til fulle praktiserte de 10 trinnene for vellykket amming. De 10 trinn for vellykket amming dannet grunnlaget for å utvikle Baby-friendly Hospital Initiative (BFHI) (10) som ble lansert av WHO og UNICEF samtidig med Innocenti deklarasjonen. BFHI er et verktøy for å implementere de 10 trinn i føde-/barselavdelingene og kvalitetssikre amme fremmende rutiner i avdelingene. BFHI er i Norge kjent som Mor-barn-vennlig initiativ (MBVI). Se 2.5..

1.4. Anbefaling om amming og Ammeundersøkelsen

WHO og UNICEF publiserte i 2003, Global Strategy for Infant and Young Child Feeding, hvor det anbefales at spedbarn bør få morsmelk som eneste næring i de første seks levemånedene. Ammingen bør opprettholdes gjennom hele det første leveåret samtidig med at fast føde gradvis introduseres (11,12). En systematisk oversiktsartikkel, utarbeidet for de femte Nordiske Næringsanbefalingene i 2013, konkluderer med at den nordiske anbefalingen om å fullamme i seks måneder, deretter fortsette ammingen ut det første leveåret samtidig med at fast føde gradvis introduseres og videre del amme så lenge det passer mor og barn, bør opprettholdes (13). Norske helsemyndigheter følger WHO / UNICEF og de nordiske næringsanbefalingene om amming. Rutiner ved føde-/barselavdelingene har stor innvirkning på etablering og varighet av ammingen (5). I Norge ble det for første gang i 1973 nedsatt en arbeidsgruppe av norske helsemyndigheter som hadde som oppgave å samlet inn data om materutiner ved norske føde-/barselavdelinger. Prosjektet fikk betegnelsen Ammeundersøkelsen 1973, og ble gjennomført som en spørreskjemaundersøkelse til alle landets føde-/barselavdelinger. Deretter har det blitt samlet inn sammenlignbare data om materutiner ved føde-/barselavdelingene hvert niende år (14). Som en del av denne masteroppgaven, ble den femte og siste Ammeundersøkelsen gjennomført for året 2009. Oppgaven gjør det mulig å studere om utviklingen og endring av rutiner ved norske fødeenheter i perioden 1973 – 2009 har bidratt til å fremme amming og tidlig nærkontakt mellom mor og barn. Samtidig med Ammeundersøkelsen 2009 ble det for første gang gjort en fortløpende

registrering av amming og bruk av tillegg til nærmere tusen friske, fullbårne barn (født etter utgangen av 37. svangerskapsuke) ved landets føde-/barselavdelinger.

Registreringen viser hvor stor andel av de nyfødte som blir gitt tilleggsnæring på barselavdelingen, og hvor stor andel av tilleggsnæringen som gis av medisinsk / ikke medisinsk grunn. Det blir stilt spørsmål ved om en registrering av bruk av tillegg kan være en uavhengig indikator for avdelingens ammerutiner.

1.5. Betydningen av amming for folkehelsen

«Folkehelsearbeid er samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, og arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen» (15).

Amming ivaretar flere av disse aspektene. Amming er en faktor som både direkte og indirekte fremmer befolkningens helse. WHO sier at amming er et av de mest effektive tiltak for å sikre barnehelse og overlevelse. Hvis alle barn ble ammet innen den første timen etter fødselen, og bare fikk brystmelk i de første seks månedene av livet og fortsatt ble ammet til to års alder, ville rundt 800 000 liv bli spart hvert år (16). FNs tusenårsmål er åtte konkrete mål for bekjempelse av fattigdom, som skal nåes innen 2015. Amming er av FN knyttet til alle målene. Morsmelk kan bidra til bedre ernæring, begrense sult og redusere barnedødeligheten ved å begrense infeksjoner. Amming bedrer kvinnehelse ved å redusere blodtap etter fødselen og bidrar til lengre intervall mellom fødslene. Amming er med på å sikre en miljømessig bærekraftig utvikling gjennom å begrense produksjon av morsmelkerstatning, plastflasker og annen emballasje og begrenser behovet for brensel til oppvarming av vann. Gjennom å fremme amming kan myndigheter utvikle et globalt partnerskap ved å samarbeide om «The global strategy for infant and young child feeding» (17,18).

Data fra Spedkostundersøkelsen, en landsomfattende undersøkelse av norske barns kosthold gjennomført i 2006/2007, viser at mellom 98-99 % av alle nyfødte har fått morsmelk minst en gang i løpet av barseltiden og 80 % ble fortsatt ammet ved seks måneders alder (9). Amming er en normal prosess som angår nærmest hele befolkningen. Helseeffektene av morsmelk og amming inkluderer både fysisk og psykisk sykdom. Effekten er dokumentert for både mor og barn (19,20). Amming kan bidra til en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helse ved at det er en naturlig prosess som er mulig for de aller fleste kvinner og nyfødte å gjennomføre. Morsmelk er et viktig bidrag til bedre helse både i selve ammeperioden og senere i livet. Gjennom prosjektet Mor-barn-vennlig initiativ (MBVI), se 2.5., kan føde-/barselavdelingene bidra til at mor og barn kan få en optimal start på ammeperioden.

Amming er et prioritert område innen folkehelse i Norge: «Folkehelsemeldingen St. melding nr. 16. Resept for et sunnere Norge» stadfester at det må arbeides for at alle føde- og barselavdelinger drives i samsvar med kriterier for et Mor-barn-vennlig -

sykehus (MBV) (21). Den tverrdepartementale handlingsplanen for bedre kosthold i befolkningen: «Oppskrift for et sunnere kosthold Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen 2007-2011» sier at: *Amming er et av de mest effektive tiltakene for å fremme helse og forbygge sykdom hos barnet og kan også ha gunstig effekt på helsen senere i livet* (22). I Handlingsplanen var målsettingen å øke ammeforekomsten for spedbarn. Et av virkemidlene for å nå målsettingen var å fremme amming og tidlig nærkontakt mellom mor og barn, og kvalitetssikre gode ammerutiner på føde/barselavdelingene gjennom Mor-barn-vennlig initiativ og de 10 trinn for vellykket amming (6). MBVI skal bidra til å gi et likeverdig tilbud til alle mødre og barn, og kan være en strategi for å redusere sosial ulikhet når det gjelder helse.

Retningslinjen for svangerskapsomsorgen, Sosial- og helsedirektoratet, Norge, viser til at WHO stadfester at undervisning om amming i svangerskapet er nyttig og at MBVI er en nasjonal faglig standard for svangerskapsomsorgen som er satt av WHO og bifalt av norske helsemyndigheter. Det er et helsepolitisk mål at alle føde- og barselavdelinger drives i samsvar med kriteriene og det anbefales at jordmor eller lege informerer blivende foreldre om hva de kan forvente av et MBV-sykehus (23).

Helsedirektoratet i Norge publiserte i 2014 retningslinjen *Nytt liv og trygg barseltid for familien*, hvor det legges stor vekt på å gi støtte til kvinner som ammer. Det anbefales individuell støtte med ammeveiledning i tråd med 10 trinn for vellykket amming til alle kvinner som føder barn. Anbefalingen gjelder både ved opphold på sykehus og i hjemmet, særlig den første tiden etter fødselen inntil kvinnen mestrer ammingen, men også videre i ammeperioden (24).

2. Teorier for eksamensarbeidet

2.1. Mestringsforventning

”Self-efficacy” (mestringsforventning) er et begrep som blir brukt til å beskrive en viktig del av prosessen mot å lykkes med amming (25).

Bandura har i sin sosial kognitive læringsteori forklart dette begrepet som tiltro til egen evne til å kunne gjennomføre en handling. Denne tiltroen er helt nødvendig for overhode å forsøke og eventuelt lykkes med sin adferd. Samtidig er det nødvendig å ha tiltro til at adferden vil føre til et ønsket resultat, ”outcome efficacy” (resultatforventning) (26).

Bandura vektlegger at både de kognitive aspektene, og det kontinuerlige samspillet mellom kognitive aspekter og adferd, er av betydning for våre valg. Mennesket handler både ut i fra sine kognitive forestillinger og konkrete erfaringer. Det innebærer også at mennesket er i stand til å observere andre og lære av deres erfaringer. I begrepet mestringsforventning, ligger den spesifikke vurderingen mennesker gjør når de stilles overfor helt konkrete valg, her: velge å amme. Mestringsforventning påvirker beslutningen om og gjennomføringen av handlingen å amme.

Når mor har en positiv mestringsforventning vil hun kunne anstrenge seg mer for å gjennomføre beslutningen om å amme, selv om det krever en stor innsats. Resultatforventning vil kunne påvirke motivasjonen til å amme (26).

Mestringsforventning kan påvirkes på flere måter:

- Egne, tidligere erfaringer. En mor som har lyktes med amming av tidligere barn, ved å ha opplevd et støttende og ammefremmende føde- og barselopphold, vil ha styrket sine forventninger til å mestre ammingen av neste barn. For en mor som har hatt en negativ ammeopplevelse, og / eller ikke har opplevd et støttende og ammefremmende føde / barselopphold med tidligere barn, vil dette kunne svekke forventningene til å kunne amme neste barn.
- Modell-læring, etterligne eller imitere adferd som er observert hos andre. For en nybakt mor vil personalet kunne ha en stor innflytelse som modeller i forhold til hvordan de behandler barnet. Tidligere praksis ved føde-/barselavdelingene hvor personalet hadde barnet hos seg det meste av døgnet og ga barnet tilleggsnæring på flaske, var et sterkt signal om hva mor kunne forvente i forhold til nærhet og mulighet for å amme barnet. Nåtidig praksis hvor personalet fortsatt gir en stor del av barna morsmelkerstatning på barselavdelingen, er et sterkt signal til mor om hva som må til for at hun skal lykkes med å gi tilfredsstillende ernæring til barnet.
- Verbal påvirkning har gjennomgående mindre effekt på adferd i følge Bandura. Allikevel blir gravide informert om amming i svangerskapet og de fleste barselavdelinger gir muntlig ammeinformasjon til mødrene. Målet med informasjonen er i stor grad å styrke mestringsforventning til å kunne amme.
- Fysiologiske / affektive tilstander. Etter fødsel, når amming skal etableres, skjer det store fysiologiske og hormonelle endringer hos mor. Ammehormoner har effekt både på den fysiologiske ammeprosessen og på mors psyke. Oksytocinet, også kalt kjærlighetshormonet, kan fremme tilknytning mellom mor og barn, gi mor en opplevelse av ro og virke søvndyssende. Samtidig kan den fysiologiske ammestarten føre til brystsprenge, såre brystknopper og smerter i brystene. Fysiologiske og affektive tilstander vil derfor både kunne styrke og svekke mestringsforventning til amming.

Bandura bygger på en behavioristisk tradisjon som vektlegger at adferd i stor grad styres av sine konsekvenser, også beskrevet som forsterkningsbetingelse. Positiv forsterkning / konsekvens, øker sannsynligheten for at adferden vedvarer eller gjentas. Dersom en mor opplever at amming fører til et tilfreds og rolig barn, samtidig med at hun selv opplever velvære, vil det øke sannsynligheten for at ammingen fortsetter (25,26).

Svangerskapsomsorgen og føde- og barselavdelingen vil kunne legge til rette for mor slik at denne perioden vil være et positivt bidrag til hennes mestringsforventning og øke sannsynligheten for at hun skal kunne lykkes med ammingen.

2.2. Morsmelkens helseeffekter

Morsmelkens helsemessige effekt for barnet så vel som for moren, er dokumentert (20). Morsmelk er den beste næringen for spedbarnet. Sammensetningen og mengden av morsmelk er tilpasset barnets behov, og varierer både i løpet av måltidet, dagen og ammeperioden.

Tabell 1: Helseeffekter av morsmelk for barnet, en sammenstilling

Mage- og tarm-infeksjoner	Morsmelkernæring beskytter mot mage- og tarminfeksjoner (13)
Akutt mellomørebetennelse	Morsmelk beskytter mot akutt mellomørebetennelse (13)
Luftveisinfeksjoner	Morsmelkernæring beskytter mot luftveisinfeksjoner (13)
Overvekt/fedme hos barn og unge	Lengre varighet av fullammingsperioden eller ammeperioden beskytter mot overvekt og fedme hos barn og unge og muligens i voksen alder (13)
Vekst	Fullamming i mer enn fire måneder er forbundet med langsommere vektøkning i andre levehalvår (13)
Blodtrykk	Morsmelkernæring har en reduserende effekt på blodtrykk senere i livet (13)
Kolesterol i serum	Morsmelkernæring gir en liten reduksjon i kolesterolnivået i blodet senere i livet eller i voksen alder (13)
Inflamatorisk tarmsykdom	Morsmelkernæring beskytter mot ulcerøs kolitt og Chrons sykdom (13)
Diabetes	Morsmelkernæring beskytter mot type 1-diabetes og type 2-diabetes (13)
Intelligens og nevrologisk utvikling	Morsmelkernæring er gunstig for IQ og score på utviklingstester hos barn (13)
Cøliaki	Morsmelkernæring beskytter mot cøliaki når gluten introduseres i små mengder mens barnet fortsatt ammes (13)
SIDS	Amming beskytter mot plutselig uventet spedbarnsdød (sudden infant death syndrome SIDS) (19)
Kreft	Morsmelkernæring beskytter mot leukemi og muligens andre kreftformer som forekommer hos barn (13)

Morsmelken inneholder bl.a. immunologisk aktive stoffer og en rekke studier har vist at hos morsmelkernærte barn er det redusert forekomst av mage-tarminfeksjoner, øvre og nedre luftveisinfeksjoner og otitis media (13,27). Flere nyere studier tyder på at amming også kan ha effekt på barnets helse utover ammeperioden (19). Studier tyder på redusert forekomst av bl.a. ulcerøs colitt, Morbus Crohn, allergi og diabetes (13). Morsmelkernærte barn har også redusert risiko for overvekt, metabolske sykdommer (13) og plutselig uventet spedbarnsdød (SIDS) (19). Morsmelk har blitt assosiert med bedre kognitiv utvikling. Resultatene er i hovedsak knyttet til høyere score på IQ tester (13,20,27).

Tabell 2: Helseeffekter av amming for mor, en sammenstilling

Blødning	Amming reduserer vaginal blødning etter fødsel (19)
Vektreduksjon	Amming fører til raskere vektreduksjon etter fødsel (28)
Brystkreft	Amming reduserer risiko for brystkreft premenopausalt (19)
Kreft	Amming fører til redusert risiko for kreft i eggstokker og livmor (19)
Leddgikt	Amming fører til redusert risiko for leddgikt (19)
Diabetes	Amming fører til redusert risiko for type 2-diabetes (19)
Kardiovaskulær sykdom	Amming fører til lavere forekomst av kardiovaskulær sykdom (19)
Mental sykdom	Amming kan heve stemningsleie hos kvinner i barseltiden (29)

Helseeffektene for mor ved å amme er også dokumentert i flere studier (19). Den umiddelbare effekten av å amme barnet rett etter fødselen, er at oksytocin utskillelsen øker og stimulerer til sammentrekning av livmoren slik at etter fødselsblødningen blir redusert (19). Kvinner som ammer vil raskere komme tilbake til førgravid vekt enn de som ikke ammer (28). Kvinner som ammer har redusert risiko for å få brystkreft premenopausalt. Risikoen blir lavere jo lenger kvinnen har ammet. Amming reduserer risiko for kreft i eggstokker og livmor, leddgikt, diabetes type 2 og kardiovaskulær sykdom hos mor (19,20,30). Ammingens effekt på mors mentale helse blir stadig mer vektlagt. Fenglian Xu et al. har gjennom en populasjonsbasert, longitudinal kohort studie i Australia funnet at amming er assosiert med redusert risiko for sykehusinnleggelse p.g.a mental sykdom det første året etter fødselen (31). Figueiredo et al. gjennomførte en prospektiv kohort studie og fant at fullamming kan være med på å redusere depressive symptomer fra fødselen til tre måneder postpartum (29).

2.3. Ammingens anatomi og fysiologi

Kvinnebrystet gjennomgår store forandringer i størrelse, fasong og funksjon gjennom pubertet, svangerskap og ammeperiode (32). Svangerskapshormonene østrogen, progesteron og prolactin fører til store forandringer i brystet som en forberedelse til ammingen. Melkekjertlene blir større, melkeutførselsgangene forgrener seg og blodsirkulasjonen til brystene øker. Allerede fra 16. svangerskapsuke er brystene i stand til å produsere melk. Etter fødselen skjer det et fall i serumprogesteron og serumøstrogen. Prolactin frigjøres i store mengder fra hypofyseforlappen og stimulerer til melkeproduksjon. Samtidig øker blodsirkulasjonen til brystet og melkekjertlene. Den første fasen av melkeproduksjonen er hormonelt styrt, men videre i ammeforløpet er det helt nødvendig at brystet tømmes for melk for at den egentlige, store morsmelkeproduksjonen skal komme i gang. Det kan lettest skje når barnet kommer til brystet i løpet av den første timen etter fødselen. Da er mors oksytocin- og prolaktinnivå høyt. Prolactin stimulerer melkekjertlene til å produsere melk og oksytocinet stimulerer utdrivningsreflekse slik at den glatte muskulaturen rundt melkekjertlene trekkes sammen og melken presses ut i utførselsgangene (32).

Spedbarnet er født med flere reflekser. Suge- og søkerreflekse gjør at det selv kan finne veien til brystet hvis det blir gitt anledning til det (32). De fleste friske, fullbårne

nyfødte som ikke er påvirket av medikamenter, er våkne og sugevillige og klare til å forsyne seg med de første dråpene med råmelk. Innen den første timen etter fødselen har de fleste nyfødte kommet til brystet. For å etablere og opprettholde en god melkeproduksjon er det helt avgjørende at den nyfødte kommer hyppig til brystet den første tiden. Melkeproduksjonen fungerer etter prinsippet om tilbud og etterspørsel: jo oftere barnet dier, desto større blir mors melkeproduksjon. Det er ikke uvanlig at barnet dier 8-10-12 ganger i døgnet eller flere den første tiden (32). For nybakte mødre og andre i omgivelsene, kan den nyfødtes hyppige etterspørsel etter brystet kunne oppfattes som om barnet er utilfreds, urolig eller sultent. Blir barnet gitt tilleggsnæring på grunn av uro, vil det kunne roe seg, sove mer og die mindre hos mor. Dette fører til sjeldnere stimulering av brystet og mors melkeproduksjon kan gå ned (33).

2.4. Kolostrum og immunforsvaret til det nyfødte barnet

I svangerskapet får fosteret kontinuerlig tilførsel av næring gjennom navlestrengen og ved å drikke fostervann. Etter fødselen er det små mengder kolostrum, råmelk, som er barnets første næringskilde.

Tarmen til det nyfødte barnet er steril og umoden, og det gjør den nyfødte svært mottagelig for infeksjoner. Kolonisering av tarmen starter rett etter fødselen og antistoffene og andre beskyttelsesfaktorer i kolostrum fungerer ved aktivt å beskytte den nyfødte mot patogene mikrober. Tarmfloraen er avhengig av hvordan barnet blir matet. Morsmelkernærte barn har en tarmflora ulik den til barn som får morsmelkerstatning (34-36).

Når antistoffene i mors melk beskytter barnet mot de antigenene som barnet vil møte i sitt nærmiljø, medfører det at amming fungerer som et genialt samspill mellom mor og barn. Patogene tarmbakterier er den største dødsårsaken til barn under fem år i verdenssammenheng, og diaré alene forårsaker minst en million dødsfall blant barn i utviklingsland årlig. Morsmelk har også en åpenbar gunstig immunologisk effekt for barn i den vestlige verden. Både i forhold til lavere forekomst av relativt vanlige infeksjonssykdommer som ørebetennelse og akutte øvre luftveisinfeksjoner, men også som beskyttelse mot allergi og alvorlige idiopatiske inflammatoriske lidelser. I nyfødt-perioden, er det beskrevet at morsmelk nærmest fungerer som en passiv vaksine (37).

Det finnes ingen dokumentasjon for at friske, fullbårne nyfødte har behov for mere væske enn kolostrum. Det må derfor være svært gode medisinske grunner for at barnet skal få vann, sukkervann og morsmelkerstatning som tynner ut kolostrum og / eller tilfører barnet artsfremmede stoffer som kan oppheve virkningen av kolostrum de første døgnene etter fødselen (38,39).

2.5. Mor-barn-vennlig initiativ (MBVI)

Baby-friendly Hospital Initiative og de 10 trinn for vellykket amming var og er, et verdensomspennende krafttak for å fremme amming og tidlig nærkontakt mellom mor

og barn. BFHI ble lansert av WHO/UNICEF som et verktøy for lettere å kunne implementere de 10 trinn i føde-/barselavdelingene og et hjelpemiddel til å måle global framgang med de 10 trinn. BFHI inneholder et evalueringsverktøy som kan måle om føde/barsel avdelingene arbeider i samsvar med de 10 trinn, og om det er grunnlag for å godkjenne sykehuset som et Baby-friendly Hospital (2,10).

I 1993 kom det etter initiativ fra Ammefagrådet og UNICEF-komiteen i Norge en oppfølger til BFHI. I Norge fikk prosjektet betegnelsen Mor-barn-vennlig initiativ (MBVI) (40). For å bli godkjent som et Mor-barn-vennlig (MBV) sykehus må avdelingene følge de 10 trinn for vellykket amming og gjennomgå en evaluering av et eksternt evalueringsteam. Teamet intervjuer et utvalg mødre og personale og gjør observasjoner i avdelingen. Dersom resultatene er tilfredsstillende er det grunnlag for å godkjenne fødeenheten som Mor-barn-vennlig (2).

Det var 43 godkjente MBV-fødeenheter i Norge i 2009 (40). Alle universitets-sykehus og alle fødeenheter med et fødselstall over 500 var godkjente som MBVI fødeenheter. Det innebar at over 90 % av alle norske barn ble født ved en Mor-barn-vennlig fødeenhet (40). For å kunne beholde betegnelsen MBV-sykehus, skal fødeenhet i tråd med WHO sine kriterier gjennomføre en re-evaluering hvert 3.-5. år (41). Re-evalueringene er ressurs- og kostnadskrevende og det var ønskelig å finne svar på om registrering av amming og bruk av tilleggsnæring til friske, fullbårne barn, kunne være en selvstendig indikator på avdelingens ammepraksis.

2.5.1. Effekt av MBVI i ulike land

Etter at MBVI ble lansert tidlig på 1990-tallet, er det gjort en rekke studier i ulike land, som dokumenterer at tiltaket har effekt. Den største og mest omfattende studien, er den såkalte PROBIT-studien, en kluster-randomisert studie som ble gjennomført i Belarus i 1996-97 av Kramer et al. 34 sykehus ble randomisert til å få opplæring og følge en praksis i tråd med MBVI, eller til å følge tidligere, ordinære rutiner og praksis. I alt 17 795 mor/barn-par deltok i studien. Hypotesen var at intervensjonsgruppen ville få en lengre ammeperiode, og som en konsekvens av dette ville det være en lavere forekomst av infeksjoner hos barna til mødrene i intervensjonsgruppen i de første 12 levemånedene. Det ble registrert en økt forekomst av fullamming ved tre måneder, en høyere ammeforekomst ved 12 måneder og en lavere forekomst av diare og øvre luftveisinfeksjoner hos barna i intervensjonsgruppen (42).

Merten et al. har i sin studie fra Sveits i 2003 sett på om MBVI påvirker ammeforekomst og ammevarighet på et nasjonalt nivå. De fant at ammevarigheten var lenger for barn som ble født på et MBV-sykehus sammenlignet med barn som ble født på andre sykehus. Studien konkluderer med at den generelle økning i ammevarighet som var registrert på landsbasis etter 1994, kunne tolkes som et resultat av det stadig økende antall MBV-fødeenheter i landet (43).

I Norge er det i Tromsø, en middels stor by, gjennomført en studie av Andreassen et al. som undersøkte hvilke forhold som påvirket amming, og om innføring av Mor-barn-

vennlig initiativ hadde hatt en betydning for ammingen i Tromsø. Det ble gjort en gjennomgang av helsekort til 1374 barn, født før og etter innføringen av MBVI. Antall kvinner som ammet, varighet av fullamming og total ammeperiode, foreldrenes alder og yrke/utdanning og mors sivilstatus og paritet ble registrert. Studien fant at varigheten av fullamming og varigheten av den totale ammeperioden hadde økt med i gjennomsnitt 0,5 måneder og 1,1 måneder fra 1992 til 1997, og konkluderte med at dette kan skyldes innføringen av Mor-barn-vennlig initiativ, men at endringene også kunne være påvirket av andre faktorer (44).

3. Hensikt med studien

Hensikten med denne masteroppgaven er å:

- Studere utviklingen og endringer av rutiner som fremmer amming ved norske fødeenheter i perioden 1973-2009, med et spesielt fokus på perioden rett før og etter lanseringen av Mor-barn-vennlig initiativ (1991-2009).
- Beskrive situasjonen med den fortløpende registreringen av amming og morsmelkernærte spedbarn som får tilleggsnæring av medisinsk / ikke medisinsk grunn, ved landets fødeenheter.

4. Metode

MPH-eksamensarbeidets del av Ammeundersøkelsen var:

- Gjennomgang av tidligere brukt spørreskjema (Vedlegg II) med statistiker for å vurdere validitet, spesielt med tanke på sammenlignbarhet med tidligere Ammeundersøkelser.
- Administrering av undersøkelsen: Utsendelse av spørreskjema og registreringsskjema via post og e-post til alle fødeenheter i Norge. Purring via e-post og telefon.
- Innsamling og bearbeidelse av data fra spørreskjema og registreringsskjema.
- Presentasjon av data.

4.1. Design

Ammeundersøkelsen 2009 er en deskriptiv tverrsnitt studie om materutiner på føde- og barselavdelingene i Norge. Rutiner ved føde- og barselavdelingene har stor innvirkning på etablering av ammingen.

I Norge har det gjennom Ammeundersøkelsen blitt samlet data om materutiner fra samtlige norske fødeenheter siden 1973. Ammeundersøkelsen: Mor, barn og

materutiner ved norske fødeenheter, er deretter gjennomført med 9 års mellomrom, i 1982, 1991, 2000 og 2009, en periode på 36 år, noe som er unikt i verdenssammenheng.

Hver gang er det benyttet et spørreskjema (Vedlegg II) med fokus på materutiner og dermed rammevilkår for amming.

Oppslutningen om undersøkelsen har vært svært god, hver gang har 100 % av de eksisterende føde- og barselenhetene returnert utfylte spørreskjemaer.

Ammeundersøkelsen ble utarbeidet og gjennomført første gang i 1973, nærmere 20 år før MBVI ble lansert. Likevel gir flere av spørsmålene i Ammeundersøkelsen svar på om avdelingens praksis er i samsvar med trinn 4, 6, 7 og 8 i de 10 trinn for vellykket amming (40). Ammeundersøkelsen gir en mulighet til å studere utviklingen av materutiner før og etter Mor-barn-vennlig initiativ:

Tabell 3 Spørsmål fra Ammeundersøkelsen og fire trinn for vellykket amming

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.

Gjøre mødrene oppmerksomme på tidlige tegn på sult/sugebehov hos barnet.

Spørsmål 4 og 5 i Ammeundersøkelsen:

Hva gjøres vanligvis med barna den første timen etter fødselen?

Hvor snart etter fødselen kommer barnet vanligvis til morens bryst første gang?

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

Spørsmål 11,12 og 13 i Ammeundersøkelsen:

Får barn vanligvis annet enn morsmelk under oppholdet på barselavdelingen?

Ja/Noen ganger/Nei

Hvis ja-hva blir gitt?

Hva er vanligvis grunnen til dette?

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

Spørsmål 8 i Ammeundersøkelsen:

Hvor lang tid (omtrent) tilbringer mor og barn sammen pr. døgn på barselavdelingen?

8. Oppmuntre til amming etter behov, såkalt selvregulering.

Spørsmål 6,7,9 og 10 i Ammeundersøkelsen:

Kan moren amme når hun vil? Ja/Nei

Blir barn ammet om natten? Ja/Ja, bare hvis mor vil/Nei

Følger man en bestemt måltidsrytme? Ja/Noen ganger/Nei

I tilfelle, hvorfor?

Effekten av de 10 trinn ble i 1998 vel dokumentert i «Evidence for the ten steps to successful breastfeeding» (33).

Invitasjon til å delta i spørreundersøkelsen (vedlegg I), vedlagt spørreskjema (vedlegg II), ble sendt til overjordmor eller enhetsleder ved alle landets 53 fødeenheter både som brev og som vedlegg til e-post i november 2010. Kontaktpersonen ved fødeenheten ble bedt om å svare på spørreskjemaet med bakgrunn i den praksis og de rutiner de fulgte ved fødeenheten i det foregående året, 2009, retrospektivt.

Samtidig ble enhetene bedt om å foreta en fortløpende registrering av amming og bruk av tillegg til 20 friske, fullbårne barn f.o.m 1. desember 2010, prospektivt: Informasjonsskriv (vedlegg III), registreringsskjema A (vedlegg IV) og oppsummeringsskjema B (vedlegg V). Dersom det ved mindre fødeenheter ikke var registrert 20 barn etter tre uker, skulle registreringen allikevel avsluttes.

Det ble satt frist for returnering av spørreskjemaer og registreringsskjemaer til 1. januar 2011. Dersom sykehusene ikke hadde svart innen fristen, ble det foretatt purring via e-post og telefon.

De fire første undersøkelsene ble gjennomført av en arbeidsgruppe i samarbeid med offentlige helsemyndigheter (14). Etter en henvendelse fra den tidligere arbeidsgruppen ble Ammeundersøkelsen 2009 gjennomført av Nasjonal kompetansetjeneste for amming (NKA).

4.2. Utvalg

Utvalget omfatter, som ved tidligere ammeundersøkelser, alle fødeenhetene i Norge. Med fødeenhet forstås alle offentlige institusjoner hvor kvinner kan føde. Fra små fødestuer med 2-10 fødsler i året til de største fødeavdelingene med rundt 7000 fødsler i året. I 2009 var det 53 fødeenheter i Norge og det ble født 61 800 barn.

4.3. Selvrapportering ved spørreskjema

Spørreskjemaet (Vedlegg II) har 32 spørsmål, åpne og lukkede, om rutiner knyttet til mating av friske, fullbårne nyfødte. Svarene er en selvrapportering av fødeenhetens praksis i det forutgående år.

Spørreskjemaet, som ble brukt i Ammeundersøkelsen 2009, baserer seg på de tidligere Ammeundersøkelsene. Det ble første gang utarbeidet av en komité oppnevnt av Sosialdepartementet i 1974. Målet var å kartlegge ammesituasjonen ved norske fødeavdelinger det forutgående år (45). De på følgende Ammeundersøkelsene ble gjennomført med støtte fra Helsedirektoratet (1982), Institutt for forebyggende medisin, Universitetet i Oslo (1991), Statens Helsetilsyn (2000) (14) og Nasjonal kompetansetjeneste for amming i 2009 (46).

Spørsmålene omfattet fødeenhetens årlige fødselstall, avdelingens rutiner ved ammestart, opplysninger om hvilken type informasjonsmateriell, som ble delt ut til mødrene og antatt ammeforekomst ved utreise.

I 1991 hadde det skjedd betydelige endringer i føde- og barselenhetenes materutiner sammenlignet med 1973, og komitéen fant det nødvendig å gjøre små endringer i spørreskjemaet. For å kunne sammenligne svarene med tidligere ammeundersøkelser, ble endringene begrenset til et minimum. Det ble lagt til spørsmål om avdelingen hadde en skreven instruks for materutiner, om avdelingen tillot amming om natten og det ble spurt om hvor stor andel av mødrene som ammet når de ble utskrevet fra avdelingen.

I Ammeundersøkelsen 2000 ble det gjort ytterligere endringer i spørreskjemaet:

- Svaralternativene til spørsmål 9 og 11 ble utvidet fra Ja/Nei til Ja/Noen ganger/Nei
- Hvis det ble svart bekreftende på spørsmål 9, ble det lagt til spørsmålet: I tilfelle hvorfor?
- Det ble lagt til to spørsmål om grunnene til at mødre ikke fikk til ammingen eller ikke ville amme.
- Avdelingen ble spurt om den var godkjent eller ikke godkjent som Mor-barn-vennlig avdeling (14).

Spørreskjemaet gir ikke svar på om fødeenhetene følger alle de 10 trinn. Da ammeundersøkelsen skulle gjennomføres i 2009 ble det foretatt en gjennomgang av spørreskjemaet og vurdert om enkelte spørsmål burde endres eller legges til for å få svar på om fødeenhetene hadde en praksis i tråd med all de 10 trinnene. Etter en diskusjon med statistiker og andre aktører ved NKA, valgte man å beholde det opprinnelige spørreskjemaet. Dersom nye spørsmål ble lagt inn i skjemaet ville det kunne gi svar på i hvilken grad fødeenhetene rapporterte praksis i tråd med alle de 10 trinn i 2009, men det ville ikke være grunnlag for å se endringer i forhold til tidligere Ammeundersøkelser. En av intensjonene med å gjennomføre Ammeundersøkelsen hvert niende år, har vært å kunne følge endringene i fødeenhetenes praksis og vurdere om endringene har vært i tråd med helsemyndighetenes anbefalinger.

4.4. Registrering av amming og spedbarn som får tillegg av annen væske/næring ved landets føde- og barselavdelinger

Registrere hvor stor andel som gis av medisinsk / ikke medisinsk grunn

Ved selvrapportering vil muligheten for en overrapportering av positiv praksis være til stede. For Ammeundersøkelsen gjelder dette spesielt etter innføringen av MBVI, hvor de 10 trinn for å bli godkjent som Mor-barn-vennlig sykehus ble allment kjent blant føde- og barselenhetene. På bakgrunn av dette ble det derfor i 2009 gjort et forsøk på å legge inn et mer objektivt mål på avdelingens rutiner gjennom å registrere amming og bruk av tillegg til 20 barn prospektivt.

Samtidig med spørreundersøkelsen ble føde- og barselenhetene bedt om fortløpende å registrere amming og bruk av tillegg til maksimum 20 friske fullbårne barn eller så mange barn som ble født ved avdelingen i løpet av tre uker, på skjema A (Vedlegg IV). Dataene for hvert enkelt barn ble oppsummert i skjema B (Vedlegg V), som ble returnert til NKA. Opplysningene var anonymiserte og kunne ikke knyttes opp til det enkelte barn, kun til hvilket sykehus som hadde foretatt registreringen.

Det var samtidig ønskelig å vurdere om bruk av tillegg var et selvstendig mål på avdelingens ammerutiner.

Registreringsskjemaene gir svar på:

- Andel nyfødte som fikk tillegg.
- Hvilken type tillegg som blir gitt
- Indikasjon for å gi tillegg jamfør «Medisinske kriterier for bruk av tillegg».
- Ammestatus ved utreise.

Skjema A og B som ble brukt til denne registreringen, er de samme skjemaene som er brukt ved ekstern evaluering og godkjenning av Mor-barn-vennlige sykehus. Skjemaene er utarbeidet av WHO/UNICEF/BFHI (41).

4.5. Dataanalyse

Svarene i spørreskjemaet som kunne knyttes til trinn 4, 6, 7 og 8 ble vurdert til å kunne gi et godt bilde på om fødeenheten hadde en praksis i tråd med de 10 trinn. Bruk av tillegg ble antatt å kunne være en hoved indikator for avdelingenes ammepraksis.

4.5.1. Analyse av data fra spørreskjema, Ammeundersøkelsen

Denne MPH oppgaven tar i hovedsak for seg de variablene i spørreskjemaet, som kan dokumentere praksis i tråd med MBVI og de 10 trinn for vellykket amming (6,40). Det var ønskelig å finne svar på i hvor stor grad fødeenhetenes rutiner hadde endret seg i tråd med de 10 trinn for vellykket amming etter at MBVI ble lansert i 1993. Andre variabler vil bli omtalt under diskusjonen.

Data fra spørreskjemaet ble lagt inn i SPSS versjon 19. Variablene ble bestemt ut i fra data i spørreskjemaet fra 2009. 32 kontinuerlige og kategoriske variabler ble registrert. Åpne spørsmål som ga mange ulike svar, ble gruppert til færre kategorier for lettere å kunne gjennomføre registreringen i SPSS. Kategoriseringen ble utført som en del av masteroppgaven i samarbeid med ansatt ved Nasjonal kompetansetjeneste for amming. Det ble foretatt uavhengige kategorisering av et høyt antall grunner til å gi tilleggsnæring. Målet var å gruppere sammenlignbare svar og å skille medisinske fra ikke medisinske indikasjoner for bruk av tillegg. Sammenligning av de to individuelle kategoriseringene viste sammenfallende kategorier. Dataene ble behandlet med frekvensanalyse og det ble valgt å sammenligne data fra de tre siste

Ammeundersøkelsene: 1991, 2000 og 2009. 1991 ble valgt for å se fødeenhetenes praksis nærmest mulig i tid før MBVI ble lansert. De to siste Ammeundersøkelsene ville om mulig kunne vise endringer i praksis i tråd med de 10 trinn og om endringene er i samsvar med et økende antall godkjente MBV-fødeenheter i perioden.

De fire valgte trinnene omhandler rutiner i forhold til: Mulighet for uforstyrret hudkontakt rett etter fødsel, bruk av tilleggsnæring, anledning for mor og barn til å være sammen 24 timer i døgnet (rooming in) og selvregulering.

Resultatene presenteres som henholdsvis prosentandel sykehus og prosentandel nyfødte som fødes på respektive sykehus for hvert studieår.

Test for relative proporsjoner ble brukt for resultatene fra år 1991 og 2009 for å beregne om endringene var statistisk signifikante. $p = 0,05$ ble valgt som signifikansgrensen for statistisk signifikans.

4.5.2. Analyse av data fra oppsummeringsskjema for amming og bruk av tillegg.

Data fra den fortløpende registreringen av 20 friske, fullbårne barn, oppsummeringsskjema B for amming og bruk av tillegg, ble lagt inn i SPSS versjon 19. Det ble utarbeidet en oversikt over de vanligste årsakene til å gi tillegg og hvilken type tillegg som ble gitt. Det var mulig å registrere flere svar for hvert enkelt barn. Det ble gjort en oppsummering og prosentutregning av det totale antall registrerte nyfødte for de enkelte variabler for hver enkel fødeenhet.

Data fra oppsummeringsskjema B, gjorde det mulig å se om det var samsvar mellom oppsummeringsskjema B og selvrapporterings data fra spørreskjemaet. Variablene: hvor stor prosentandel som ble gitt tillegg kunne sees i forhold til om fødeenhetene oppga at tillegg vanligvis ble gitt, noen ganger eller ikke gitt. Type tillegg som ble gitt, indikasjon for å gi tillegg og ammestatus ved utreise, var sammenlignbare i begge datasettene.

4.6. Etiske overveielser

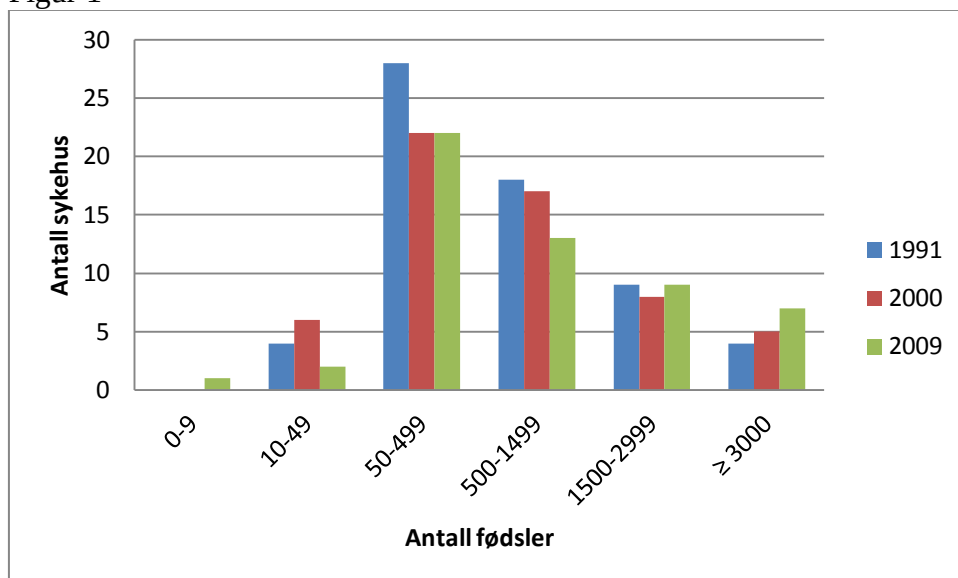
Alle data knyttet til Ammeundersøkelsen er anonymiserte og det kreves ikke tillatelse fra etisk råd (vedlegg VI). Datainnehaveren til tidligere Ammeundersøkelser har gitt tillatelse til å benytte dataene i MPH-oppgaven.

5. Resultater

Variablene som blir presentert fra Ammeundersøkelsen, er knyttet til de spørsmålene som best kan avspeile /måle om sykehuset har en praksis som er i tråd med kriteriene til trinn 4, 6, 7 og 8 av de 10 trinn for å bli godkjent som Mor-barn-vennlig sykehus.

De ulike variablene blir presentert som en sammenligning mellom data fra de tre Ammeundersøkelsene i 1991, 2000 og 2009. Endringer i praksis vil kunne avspeile om endringene er skjedd i tråd med kriteriene for et MBV-sykehus.

Figur 1



Figur 1. Fordeling av sykehus i henhold til antall fødsler på hvert sykehus for hvert studieår.

I perioden fra 1991 til 2009, hvor det er valgt å sammenligne data, har det skjedd en endring i føde-barselenhetenes størrelse og antall (Figur 1). Det har foregått nedlegginger og sammenslåinger fra mindre til større enheter og det totale antall fødeenheter er redusert fra 63 i 1991 til 55 i 2009.

Svarene fra Ammeundersøkelsen 2009 viser at fødeenhetenes rutiner i hovedsak har endret seg i tråd med kriteriene for et Mor-barn-vennlig sykehus, sammenlignet med svarene fra Ammeundersøkelsene i 1991 og 2000.

Friske, fullbårne nyfødte har i stor grad uforstyrret hud-mot-hud kontakt med mor etter fødselen, og innen den første timen, har langt de fleste kommet til brystet. Det har skjedd en stor endring i tid mor og barn tilbringer sammen pr døgn på barselavdelingen. I 1991 var det bare 16 % av de nyfødte som tilbragte mer enn 20 timer av døgnet sammen med mor på barselavdelingen. I 2009 er alle mor-barn par minst 20 timer sammen i døgnet og mor kan amme når hun vil. De fleste barn blir også ammet om natten.

Praksis med å gi tilleggsnæring til friske, fullbårne barn som skal ammes, har ikke endret seg i tråd med kriteriene for et Mor-barn-vennlig sykehus. I 2009 er det dobbelt så mange barn som blir født på en fødeenhet hvor nyfødte vanligvis får tilleggsnæring noen ganger, enn det som var registrert i 1991. Andelen barn som blir født på fødeenheter som vanligvis ikke gir tillegg er redusert tilsvarende. Fødeenheter med et

fødselstall over 1500 fødsler per år svarer i større grad at de gir tilleggsnæring noen ganger.

Variablene som blir presentert fra skjema B, Registrering av amming og bruk av tillegg til 984 friske, fullbårne barn ved norske fødeenheter i desember 2010 bekrefter svarene fra Ammeundersøkelsen 2009. 30 % av de registrerte barna fikk tilleggsnæring minst en gang i løpet av barseltiden og de fleste av disse fikk det av en ikke medisinsk grunn.

Etter purring ble det oppnådd en svarprosent på 100 % på spørreskjemaet.

Fire fødeenheter av totalt 53, sendte ikke inn skjema B for registrering av bruk av tillegg:

- En fødeenhet (fødestue) hadde ingen fødsler i registreringsperioden.
- To fødeenheter anså at de ikke hadde tilstrekkelige ressurser til å registrere bruk av tillegg.
- En fødeenhet oppga ingen grunn for ikke å registrere bruk av tillegg.

5.1. Selvrapportering ved spørreskjema

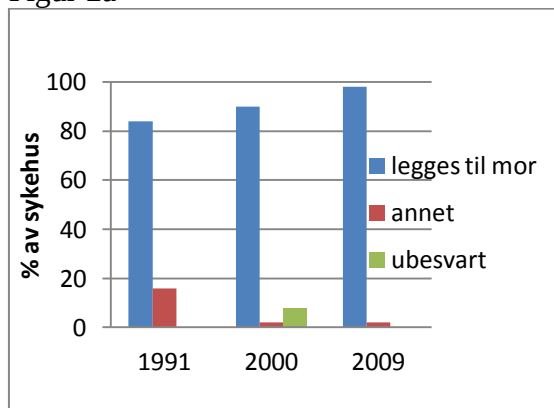
5.1.1. Trinn 4. Sørge for at mor og barn etter en normal fødsel kan ha uforstyrret hudkontakt i minst én time, eller til barnet er rede til å suge og den første ammingen har funnet sted. Gjøre mødrene oppmerksomme på tidlige tegn på sult/sugebehov hos barnet

I Ammeundersøkelsen er det følgende to spørsmål som gir svar på om denne praksisen følges:

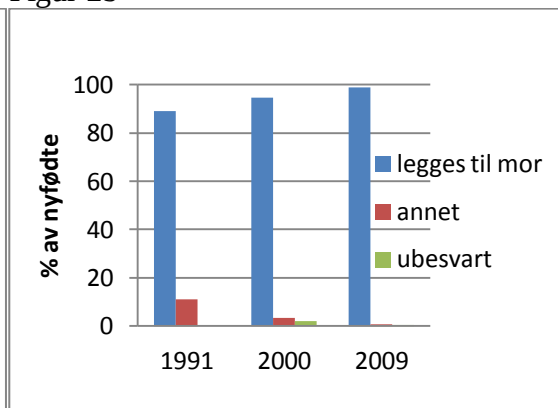
4. Hva gjøres vanligvis med barna den første timen etter fødselen?

5. Hvor snart etter fødselen kommer barnet *vanligvis* til morens bryst første gang?

Figur 2a

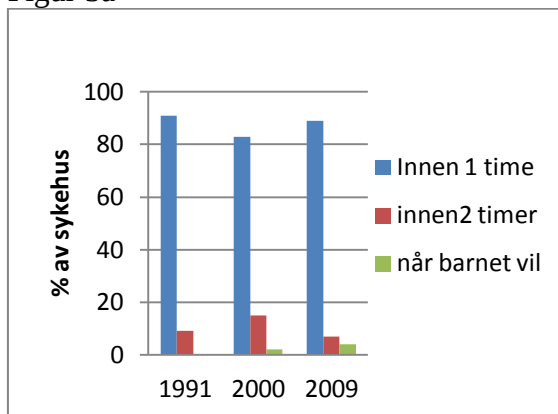


Figur 2b

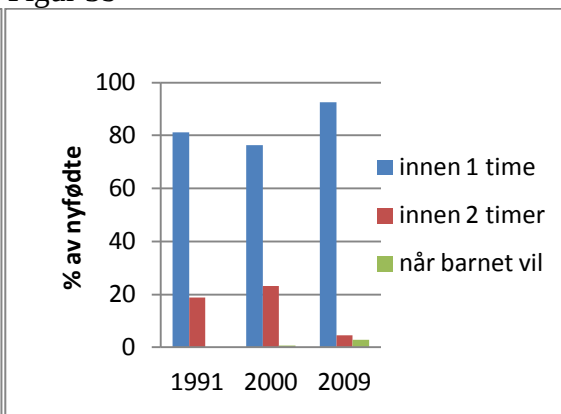


Figur 2. Hva gjøres vanligvis med barna den første timen etter fødselen. a) Prosentandel av sykehusene for hvert studieår, b) Prosentandel av nyfødte for hvert studieår.

Figur 3a



Figur 3b



Figur 3. Hvor snart etter fødselen kommer barnet vanligvis til morens bryst første gang. a) Prosentandel av antall sykehus for hvert studie år, b) Prosentandel av antall nyfødte for hvert studieår.

Resultatene er vist i prosent av det totale antall sykehus for det aktuelle år, da det er et ulikt antall sykehus som har blitt registrert hvert år.

I 1991 svarer 53 av 64 fødeenheter at barnet vanligvis legges til mor den første timen etter fødselen. Det utgjør 89 % av alle nyfødte. De resterende 11 fødeenhetene som utgjør 11 % av alle nyfødte, svarer at de i løpet av den første timen i større og mindre grad gjennomfører andre rutiner før barnet får være hos mor. Barnet blir av navlet, veid, målt, badet og påkledd før det kommer til mor. Flere avdelinger rapporterer at barnet er en kort stund på mors bryst før andre rutiner gjennomføres, og så kommer det tilbake til mor for eventuell amming (Figur 2a og 2b).

Sitat åpent spørsmål i spørreskjemaet: «Barnet legges til brystet, av navles, får K-vitamin, måles og veies. Vasker vekk evt. blod. Får på seg varme klær. Legges så tilbake til mor, eller far hvis mor er for sliten».

58 avdelinger, med 81 % av alle nyfødte, svarer at barnet vanligvis kommer til brystet innen 1 time, 6 avdelinger, med resterende 19 % av alle nyfødte, svarer innen to timer (Figur 3a og 3b). I 1991 er det ingen avdelinger som vektlegger at det er barnets tegn til å ville suge som avgjør når det blir lagt til brystet. Det er i hovedsak de små fødeenhetene med et fødselstall under 500 fødsler per år som har en praksis hvor mor og barn ikke har uforstyrret hud-mot-hud kontakt den første timen etter fødselen.

I år 2000 svarer 53 av 60 fødeenheter at barnet vanligvis blir lagt til mor den første timen etter fødselen. Det utgjør 95 % av alle nyfødte. En avdeling med 3 % av alle nyfødte, rapporterer en annen praksis. 5 fødeenheter besvarer ikke spørsmålet. Samtidig svarer 49 avdelinger med 76 % av alle nyfødte at barnet vanligvis kommer til brystet innen 1 time, 9 avdelinger med 23 % av alle nyfødte, svarer innen 2 timer og 1 avdeling med under 1 % av alle nyfødte, svarer når barnet viser tegn til å ville suge/die (Figur 3a og 3b).

I 2009 svarer kun ett av sykehusene med under 1 % av alle nyfødte, at barnet vanligvis måles, veies og kles på før det legges til mor Figur (2a og 2b). 47 av 53 avdelinger med 93 % av alle nyfødte, svarer at barnet vanligvis kommer til brystet innen en time, 4 avdelinger med 4 % av alle nyfødte, innen to timer og to avdelinger med 3 % av alle nyfødte, svarer når barnet viser tegn til å ville suge/die (Figur 3a og 3b).

For studieårene 2000 og 2009 er det kun et sykehus hvert år med respektive 3 % og under 1 % av alle nyfødte, hvor mor og barn ikke har uforstyrret hud-mot-hud kontakt den første timen etter fødselen (Figur 2a og 2b).

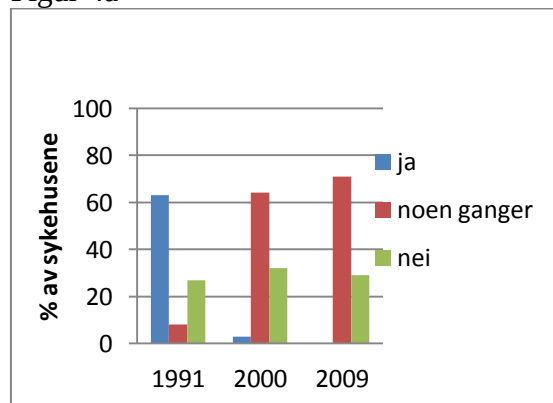
I studieperioden fra 1991 til 2009, er det en økende prosentandel nyfødte som blir født på sykehus hvor de vanligvis blir lagt til mor den første timen etter fødselen og vanligvis kommer til brystet innen en time etter fødselen. Trenden er signifikant, $p < 0,001$ for begge variabler.

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

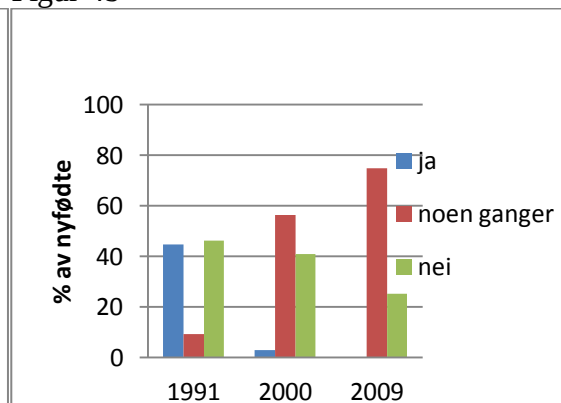
I Ammeundersøkelsen er det følgende tre spørsmål som gir svar på om denne praksisen følges:

11. Får barn vanligvis annet enn morsmelk under oppholdet på barselavdelingen?
12. Hvis ja-hva blir gitt?
13. Hva er vanligvis grunnen til dette?

Figur 4a



Figur 4b



Figur 4. Bruk av tilleggsnæring på barselavdelingen. a) Prosentandel av antall sykehus for hvert studieår, b) Prosentandel av antall nyfødte for hvert studieår.

I 1991 svarer 63 % av sykehusene (45 % av nyfødte) at barna vanligvis får annet enn morsmelk under oppholdet på barselavdelingen. 8 % (9 %) av sykehusene svarer at barna «vanligvis får noe annet enn morsmelk noen ganger». 27 % (46 %) av sykehusene svarer at barna vanligvis ikke får annet enn morsmelk på barselavdelingen. I 2000

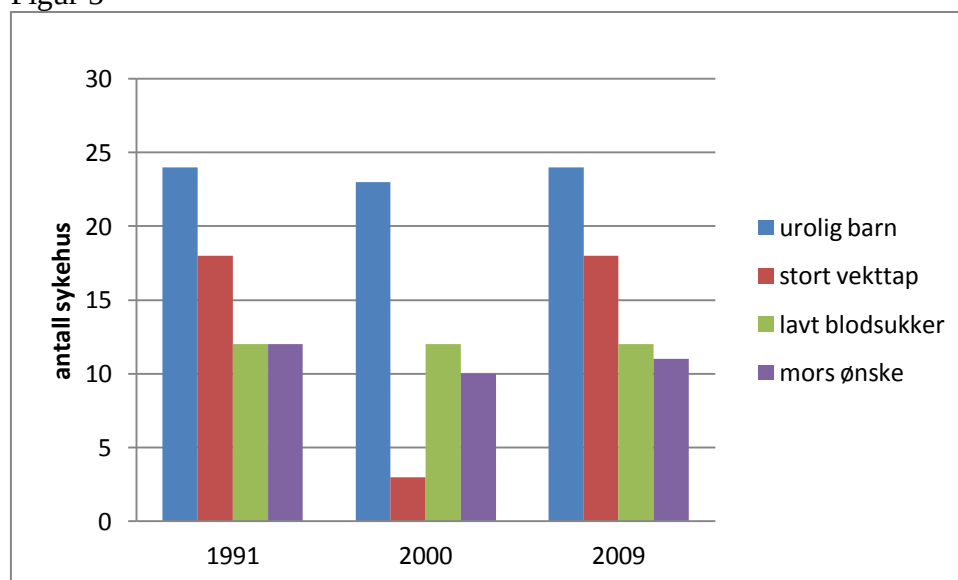
svarer 3 % (3 %) at barna vanligvis får annet enn morsmelk under oppholdet på barselavdelingen. 64 % (56 %) av sykehusene svarer at barna «vanligvis får noe annet enn morsmelk noen ganger». 32 % (41 %) av sykehusene svarer at barna vanligvis ikke får annet enn morsmelk på barselavdelingen. I 2009 svarer 71 % (75 %) av fødeenhetene at barna «vanligvis får noe annet enn morsmelk noen ganger». 29 % (25 %) av sykehusene svarer at barna vanligvis ikke får annet enn morsmelk på barselavdelingen (Figur 4a og 4b).

For hvert studieår er det størst økning blant sykehus med et fødselstall over 1500 fødsler per år som svarer at «barn vanligvis får annet enn morsmelk under oppholdet på barselavdelingen».

I studieperioden fra 1991 til 2009, er det en økende prosentandel nyfødte som blir født på sykehus hvor barna vanligvis får annet enn morsmelk under oppholdet på barselavdelingen. Trenden er signifikant, $p < 0,001$ for variabelen.

På spørsmål om hva som blir gitt, er det for hvert studieår en nedgang i antall fødeenheter som svarer at de gir vann og/eller sukkervann til barna og en økning i antall fødeenheter som svarer at de gir morsmelkerstatning og/eller bankmelk til barna. I 1991 var vann nevnt av flest barselavdelinger som tillegg som ble brukt. I 2000 var vann nevnt omtrent like ofte som morsmelkerstatning. I 2009 er morsmelkerstatning nevnt av flest barselavdelinger som den type tillegg som blir brukt. En liten andel gir bankmelk og sukkervann.

Figur 5



Figur 5. Den aktuelle grunnen for å gi tillegg per sykehus, for hvert studieår. Det er registrert inntil tre grunner for å gi noe annet enn morsmelk, for hver fødeenhet. Det totale antall svar kan derfor være høyere enn det totale antall fødeenheter.

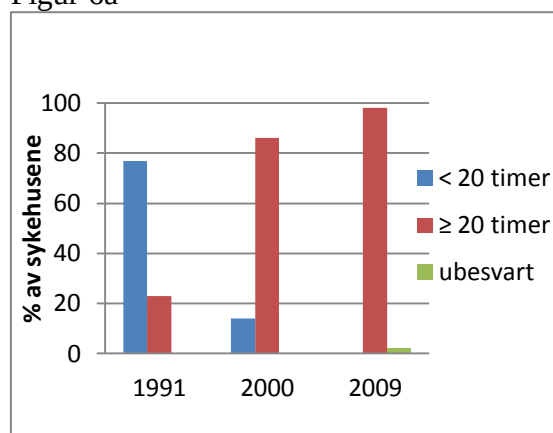
Hvert studieår er urolig barn oppgitt av flest sykehus som grunn til å gi barnet annet enn morsmelk under oppholdet på barselavdelingen. I 1991 og 2009 er stort vekttap nevnt av nest flest sykehus. I 2000 er lavt blodsukker oppgitt av nest flest sykehus. Mors ønske er hyppig nevnt som grunn til å gi barnet tillegg i alle studieår (Figur 5).

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

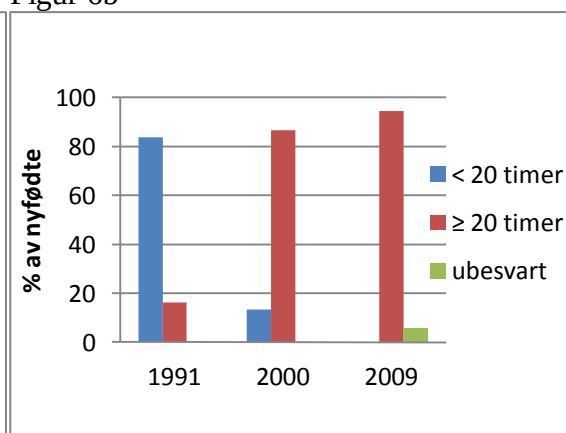
I Ammeundersøkelsen er det følgende spørsmål som gir svar på om denne praksisen følges:

8. Hvor lang tid (omtrent) tilbringer mor og barn sammen pr. døgn på barselavdelingen?

Figur 6a



Figur 6b



Figur 6. Tid mor og barn tilbringer sammen per døgn på barselavdelingen. a) Prosentandel av antall sykehus for hvert studieår, b) Prosentandel av antall nyfødte for hvert studieår.

I 1991 svarer 77 % av sykehusene (84 % av nyfødte) at mor og barn tilbringer mindre enn 20 timer sammen pr. døgn på barselavdelingen. 23 % (16 %) av sykehusene svarer at mor og barn tilbringer 20 timer eller mer sammen pr. døgn på barselavdelingen. I 2000 svarer 14 % (13 %) av sykehusene at mor og barn tilbringer mindre enn 20 timer sammen pr. døgn på barselavdelingen. 86 % (87 %) av sykehusene svarer at mor og barn tilbringer 20 timer eller mer sammen pr. døgn på barselavdelingen. I 2009 svarer 98 % (94 %) av alle sykehusene, at mor og barn tilbringer 20 timer eller mer sammen pr. døgn på barselavdelingen. Ett sykehus har ikke besvart spørsmålet (Figur 6).

I 1991 svarer de fleste sykehus at mor og barn tilbringer under 20 timer sammen per døgn på barselavdelingen. I 2000 er det størst andel av sykehusene med et fødselstall fra 500 – 1499 per år som har beholdt denne praksisen. I 2009 svarer alle fødeenhetene, bortsett fra en ubesvart, at mor og barn tilbringer minst 20 timer i døgnet sammen med barnet.

I studieperioden fra 1991 til 2009, er det en økende prosentandel nyfødte som blir født på sykehus hvor mor og barn tilbringer 20 timer eller mer sammen per døgn på barselavdelingen. Trenden er signifikant, $p < 0,001$ for variabelen.

5.1.4. Trinn 8. Oppmuntre til amming etter behov, såkalt selvregulering

I Ammeundersøkelsen er det fire spørsmål som gir svar på om denne praksisen, følges:

6. Kan moren amme når hun vil? Ja/Nei

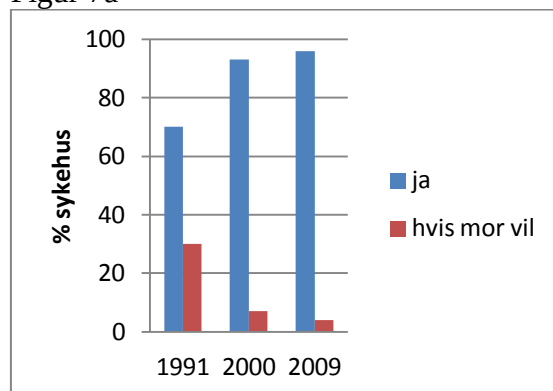
7. Blir barnet ammet om natten? Ja/Ja, bare hvis mor vil/Nei

9. Følger man en bestemt måltidsrytme? Ja/Noen ganger/Nei

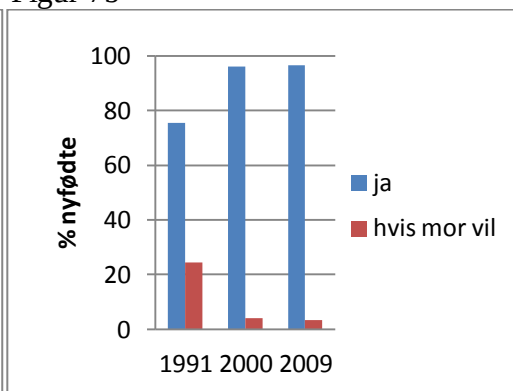
10. I tilfelle hvorfor?

Hvert studieår bekrefter alle føde-barselenhetene at mor kan amme når hun vil.

Figur 7a



Figur 7b



Figur 7. Kan mor amme om natten. a) Prosentandel av antall sykehus for hvert studieår, b) Prosentandel av antall nyfødte for hvert studieår.

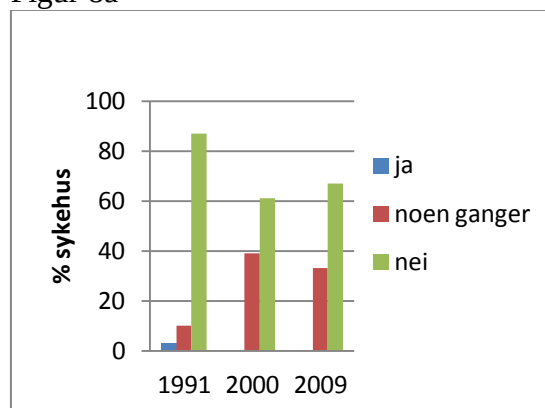
I 1991 svarer 70 % av sykehusene (76 % av nyfødte) at barnet blir ammet om natten. I 2000 er denne andelen steget til 93 % (96 %). I 2009 er det 96 % (97 %) av sykehusene som svarer at barnet blir ammet om natten (Figur 7a og 7b).

I 1991 svarer 30 % (24 %) av sykehusene at barnet blir ammet om natten bare hvis mor vil. I 2000 er denne andelen sunket til 7 % (4 %). I 2009 er det 4 % (3 %) av sykehusene som svarer at barnet blir ammet om natten bare hvis mor vil (Figur 7a og 7b).

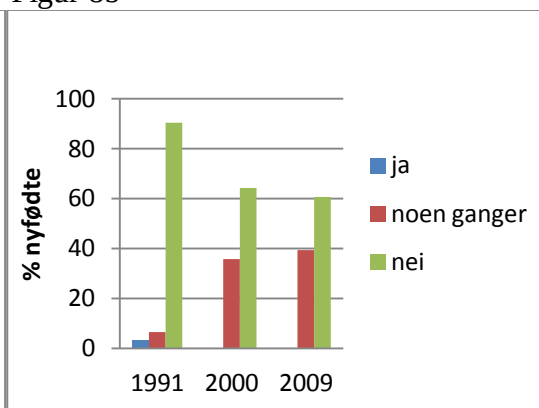
I 1991 er det størst andel av sykehus med et fødselstall fra 500-1499 fødsler per år som praktiserer nattamming bare hvis mor vil, og det er fortsatt fødeenheter av denne størrelsen som beholder denne praksisen i år 2000. I 2009 er det en fødeenhet med et fødselstall over 1500 fødsler per år som praktiserer at barnet blir ammet om natten bare hvis mor vil.

I studieperioden fra 1991 til 2009, er det en økende prosentandel nyfødte som blir født på sykehus hvor barna blir ammet om natten. Trenden er signifikant, $p < 0,001$ for variabelen.

Figur 8a



Figur 8b



Figur 8. Følger avdelingen en bestemt måltidsrytme? a) Prosentandel av antall sykehus for hvert studieår, b) Prosentandel av antall nyfødte for hvert studieår.

I 1991 svarer 3 % av sykehusene (3 % av nyfødte) at de følger en bestemt måltidsrytme, 10 % (7 %) følger det noen ganger og 87 % (90 %) følger det ikke. 10 % (7 %) av sykehusene svarer «noen ganger» selv om dette ikke er et svaralternativ i 1991. Hvorfor de følger en bestemt måltidsrytme er ikke besvart (Figur 8a og 8b).

I 2000 svarer 39 % (36 %) av sykehusene at de noen ganger følger en bestemt måltidsrytme, 61 % (64 %) gjør det ikke (Figur 8a og 8b). De hyppigste grunnene fødeenhetene oppgir til å følge en bestemt måltidsrytme, er hvis barnet er lite, prematurt eller dysmaturt.

I 2009 svarer 33 % (39 %) av sykehusene at de noen ganger følger en bestemt måltidsrytme, 67 % (61 %) av sykehusene gjør det ikke (Figur 8a og 8b). De hyppigste grunnene fødeenhetene oppgir til å følge en bestemt måltidsrytme er når barnet har hatt et stort vekttap, er prematurt eller dysmaturt.

For hvert studieår er det en økning i antall barn som blir født på et sykehus som noen ganger følger en bestemt måltidsrytme. I 1991 er det størst andel av sykehus med et fødselstall fra 500-1499 fødsler per år som noen ganger følger en bestemt måltidsrytme. I 2000 og 2009 er det størst andel sykehus med et fødselstall fra 1500-2999 per år som følger denne praksisen.

I studieperioden fra 1991 til 2009, er det en økende prosentandel nyfødte som blir født på sykehus som noen ganger følger en bestemt måltidsrytme. Trenden er signifikant, $p < 0,001$ for variabelen.

5.2. Registrering av amming og spedbarn som får tillegg av annen væske/næring ved landets føde-/barselavdelinger. Skjema B

Registrere hvor stor andel som gis av medisinsk / ikke medisinsk grunn

I 2010 var det i Norge 53 fødeenheter. 49 av disse registrerte amming og bruk av tillegg for denne studien. Antall barselenheter er høyere enn antall sykehus som registrerte amming og bruk av tillegg på skjema B, henholdsvis 59 og 49. Grunnen er at store fødeenheter med flere barselavdelinger har registrert amming og bruk av tillegg for hver enkelt barselavdeling. Det ble registrert nærmere 20 barn fra de fleste enhetene. Ved de små fødeenhetene var det ikke tilstrekkelig antall fødsler i registreringsperioden til å få registrert 20 barn. Enkelte mindre fødeenheter registrerte to til tre nyfødte. Dette ga data om amming og bruk av tillegg for 984 nyfødte.

5.2.1. Amming og tilleggsnæring

Tabell 4. Amming og tilleggsnæring. Gjennomsnitt for prosentandel av alle registrert nyfødte fra 59 barselenheter.

	N	Minimum	Maksimum	Gjennomsnitt	Standard avvik
bryst	59	0	100	95,5	13,5
utpumpet	59	0	39	13,3	10,6
bankmelk	59	0	25	2,9	6,5
morsmelkerstatning	59	0	80	29,9	18,1
vann	59	0	33	4,5	8,4
sukkervann	59	0	40	2,6	6,4

Av de 984 registrerte nyfødte, har 95,5 % fått morsmelk fra brystet minst en gang. 13,3 % har fått utpumpet morsmelk og 29,9 % har fått morsmelkerstatning minst en gang i løpet av barseloppholdet. Bankmelk (morsmelk fra andre mødre), sukkervann og vann er gitt i små mengder: 2,9 % har fått bankmelk, 2,6 % har fått sukkervann og 4,5 % har fått vann (Tabell 4). Det er anledning til å registrere bruk av flere typer tillegg til hvert barn.

5.2.2. Årsak til bruk av tillegg

Tabell 5. Årsak til bruk av tillegg. Gjennomsnitt for prosentandel av alle registrerte nyfødte fra 59 barselenheter.

	N	Minimum	Maksimum	Gjennomsnitt	Standard avvik
--	---	---------	----------	--------------	----------------

hypoglykemi	59	0	30	2,5	5,0
stort vekttap	59	0	33	6,2	7,2
urolig barn	59	0	60	16,7	13,7
komplikasjon	59	0	39	5,3	7,9
mor/barn					
annet spesifiser	59	0	46	12,0	12,0

«Urolig barn» er registrert som den hyppigste årsaken til å gi tillegg. «Annet spesifiser» er registrert som nest hyppigste årsak og inkluderer en rekke grunner som f.eks. innadvendte brystknopper, lite sugevillig barn eller sliten mor. «Hypoglykemi» (lavt blodsukker) er registrert som den minst hyppige årsak til å gi tillegg.

I skjema B er det anledning til å registrere flere årsaker til bruk av tillegg for hvert barn (Tabell 5). 16,7 % av de nyfødte får tillegg på indikasjon «urolig barn». 12,0 % får tillegg på indikasjon «annet spesifiser»; dette inkluderer årsaker som: sliten mor, mors ønske, innadvendte brystknopper, barnet vil ikke suge, lysbehandling, i hovedsak ikke medisinske grunner til å gi tillegg. 6,2 % får tillegg på indikasjon «stort vekttap». 5,3 % får tillegg på indikasjon «komplikasjon mor barn»; dette inkluderer både medisinske og ikke medisinske årsaker. Kun 2,5 % får tillegg på den medisinske indikasjonen «hypoglykemi».

5.2.3 Ammestatus ved utreise

Tabell 6. Ammestatus ved utreise. Gjennomsnitt for prosentandel av alle registrerte nyfødte fra 59 barselenheter.

	N	Minimum	Maksimum	Gjennomsnitt	Standardavvik
fullamming	59	0	100	82,2	16,4
delvis amming	59	0	60	13,5	12,4
ikke amming	59	0	15	2,3	3,5

82,2 % av de registrerte nyfødte ble fullammet og 13,5 % ble delvis ammet ved utreise fra barselavdelingen. 2,3 % av barna ble ikke ammet ved utreise fra barselavdelingen (Tabell 6). Det foreligger ikke data for hvor stor prosentandel av disse barna som noen gang hadde blitt ammet under barseloppholdet.

6. Diskusjon

Resultatene viser at det i perioden fra 1991 til 2009 i hovedsak har vært en endring mot mer amme fremmede rutiner ved norske fødeenheter. Flere mødre og barn kan ha uforstyrret hudkontakt etter fødselen inntil den første ammingen har funnet sted. Mor og barn har anledning til å være sammen 24 timer i døgnet. Mor kan amme når hun vil og barn blir ammet om natten, men et økende antall barn må noen ganger følge en bestemt måltidsrytme og den uheldige praksisen med å gi friske, fullbårne barn tilleggsnæring uten medisinsk grunn har vist en negativ utvikling. Det er en signifikant økning i antall barn som blir født på sykehus hvor barna vanligvis får noe annet enn morsmelk noen ganger.

Trinn 4, 6, 7 og 8 med tilhørende spørsmål fra Ammeundersøkelsen vil bli diskutert fortløpende.

Deretter diskuteres data fra skjema B og sammenlignbare data fra Ammeundersøkelsen.

6.1. Fire trinn med tilhørende spørsmål fra Ammeundersøkelsen

6.1.1. Sørge for at mor og barn etter en normal fødsel kan ha uforstyrret hudkontakt til den første ammingen har funnet sted

Resultatene fra Ammeundersøkelsen, viser at for hvert studieår legges en stadig større andel av barna til mor i løpet av den første timen etter fødselen. I stor grad innfris kravet i trinn 4 om at det skal sørges for at mor og barn kan ha uforstyrret hudkontakt i minst en time eller til barnet er rede til å suge og den første ammingen har funnet sted. Ingen av sykehusene har noen gang rutiner som gjør at det tar mer enn to timer før barnet kommer til brystet første gang. Da den første Ammeundersøkelsen ble gjennomført i 1973, kunne det gå opp til 12 timer fra barnet var født til det fikk sitt første brystmåltid (45).

En systematisk oversikt finner at hud-mot-hud kontakt mellom mor og barn ved fødselen gjør at barnet gråter mindre, bedrer samspeillet mellom mor og barn, holder babyen varmere og øker sannsynligheten for at barnet blir ammet og at det blir ammet lenger (47). Aghdas et al. finner at umiddelbar hud-mot-hud kontakt mellom mor og barn etter fødselen styrker mors tiltro (self-efficacy) til å kunne amme og det fører til en lengre fullammingsperiode (48).

I 2009 reviderte WHO/UNICEF de 10 trinn for vellykket amming og det ble bl.a. lagt vekt på at det var viktig for mor å kjenne til og kunne tolke barnets tidlige sult signaler for å kunne vite når hun skulle legge barnet til brystet. Kriteriet om at mor skal gjøres oppmerksom på de tidlige tegn på sult/sugebehov hos barnet blir ikke besvart i Ammeundersøkelsen. Allikevel svarer ett sykehus i 2000 og to sykehus i 2009 at «så snart barnet viser tegn til å suge», er tidspunktet hvor barnet vanligvis kommer til brystet for første gang. Når fødeenheter svarer at det er barnets tegn til å ville suge som er avgjørende for når det kommer til brystet, kan det tyde på en økende bevissthet rundt barnets medfødte suge- og søkereflexer og evne til selv å komme til brystet.

I 1991 ble det spurt om hvor snart etter fødselen barnet legges til morens bryst for første gang. I 2000 ble spørsmålet endret til hvor snart etter fødselen barnet vanligvis kommer til morens bryst første gang. Når et nyfødt barn får bruke sine medfødte søke- og sugereflekser for å få sitt første brystmåltid, vil det kunne gape stort og ta et bedre sugetak enn om brystet presses inn i barnets munn. Når barnet har et godt sugetak vil det være mindre sannsynlig at mor får såre brystknopper. Såre brystknopper er et alvorlig ammeproblem som disponerer for brystbetennelse. I en studie om norske kvinners ammeproblemer rapporterte 47 % av kvinnene at de hadde fått såre brystknopper innen den første uken etter fødselen (49).

6.1.2. Ikke gi nyfødte barn noen annen form for næring eller drikke enn morsmelk, unntatt når det er medisinsk grunn til det

Prosentandel barn som ble født på sykehus hvor det vanligvis ikke ble gitt annet enn morsmelk ble halvert i perioden fra 1991 til 2009. I 1991 ble 45 % av barna født på et sykehus hvor det vanligvis ble gitt noe annet enn morsmelk. Ingen barn ble født på et sykehus som vanligvis ga noe annet enn morsmelk i 2009, men en stor andel ble født på et sykehus som ga noe annet enn morsmelk noen ganger. Det er mulig at fordelingen av svarene til en viss grad kan tilskrives endringene av svaralternativene. «Noen ganger», var ikke et svaralternativ i 1991. Allikevel angir en liten andel av sykehusene, at de bruker tilleggsnæring noen ganger. «Noen ganger», er det svaralternativet som blir brukt av langt de fleste fødeenhetene både i 2000 og 2009. «Noen ganger» er et upresist svar, og for å få et mer objektivt mål på hva fødeenhetene la i dette begrepet, ble fødeenhetene bedt om å gjennomføre den samtidige registreringen av bruk av tillegg (Skjema B)

Ved en MBV-fødeenhet skal det nyfødte barnet få tillegg dersom det er en medisinsk grunn til det. Når fødeenhetene innfrir kravet om at mor og barn har uforstyrret hud mot hud kontakt etter fødselen samtidig med at barnet kommer tidlig til mors bryst, må det stilles spørsmål ved at over 70 % av fødeenhetene i 2009 bekrefter at de vanligvis gir friske, fullbårne nyfødte noe annet enn morsmelk noen ganger. Häggkvist et al. foreslår på bakgrunn av sine funn i studien om ammeforekomst, at det bør utvises forsiktighet med bruk av tilleggsnæring i løpet av barnets første leveuke og at ammende mødre bør få ekstra støtte og oppfølging både under sykehusoppholdet og etter hjemreise for å få til ammingen (50). Parry et al. fant at å gi nyfødte morsmelkerstatning innen de første 48 timer etter fødselen var assosiert med en kortere ammeperiode. Det var ingen dose – respons effekt. Det å gi litt tilleggsnæring var like uheldig for ammingen som å gi større mengder. Samtidig fant de at det å legge barnet til brystet på fødestuen var assosiert med mindre sannsynlighet for at den nyfødte ble gitt tillegg på barselavdelingen (51). Semenic et al. fant også at tilleggsnæring var en uavhengig indikator for ammevarighet (52).

Ammeundersøkelsen spør videre om «Hva som vanligvis blir gitt». I studieperioden har det skjedd en endring fra i 1991 i hovedsak å gi vann, til 2000 hvor vann og morsmelkerstatning ble gitt omtrent like ofte, til 2009 hvor det i hovedsak ble gitt morsmelkerstatning. Mange fødeenheter oppgir flere typer tilleggsnæring som vanligvis

blir gitt. I resultatdelen ble de to første nevnte typene registrert ut i fra tanken om at det vanligste blir nevnt først. Det kan innvendes at avdelingene først nevner den type tillegg som de vurderer som den mest akseptable.

I 1985 og 1991 publisert Nylander et al. to artikler som satte fokus på de store mengdene sukkervann som rutinemessig ble gitt til nyfødte på barselavdelingene (53,54). I kjølvannet av artiklene byttet flere avdelinger ut sukkervann med vann. Det ble oppfattet som mer korrekt, men var fortsatt tillegg som ble gitt uten medisinsk indikasjon. I 2009 var det en mer utbredt oppfatning at nyfødte ikke skulle ha vann hvis de hadde behov for ekstra væske. Vann gir kun volum og ikke næring til barnet. Det var morsmelkerstatning som skulle dekke barnets behov når det ikke fikk tilstrekkelig mengde morsmelk fra brystet.

Urolig barn er den hyppigst nevnte grunnen til å gi barnet tillegg til morsmelk i hele studieperioden. Verken WHO/UNICEF eller Medisinske kriterier for bruk av tillegg oppgir uro som en akseptabel medisinsk grunn for å gi barnet noe annet enn morsmelk (38,39). Et friskt, nyfødt barn kan die 8-10-12 ganger i døgnet eller flere (55). Hyppige måltider og korte søvnperioder er normal adferd for et nyfødt barn, men kan av omgivelsene oppfattes som om barnet er urolig og utilfreds. Første gangs mødre uttaler ofte at de er uforberedt på og overrasket over hvor mye tid ammingen tar. Barnet som i fosterlivet får en kontinuerlig tilførsel av næring gjennom navlestrengen, er programmert til å spise små, hyppige måltider den første tiden. Barnet suger mye, men spiser lite. Den hyppige stimuleringen av mors bryster er en nødvendighet for at hun best mulig skal kunne komme i gang med en god melkeproduksjon. Det urolige barnet er som regel det friske barnet som har en helt normal og hensiktsmessig adferd.

Ammeundersøkelsen spør om hva som vanligvis er grunnen til å gi tillegg. I 1973 oppga sykehusene 16 ulike grunner til å gi tillegg. I 2000 hadde tallet økt til 23 og i 2009 oppga fødeenhetene 28 ulike grunner til vanligvis å gi tillegg. Antall medisinske indikasjoner for å gi tillegg har ikke økt tilsvarende. Urolig barn, stort vekttap, mors ønske / informert valg er hyppigere nevnte grunner til å gi morsmelkerstatning enn medisinske grunner. Det finnes ingen umiddelbar forklaring på hvorfor antall mulige indikasjoner for å gi tillegg nærmest er fordoblet fra den første Ammeundersøkelsen ble gjennomført i 1973 og fram til 2009. Brystkirurgi er den eneste indikasjonen som har blitt mer vanlig i løpet av de siste årene. Brystreduksjon kan føre til at kvinnen ikke får tilstrekkelig melkeproduksjon til å kunne fullamme barnet. Brystimplantater kan medføre at kvinnen må amme hyppigere for at barnet skal få en tilstrekkelig melkemengde, da brystimplantatene tar plass og minsker melkelagringskapasiteten i brystene (56).

Svarene fra Ammeundersøkelsene i studieperioden viser at det er en endring i hvilken type tilleggsnæring som blir gitt, i hovedsak fra vann til morsmelkerstatning. Det blir oppgitt stadig flere grunner til å gi tilleggsnæring og det er et økende antall barn som blir født på fødeinstitusjoner som vanligvis gir barna noe annet enn morsmelk noen ganger under oppholdet på barselavdelingen. Resultatene er ikke i tråd med kriteriene for et MBV-sykehus. I 2009 ble over 97 % av alle spedbarn født på et MBV-sykehus.

Det ville derfor vært forventet at kriteriet om at friske, fullbårne barn kun skal få tilleggsnæring på medisinsk indikasjon, ble fulgt.

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

Døgnkontinuerlig samvær er en forutsetning for at mor skal kunne tolke de tidlige sultsignalene til barnet og legge barnet til brystet når barnet vil die, såkalt selvregulering. Selvregulering er assosiert med færre ammekomplikasjoner, som såre brystknopper, tilstoppede melkeganger og mindre bruk av morsmelkerstatning. Færre ammeproblemer og fullamming kan føre til en lengre ammeperiode (57).

Ved registrering av data ble det vurdert som akseptabelt at mor og barn ikke var sammen i inntil 4 timer i døgnet. Disse fire timene kunne inkludere tid som mor var i dusjen, spiste, fikk sove noen timer mens barnet ble passet av andre. Korte intervaller som ble vurdert til ikke å ha innvirkning på etablering av ammingen.

Det skjedde en endring i antall timer mor og barn tilbragte sammen på barselavdelingen fra 1991 til 2009. I 1991 var det bare 16 % av de nyfødte som kunne tilbringe det meste av døgnet sammen med mor. I 2009 svarer alle sykehus bortsett fra ett ubesvart, at mor og barn tilbringer 20 timer eller mer sammen i døgnet. Sykehuset som ikke har svart, sier at mor kan amme når hun vil og at barnet blir ammet om natten. Det er derfor mulig å anta at også på denne barselavdelingen har mor og barn anledning til å tilbringe 20 timer eller mer sammen i døgnet.

I 1991 var det vanlig med egne barnestuer, hvor de nyfødte oppholdt seg under tilsyn av barnepleier, når de ikke var sammen med mor. Gradvis ble barnestuen fjernet og de nyfødte ble plassert i små senger ved siden av mors seng, såkalt rooming in. Da MBVI ble lansert i 1993 var dette et av de trinnene som fikk størst oppmerksomhet (58). Det ble hevdet at døgnkontinuerlig samvær mellom mor og barn på barselavdelingen kunne føre til at mødrene fikk for lite søvn og hvile. Denne bekymringen var en av grunnene til at det i Norge ble lagt til en tilleggskommentar til trinn 7, om at «forholdene måtte legges til rette, og mor må få omsorg så hun får krefter til barnet». Det ble oppfordret til at telefon- og besøkstid skulle begrenses. Mor skulle bli tilbudt hjelp til stell av barnet, sengeredning, matservering og avlastning hvis barnet var svært urolig (58).

I tillegg til arbeidet på barnestuen hadde barnepleierne ansvar for omsorgen til mor. Matservering, sengeredning og undervisning av mor i barnestell, var sentrale arbeidsoppgaver. MBVI gjorde at nye rutinene ble introdusert, og målet var at mor skulle ha barnet sammen med seg det meste av døgnet. Endringen ble av mange barnepleiere oppfattet som en trussel mot egen yrkesidentitet. Fra å ha full oversikt og «kontroll» over barnet, skulle de fungere som veiledere overfor mødrene. Mange opplevde dette som svært utfordrende. Veiledningskompetansen var ikke til stede, og lite ble gjort for at denne yrkesgruppen skulle få mulighet til å tilegne seg veilederkompetanse. Som en «protest» kunne det oppstå situasjoner hvor det ble uttalt: «at hvis mødrene skulle ha barnet hele tiden, så fikk de gjøre alt det andre selv også». I praksis kunne dette bety at den nybakte mor i stedet for avlastning opplevde at hun fikk

arbeidsoppgaver som sengeredning og matservering, i tillegg til å ha barnet sammen med seg det meste av døgnet (58).

Etter at første fase av Mor-barn-vennlig initiativ var gjennomført i Norge, ble det gjort en evaluering av effekten av MBVI ved landets føde- og barselavdelinger. Studien viste at barselkvinner var positive til å ha barna inne om natta, og de som hadde hatt barna inne var ikke mer slitne enn de som ikke hadde hatt barna inne. Bare 3 % av kvinnene anga nattsamvær med barnet som hovedgrunn til slitenhet og rundt 40 % av kvinnene nevnte overhodet ikke amming eller nattsamvær med barnet som årsak til slitenhet (59). Samtidig viser en systematisk oversikt fra 2013 at å styre barnets sovemønster fra det er nyfødt og i de første seks månedene etter fødsel, kan få utilsiktede utfall som for tidlig ammeslutt, øke risikoen for plutselig uventet spedbarns død og øke mors angst (60). En studie som måler søvnvarighet hos nybakte foreldre, finner at foreldre til barn som blir ammet sover gjennomsnittlig 40-45 minutter lengre per natt enn foreldre som flaskemater barnet. Målingen ble utført tre måneder post partum og viser at amming også har gunstig effekt på mors søvn over tid (61).

Data fra Ammeundersøkelsene 2009 bekreftet at endringene hadde vært i tråd med Trinn 7, som krever at mor og barn skal ha anledning til å være sammen 24 timer i døgnet.

I ettertid har det ved de største fødeenhetene skjedd en endring hvor de tradisjonelle barselavdelingene har blitt erstattet med barselhotell. Helsetilsynets rapport fra tilsyn med barselomsorgen i 2010, viser at åtte fødeinstitusjoner organiserer store deler av barselomsorgen ved barselhotell (62). Barselopphold på barselhotell innebærer at omkring to timer etter fødsel blir mor og barn og eventuell ledsager, plassert på et eget «hotell-rom» hvor det forventes at mor i stor grad skal ha omsorg for barnet og selv skal ta initiativ til å få hjelp. Personalet ved barselhotellene er begrenset til et minimum, og tiden mor og barn tilbringer på barsel-hotellet er begrenset til 2-3 døgn. Far eller annen ledsager har anledning til å bo sammen med mor på hotellet mot egen betaling.

Barselkvinner beskriver oppholdet på barselhotellene varierer fra en opplevelse av luksus til et sparetiltak (63). Det kan antas at kvinnens barselforløp i stor grad preger opplevelsen. Har mor en ukomplisert barseltid med lite behov for hjelp og opplever å mestre situasjonen kan et «hotellopphold» hvor far eller ledsager kan være til stede sammen med henne og barnet oppleves som «luksus». Senger blir redd, rommet blir vasket, maten blir servert i kafeteria. Har hun derimot en utfordrende barseltid med mange problemer og ingen ledsager, kan totalansvaret med lite tilgjengelig helsepersonell og ingen muligheter for avlastning være overveldende.

Kunnskapssenterets rapport om «Brukererfaringer i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen» fra 2011 finner at 64 % av kvinnene var i stor eller svært stor grad fornøyd med ammeveiledningen under barseloppholdet, 33 % er i noen eller liten grad fornøyd og 3 % er ikke fornøyd i det hele tatt (64). I 2011, tre år etter ammeundersøkelsen, ble over 90 % av alle barn født på et MBV-sykehus. At over en tredjedel av alle kvinnene oppgir at de bare i noen grad eller liten grad er fornøyd med ammeveiledningen på det samme tidspunktet, er bekymringsfullt.

6.1.4. Oppmuntre til amming etter behov, såkalt selvregulering

I hele studieperioden bekrefter alle føde og barselenhetene at mor kan amme når hun vil. Påfølgende spørsmål er om barn blir ammet om natten. Ett av svaralternativene er «Ja, bare hvis mor vil». Hvis en mor ønsker å amme barnet kan det være avgjørende for om hun lykkes om barnet ammes om natten. Nyfødte trenger små hyppige måltider hele døgnet. Hvis mor ikke ammer om natten vil det kunne gå for lang tid mellom hver gang brystene blir stimulert, og melkeproduksjonen kan bli lav.

Begge spørsmålene vektlegger mors vilje til å amme når hun vil. Det blir ikke spurt om barnet kan die når barnet vil. I trinn 8 er det lagt stor vekt på at mor skal oppmuntres til såkalt selvregulering. Selvregulering innebærer at det er barnets behov for å die som skal avgjøre hvor ofte mor skal amme. Det er mor som skal observere barnets tegn til sult/sugebehov og hun skal gi barnet bryst så ofte barnet viser disse tegnene. Fokuset på barnet er mye tydeligere i trinn 8 enn det som avspeiles i Ammeundersøkelsen. Ammeundersøkelsens første spørreskjema ble laget i 1973 i en tid hvor alle fødeavdelinger fulgte en bestemt måltidsrytme, for eksempel 4 timers skjema eller 5 timers skjema, en rigid praksis hvor barnet fikk mat til helt bestemte tider. Det ble derfor sett på som vesentlig å kartlegge om mor kunne få amme til andre tider enn de som var fastsatt i skjemaene og om hun kunne amme om natten. I 1973 var det flere barselavdelinger som ikke tillot at mor ammet til andre tider enn de oppgitte (65).

I spørreskjemaet presiseres det at det er rutiner knyttet til de friske fullbårne barna det spørres om. I 2000 ble det lagt til et spørsmål om hvorfor avdelingen eventuelt følger en bestemt måltidsrytme. Grunnene som er hyppigst nevnt, er knyttet til premature og/eller syke nyfødte, i tillegg til stort vekttap som også kan forekomme hos fullbårne barn. Små, dysmature og premature barn vil ved fødselen bli diagnostisert, satt på et bestemt materegime og fulgt nøye med hensyn til vekt. Det innebærer at man følger en bestemt måltidsrytme og gir en beregnet matmengde. Ved fødeenheter hvor det er tilknyttet neonatalavdelinger er det en tendens til at også syke nyfødte og «sene» premature (født etter 34. svangerskapsuke og før utgangen av 36. svangerskapsuke og seks dager) barn får være på barselavdelingen sammen med mor og blir behandlet og fulgt opp der. Dette kan være en av forklaringene til at stadig flere fødeenheter oppgir at de noen ganger følger en bestemt måltidsrytme.

I tråd med trinn 8 skal mødre med friske, fullbårne barn være kjent med at brystmåltidenes antall eller varighet vanligvis ikke begrenses, og at barnet bør få minst 6-8 måltider i døgnet. Mødrene skal også ha fått råd om å gi barnet bryst så ofte det viser tegn til sult/sugebehov. Kravene i trinn 8 er ikke forenelig med at man følger en bestemt måltidsrytme. Det er grunnlag for en grundigere gjennomgang av årsakene til fødeenhetenes praksis i å følge en bestemt måltidsrytme.

De fleste kvinner i Norge har store forventninger til å kunne amme. WHO stadfester at den viktigste forberedelsen til amming er å ville amme, men at rutiner ved føde- og barselavdelingen har stor innvirkning på etablering og varighet av ammingen (5). Bandura beskriver hvordan mestringsforventning, tiltro til egen evne til å kunne gjennomføre en handling, er helt avgjørende for å forsøke og eventuelt lykkes. Samtidig

er det nødvendig å ha tiltro til at adferden vil føre til et ønsket resultat. Mors mestringsforventning til amming kan i stor grad påvirkes av fødeenhetenes rutiner. Modell-læring innebærer å etterligne adferd som er observert hos andre og kan påvirke tiltro til at egen forventning kan føre til et ønsket resultat. Bandura sier videre at verbal påvirkning har mindre effekt enn modellæring (25,26). Helsepersonells muntlige råd og anbefalinger om å amme vil derfor vanskelig kunne veie opp for en fødeenhet som ikke legger til rette for kontinuerlig samvær mellom mor og barn, mulighet til å amme når mor og barn vil og gir barnet tilleggsnæring uten medisinsk grunn.

6.2. Sammenlignbarheten av data fra ulike kilder

Bruk av tillegg uten medisinsk grunn (Trinn 6) er en viktig indikator på i hvilken grad mødre som ønsker å amme, vil lykkes. I Norge er det utarbeidet «Medisinske kriterier for bruk av tillegg» (38). WHO har utarbeidet heftet «Acceptable medical reasons for use of breastmilk substitutes» (39). Studier har dokumentert at bruk av tillegg uten medisinsk grunn fører til at færre mødre fullammer og at de har en kortere ammeperiode (50).

Erfaringen fra evalueringene av MBV-fødeenheter i Norge, har vist at å unngå bruk av tillegg til friske fullbårne barn unntatt når det er medisinsk grunn til det, er en stor utfordring, ofte den største utfordringen for sykehus som ønsker å bli godkjente som MBV-sykehus.

Spørreskjemaet ga svar på spørsmål om fødeenhetens materutiner i 2009. Registrering av amming og bruk av tillegg ble registrert i desember 2010. Det var ikke grunn til å anta at det var gjennomført store endringer i rutiner og praksis ved avdelingene i løpet av ett år. Dataene ble derfor vurdert til å være sammenlignbare.

Dersom gode ammerutiner er assosiert med mindre bruk av tillegg, vil registrering av tillegg kunne brukes som en indikator og være en sentral del av forenklete re-evalueringer av MBV-fødeenheter.

Dersom det ikke finnes en slik sammenheng, vil det også for fremtiden være behov for mer omfattende evalueringer av MBV-fødeenheter.

6.2.1. Amming og tilleggsnæring

I tabell 4 kan hvert barn kan registreres som at det har fått morsmelk både fra bryst og utpumpet morsmelk. Det skyldes at enkelte mødre kan ha problemer med å få barnet til å die (ta brystet) de første dagene etter fødselen. Det kan skyldes forhold hos mor som innadvendte brystknopper, og/eller forhold hos barnet som kort tungebånd, at barnet er slapt, kvalm og derfor lite sug villig. Det kan være misforhold mellom en stor brystknopp hos mor og en liten munn hos den nyfødte som gjør det vanskelig å få et tilfredsstillende sugetak. Enkelte kvinner kan ha et ønske om å gi barnet morsmelk, men på grunn av traumatiske opplevelser som for eksempel seksuelle overgrep, ønsker de

ikke å legge barnet til brystet. Hvis mor ikke kan eller vil amme, men ønsker å gi barnet morsmelk, er det mulig å håndmelke eller pumpe brystet og gi utmelket eller utpumpet morsmelk på kopp eller flaske.

I skjema B er det registrert bruk av tillegg til hvert enkelt barn. I Ammeundersøkelsen svarer sykehusene på «hva annet enn morsmelk som blir gitt på barselavdelingen». Det er registrert inntil to typer tillegg for hvert sykehus. Flest sykehus svarer morsmelkerstatning. En betydelig mindre andel gir vann, bankmelk og sukkervann. I Ammeundersøkelsen har hvert sykehus svart på hva som vanligvis blir gitt annet enn morsmelk. Resultatene samsvarer i den grad at begge oppgir i samme rekkefølge: Morsmelkerstatning som hyppigst registrert / vanligvis gitt, vann som nest hyppigst, deretter bankmelk og sukkervann.

Tabell 4 viser at 29,9 % av barna har fått morsmelkerstatning minst en gang. Ammeundersøkelsen har ikke data for hvor mange nyfødte som får tilleggsnæring, men fødeenhetene svarer på om barn vanligvis får annet enn morsmelk under oppholdet på barselavdelingen. 71 % av fødeenhetene, som inkluderer 75 % av alle nyfødte, svarer at «barn vanligvis får tillegg noen ganger under oppholdet på barselavdelingen».

Ammeundersøkelsen angir at 87,8 % fullammer og totalt 12,2 % av mødrene ammer med tillegg eller ammer ikke, ved utreise. Barn som har fått tilleggsnæring under barseloppholdet kan registreres som fullammet ved utreise. Det er derfor grunn til å anta at antall barn som har fått tilleggsnæring under barseloppholdet er adskillig høyere enn de 12,2 % som er angitt for utreise.

6.2.2. Årsak til bruk av tillegg

For å bruke betegnelsen Mor-barn-vennlig sykehus, er det et krav at minst 80 % av tilleggsnæring til barn som skal ammes, skal gis av en medisinsk grunn. I skjema B er det anledning til å registrere flere årsaker til bruk av tillegg for hvert barn (Tabell 5).

16,7 % av de nyfødte får tillegg på indikasjon «urolig barn». 12,0 % får tillegg på indikasjon «annet spesifiser»; dette inkluderer årsaker som: sliten mor, mors ønske, innadvendte brystknopper, barnet vil ikke suge, lysbehandling, i hovedsak ikke medisinske grunner til å gi tillegg. 6,2 % får tillegg på indikasjon «stort vekttap». Stort vekttap kan være en medisinsk indikasjon for å gi tillegg, men er i utgangspunktet en indikasjon for å amme oftere.

Trinn 4 krever at mor og barn skal ha uforstyrret hudkontakt den første timen etter fødselen eller til den første ammingen har funnet sted. Det er ikke anledning til å veie barnet i denne perioden. Nyfødte kan både tisse og «beke» (bek er i tarmen når barnet blir født og barnet kan kvitte seg med det under og rett etter fødsel og i løpet av de første 2-3 levedøgnene) mens det ligger på mors bryst. Dersom barnet blir veid før barnet blir lagt til mor, kan det føre til en høyere utgangsvekt enn om det blir veid en til to timer etter fødselen. Sannsynligheten for å registrere et større vekttap hos barnet på dag en eller to etter fødsel vil dermed øke, og indikasjonen «stort vekttap» vil dermed

lettere kunne brukes. Når barseloppholdet er av to til tre døgns varighet kan det stilles spørsmål ved at vektnedgangen er så stor (over 10 %) at det er en klar indikasjon for å gi tilleggsnæring framfor å amme oftere.

Kun 2,5 % får tillegg på den medisinske indikasjonen «hypoglykemi». Hypoglykemi er definert i Medisinske kriterier for bruk av tillegg, men det finnes i dag ingen konsensus for blodverdier som er en absolutt indikasjon for å gi barnet tilleggsnæring (38,66). Selv ved lave blodsukkerverdier, kan et sugevillig barn ha større nytte av å komme til mors bryst og die kolostrum enn å bli gitt tilleggsnæring. Tidlig initiert fullamming møter både de ernæringsmessige og metabolske behovene til friske, fullbårne barn (66).

I Ammeundersøkelsen svarer sykehusene på hva som vanligvis er grunnen til at barn får tillegg. Urolig barn er den hyppigst nevnte grunnen hver gang Ammeundersøkelsen er gjennomført. I 2009 er stort vekttap og lavt blodsukker nevnt som henholdsvis nest og andre nest hyppigste grunn til å gi tilleggsnæring. I skjema B er disse årsakene sjelden registrert. At stort vekttap og lavt blodsukker er hyppig nevnte årsaker i Ammeundersøkelsen, kan tyde på at det er en oppfatning at tilleggsnæring oftere gis av en medisinsk grunn enn det som er tilfelle. Bare en liten andel av barna som er registrert i skjema B får tilleggsnæring av en helt klar medisinsk grunn.

Med den økende kunnskapen om fremmede proteiners uheldige effekter på tarmfloraen til det nyfødte barnet (34-37) og kunnskapen om at tilleggsnæring gitt på barselavdelingen fører til en kortere ammeperiode hos mødre som ønsker å fullamme (50,67), er det som før nevnt, svært bekymringsfullt at bruk av tilleggsnæring uten medisinsk grunn er en så utbredt praksis.

6.2.3. Ammestatus ved utreise

I skjema B er det registrert 2,3 % av mødre som ikke ammer ved utreise (Tabell 6). Disse mødrene kan ha gitt barnet bryst eller utpumpet morsmelk i barselavdelingen. Noen mødre vil legge barnet til brystet etter fødselen, men opplever allerede på barselavdelingen at ammingen ikke fungerer tilfredsstillende og velger å avslutte ammingen før hjemreise. Prosentandel nyfødte som ikke har fått morsmelk minst en gang på barselavdelingen, vil derfor kunne være lavere enn prosentandelen som ikke ammes ved utreise. Det vil derfor være høyst 2,3 % av de registrerte barna som ikke har fått morsmelk på barselavdelingen minst en gang.

I Ammeundersøkelsen 2009, svarer sykehusene på spørsmålet om hvor stor andel av mødrene som ammer når de utskrives at: 87,8 % fullammer, 8,1 % delammer og 4,1 % ammer ikke. I spørreskjemaet kommenterer flere avdelinger at de «har ikke statistikk på dette, dette er ca. tall». Det er rapportert et høyere antall ikke ammede i spørreskjemaet enn i registreringsskjema B. Norge har en sterk ammekultur med klare forventninger til at kvinner «skal» amme. Det kan tenkes at antall kvinner som ikke ammer, oppfattes som flere enn det som er tilfelle, da de som ikke ammer, relativt sett oppfattes som et «problem» og derfor legges merke til.

En landsomfattende undersøkelse av 1986 norske barns kosthold i første levehalvår, Spedkostundersøkelsen 2006, finner at mellom 98-99 % av alle nyfødte barn i Norge har blitt ammet eller fått morsmelk minst en gang på barselavdelingen (9). Upubliserte data fra en landsomfattende registrering av ammeforekomst, gjennomført av Nasjonal kompetansetjeneste for amming i 2013 finner at 2,4 % av barna ikke har fått morsmelk under barseloppholdet. Resultatene støttes av funnene i den historiske oversikten til Liestøl et. al. som på bakgrunn av data om ammepraksis ved tre fødeinstitusjoner i tre store byer i Norge i perioden 1860 til 1984 fant at andelen mødre som ammet spedbarnet i den første leveuken var påfallende høy og stabil, over 90 % i hele tidsrommet (68).

Sykehusene oppgir en lavere andel mødre som ammer ved utreise i spørreskjemaet enn det som blir registrert i skjema B. I spørreskjemaet er svarene basert på retrospektive antagelser, da de fleste sykehusene oppgir at de ikke har rutiner for å registrere ammeforekomst. Andel mødre som fullammer ved føde- og barselavdelingen er et kriterium for å bli evaluert som MBV-sykehus, og det burde være en gjennomførbar praksis å registrere ammeforekomst ved alle føde og barselenheter.

I den grad det er mulig å sammenligne data fra registreringer i skjema B og Ammeundersøkelsen, er resultatene i hovedsak sammenfallende.

6.3. Metodekritikk

I denne oppgaven er det brukt et spørreskjema og et registreringsskjema.

6.3.1. Selvrapportering ved spørreskjema

Spørreskjemaet har 32 åpne og lukkede spørsmål, om rutiner knyttet til mating av friske, fullbårne nyfødte. Svarene er en selvrapportering av fødeenhetens praksis i det forutgående år, retrospektive data.

Spørreskjemaet som ble brukt i Ammeundersøkelsen 2009, baserer seg på spørreskjemaene som ble brukt i de tidligere Ammeundersøkelsene. Det ble første gang utarbeidet av en komité oppnevnt av Sosialdepartementet i 1974. Målet var å kartlegge ammesituasjonen ved norske fødeavdelinger det forutgående år (45). De på følgende Ammeundersøkelsene ble gjennomført med støtte fra Helsedirektoratet (1982), Institutt for forebyggende medisin, Universitetet i Oslo (1991), Statens Helsetilsyn (2000) (69) og Nasjonal kompetansetjeneste for amming i 2009 (46). Alle institusjonene representerer helsemyndighetene. Ammeundersøkelser som ble gjennomført etter lanseringen av MBVI, kan ha blitt påvirket av at fødeenhetene har vært kjent med helsemyndighetenes krav og forventninger til avdelingenes ammepraksis. Det kan være en risiko for at avdelingene i større grad har svart i samsvar med forventningene.

Spørsmålene omfattet fødeenhetens årlige fødselstall, rutiner ved ammestart og opplysninger om hvilken type informasjonsmateriell som ble delt ut til mødrene.

I 1991 hadde det skjedd betydelige endringer i føde- og barselenhetenes materutiner sammenlignet med 1973, og komitéen fant det nødvendig å gjøre små endringer i spørreskjemaet. For å kunne sammenligne svarene med tidligere ammeundersøkelser, ble endringene begrenset til et minimum: Det ble lagt til spørsmål om avdelingen hadde en skreven instruks for materutiner, om avdelingen tillot amming om natten og det ble spurt om hvor stor andel av mødrene som ammet når de ble utskrevet fra avdelingen.

I Ammeundersøkelsen 2000 ble det gjort ytterligere endringer i spørreskjemaet. Svaralternativet «Noen ganger» som ble lagt til alternativene Ja / Nei, kan ha påvirket resultatet. Det kan være lettere å svare bekreftende på at en ikke ønsket praksis blir gjennomført noen ganger og ikke som en fast rutine.

Da Ammeundersøkelsen 2009 skulle gjennomføres ble de diskutert hvorvidt det var behov for å gjøre ytterligere endringer i spørreskjemaet. Hensikten med undersøkelsen var å kunne beskrive utviklingen og endringer av rutiner som fremmer amming ved norske fødeenheter i hele perioden og med et spesielt fokus på perioden fra 1991 til 2009. Det ble derfor valgt å beholde det eksisterende spørreskjemaet. Spørreskjemaet er en selvrappoteringskjema. Det ble sendt til leder ved fødeenheten, tidligere overjordmor. Nå kan dette være enhetsleder, avdelingsleder, seksjonsleder og ikke nødvendigvis en jordmor. Ved flere enheter blir utfylling av spørreskjemaet delegert til for eksempel fagutviklingsjordmor, undervisningsjordmor eller en barnepleier. Hvem som fyller ut skjemaet kan påvirke svarene. En person som arbeider ute i avdelingen kan ha en helt annen oppfatning av avdelingens praksis enn en leder som sitter på kontor og har et overordnet faglig ansvar.

Selvrappoteringskjema kan føre til en over- eller underrappoteringskjema av egen praksis. Kunnskap om hva som er forventet, beste praksis, kan påvirke svarene i positiv retning. Ikke ønsket praksis kan oppfattes som et større problem enn det reelt sett er. Eksempel på dette er angivelse av antall kvinner som ikke ammer. I Ammeundersøkelsen anslås dette til å være 4,1 % av kvinnene, men når de samme avdelingene gjør en registrering av ammeforekomst ved utreise er tallet lavere, 2,3 % ammer ikke. Bias for sosial forventning (social desirability bias) er en risiko for at respondenten ønsker å gi et mest mulig positivt bilde av situasjonen. Ammeundersøkelsen skal gi et bilde på egen praksis. Når forventet praksis er kjent, vil svarene kunne preges av at avdelingen ønsker å fremstå med en praksis og rutiner som er i tråd med helsemyndighetenes anbefalinger. Når det skal rapporteres om praksis fra forutgående år, vil det være en risiko for minnebias (recall/memory bias). Respondenten kan på grunn av selektiv hukommelse huske det man vil huske (70).

Det ble valgt å beholde det opprinnelige spørreskjemaet. Det er grunn til å stille spørsmål ved enkelte av spørsmålsformuleringene og svaralternativene. Lukkede spørsmål kan gi svaralternativer som mottakeren føler seg tvunget til å velge selv om det ikke oppfattes som korrekt. Som eksempel kan nevnes spørsmål: 11. Får barn vanligvis annet enn morsmelk under oppholdet på barselavdelingen? Svaralternativene er Ja / Noen ganger / Nei. «Noen ganger» er et hyppig brukt svar alternativ.

Avdelingene svarer da at «barn vanligvis får annet enn morsmelk noen ganger». At en praksis utføres «vanligvis og noen ganger» er i seg selv et selvmotsigende svar.

Et strukturert spørreskjema forutsetter at spørsmålet blir forstått på samme måte av alle mottakere, men spørsmål i Ammeundersøkelsen blir tolket ulikt: 14. Hvor hyppig forekommer det at mødre ikke får til ammingen?.....% Svarprosenten varierer fra 2 % til 33 %. Noen avdelinger tolker spørsmålet som: hvor hyppig forekommer det at mødre ikke får til eller ikke kan, og derfor ikke ammer. Andre avdelinger tolker spørsmålet som: hvor mange mødre som har ammeproblemer som kan løses, og som derfor fortsetter å amme. Denne forskjellen kommer tydelig fram ved å lese svarene til de to påfølgende spørsmål i Ammeundersøkelsen: 15. Hva er vanligvis grunnen til dette? 16. Hva gjør personalet i slike tilfelle?

Når spørsmålet oppfattes som et spørsmål om ammeslutt oppgis medikamenter som er uforenlig med amming, medisinske tilstander og mors ønske som grunn. Personalets tiltak er å respektere kvinnens valg og støtte mor i å avslutte melkeproduksjonen. Denne gruppe mødre utgjør en liten prosentandel.

Når spørsmålet tolkes som hvor mange mødre som har ammeproblemer, oppgis utallige grunner til hva som vanligvis gjør at mødre ikke får til ammingen. Tilleggings- og sugeproblemer, brystkirurgi og tidligere negativ ammeerfaring er de vanligste årsakene. Disse mødre vil vanligvis få til ammingen med hjelp og støtte fra personalet. Dette kommer fram i svarene på spørsmål om hva personalet gjør i disse tilfellene: Hjelp, støtte og konkrete tiltak som; vise håndmelking, hjelpe til å pumpe og gi akupunktur. Denne gruppen mødre utgjør en stor prosentandel. Åpne spørsmål er nyttige når svaret ikke er kjent, for komplisert eller for omfattende til å pre-kodes. Åpne spørsmål kan gi ny og nyttig informasjon, men kan by på utfordringer når de skal kategoriseres og kodes.

På tross av risiko for bias, upresise spørsmålsformuleringer og risiko for over-underrapportering ble det valgt å beholde skjemaet for lettere å kunne gjøre en sammenligning med tidligere Ammeundersøkelser. Avdelingene rapporterer i mange tilfeller ufordelaktig praksis, og praksis det forutgående år vil sjelden være svært forskjellig fra inneværende år. Dette kan tyde på at risiko for sosial forventning og minne bias er liten.

Ved eventuelle framtidige Ammeundersøkelser vil det være behov for en gjennomgang og revidering av spørsmålene. Flere av rutinene det spørres om er for lengst på plass og godt innarbeidet ved fødeenhetene, samtidig er vår tids nye utfordringer ikke problematisert. I Ammeundersøkelsen svarer avdelingene på hvilken praksis de har. Mødrenes opplevde ammeveiledning og ammepraksis er ikke dokumentert. Mødrenes erfaringer vil kunne gi nyttig informasjon til avdelingene om hvorvidt egenrapportert praksis blir fulgt.

6.3.2. Registreringsskjema

Registreringsskjema A (Vedlegg IV) og B (Vedlegg V) er en oversatt kopi av et registreringsverktøy som er utarbeidet av WHO/UNICEF i forbindelse med evaluering av Mor-barn-vennlige-sykehus. Skjemaet er ikke utarbeidet på bakgrunn av norske forhold, men ble forsøkt tilpasset i forbindelse med lanseringen av MBVI i Norge. Skjemaet oppgir færre alternativer til type tillegg som blir gitt, enn alle de ulike typer tillegg som blir nevnt Ammeundersøkelsen. Rubrikkene som angir årsakene til bruk av tillegg er langt færre enn antall årsaker som er registrert gjennom Ammeundersøkelsene. For bedre å kunne avspeile resultatene i Ammeundersøkelsen burde det vært mulig å registrere flere svaralternativer. Det ville gjort det lettere å skille mellom medisinske og ikke medisinske årsaker til å gi tillegg. Årsakene som registreres under rubrikkene «komplikasjoner mor/barn» og «annet, spesifiser» oppfattes ulikt. Det kommer ikke tydelig nok frem i skjemaet hvilke av årsakene som blir registrert, som kan være medisinske. Det vil være behov for å gjøre endringer i skjemaet ved framtidig bruk.

7. Konklusjon

Endring av rutiner som fremmer amming ved norske fødeenhetenes i perioden 1973-2009 er i hovedsak i tråd med kriteriene for et Mor-barn-vennlig sykehus.

Friske, fullbårne nyfødte har i stor grad uforstyrret hud-mot-hud kontakt med mor etter fødselen, og innen den første timen, har langt de fleste kommet til brystet. I 2009 er alle mor-barn par minst 20 timer sammen i døgnet og mor kan amme når hun vil. De fleste barn blir også ammet om natten. Det er en økning i antall barn som blir født på et sykehus som noen ganger følger en bestemt måltidsrytme og det er fortsatt store utfordringer knyttet til å fremme fullamming og å unngå tilleggsnæring til friske, fullbårne nyfødte. En tredjedel av friske fullbårne barn får morsmelkerstatning minst en gang i løpet av barseloppholdet og de aller fleste får det uten en medisinsk grunn.

Fødeenheter som ikke har blitt godkjente som Mor-barn-vennlige sykehus på grunn av høyt forbruk av tilleggsnæring til barn som skal ammes, har etter grundig gjennomgang av egne rutiner og en bevisstgjøring i personalgruppa, klart å endre praksis og redusere bruk av tilleggsnæring til et akseptabelt nivå. Dette kan avspeile at en holdningsendring blant personalet er nødvendig. Barnas ernæringsbehov vil ikke endre seg, heller ikke mødrenes evne til å produsere melk. Unødig bruk av tilleggsnæring er en indikator på at avdelingens ammepraksis ikke fungerer tilfredsstillende, og det vil være en grunn for en gjennomgang av avdelingens ammerutiner. En kontinuerlig registrering av ammeforekomst og bruk av tillegg ved egen avdeling er i dag et enkelt tiltak som er gjennomførbart ved alle føde- og barselenheter.

Denne oppgaven beskriver utvikling og endring av rutiner som fremmer amming ved norske fødeenheter. Disse rutinene kan være avgjørende for om en mor vil få til ammingen og hvor lenge hun vil kunne fortsette å amme. Samtidig er det viktig å ha en forståelse for at amming er sammensatt og påvirkes både av mor-barn og omgivelsene.

7.1. Framtidige Ammeundersøkelser

Den siste Ammeundersøkelsen ble gjennomført i 2009. Det ble i ettertid vurdert at det ikke er grunnlag for å gjennomføre flere Ammeundersøkelser med det samme spørreskjemaet. De fleste fødeenheter har i dag ammefremmende rutiner som er i tråd med kriteriene for et MBV-sykehus, bortsett fra at en stor andel nyfødte blir gitt tilleggsnæring uten medisinsk grunn. Det vil derfor være av større interesse å fokusere på hva som ytterligere kan gjøres for å begrense bruken av unødvendig tilleggsnæring.

En elektronisk registrering av bruk av tillegg til friske fullbårne barn i løpet av en måned, er allerede forsøkt gjennomført av de fleste av landets fødeavdelinger Data bekrefter tidligere funn, men gir nyttig informasjon til avdelingene om egen praksis. Målet er at denne registreringen skal være årlig.

Et elektronisk spørreskjema til mødrene om selvopplevd ammeveiledning på føde-/barselavdelingen, er under utprøving. Tanken er at mødrenes opplevelse av avdelingens praksis gir et bedre bilde på hva som reelt sett blir gjort framfor hva avdelingen sier at den gjør.

Elektroniske spørreundersøkelser er mindre ressurs- og kostnadskrevende og kan lettere integreres i de enkelte sykehus sine egne kvalitetssystemer.

7.2. Videre forskning

Videre forskning vil kunne gi svar på hvilke tiltak som må settes i verk for at fødeenhetene i større grad kan følge kriteriene for et MBV-sykehus.

- Hvilke ammefremmende / ammehemmende rutiner kan fortsatt endres i fødeenhetene?
- Hvorfor blir den uheldige praksisen med å gi tillegg fulgt og hvilke tiltak må til for å endre dette?

Hvilke kriterier ligger til grunn for å følge en bestemt måltidsrytme? Er det en praksis begrenset til syke nyfødte som er i risiko for ikke å spise ofte nok og få for lite næring, eller innebærer det en begrensning på normal die og ammeadferd?

Fokusgrupper med personalet vil kunne gi svar på hvorfor «ikke medisinsk» tilleggsnæring blir gitt, og forslag til tiltak som kan gjennomføres for at dette kan unngås. Er det behov for mer omfattende undervisning i personalgruppa for å ha bedre kunnskap til å vurdere barnas behov og informere mødrene om hensiktsmessige ammetiltak Vil mer nærkontakt mellom mor og barn kunne gjøre en forskjell? Bedding inn (sove i samme seng) framfor rooming inn (sove på samme rom)? Bæresjal eller tubetopp på barsel framfor å kjøre barnet rundt i en liten plastboks (seng)? Blir normal adferd hos nyfødte feiltolket som at barnet er urolig og utilfreds? Hvor stor effekt kan mors medikamentbruk under fødselen ha på barnets evne til å etablere en normal ammestart?

Nyere funn viser at sectio forløste mødre får barn som oftere får tilleggsnæring, uavhengig av sykdom hos barnet. Hva er årsaken til dette? Sectio frekvensen øker, og stadig flere friske fullbårne barn hører til denne gruppen.

Fokusgruppe med mødre hvor temaet er hvilken forberedthet til amming de har hatt fra svangerskapet og hvilken veiledning de har fått på føde-/barselavdelingen. Hvordan opplevde de det hvis barnet fikk tillegg? Fikk de informasjon om fordeler og ulemper ved bruk av tillegg? Erfarte de at det var en sammenhengende tiltakskjede fra svangerskapsomsorgen til føde/barselenheten når det gjaldt amming?

Metodetriangulering ved å kombinere to eller flere forskningsmetoder kan bidra til å styrke validitet og reliabilitet av en undersøkelse. Fokusgruppeintervju kan være et supplement til den informasjon som allerede er kjent fra spørre- og registreringsskjemaer.

Problemstillinger fra fokusgruppene kan føre til nye forskningsprosjekter. Registrering av ammeforekomst og bruk av tillegg vil kunne være et mål på om ønsket ammepraksis blir fulgt. Utfallsmål i studiene kan også være grad av fullamming på føde- og barselenheten og ammeforekomst ved utreise. MBVI har som mål og fremme både fullamming og amming.

Det er et økende antall ikke norsk språklige innvandrere kvinner ved norske fødeenheter. De kommer fra kulturer som kan ha en annen praksis og andre forventninger til ammestart og ammevarighet. Det er i dag behov for mer kunnskap om hvilke behov disse kvinnene har for å kunne forberede seg til amming og få en god ammestart. Videre forskning vil kunne avdekke behov og anbefale hvilke tiltak som bør settes i verk for at også disse kvinnene skal få en god ammestart og en vellykket ammeperiode.

8. Takk

Takk til personalet ved alle føde-/barselavdelinger i Norge som besvarte spørreskjemaet og registreringsskjemaet for amming og bruk av tillegg. Uten dere vil ikke denne studien vært mulig.

Takk til mine to arbeidsgivere; Nasjonal kompetansetjeneste for amming (NKA) og Nesoddtangen helsestasjon. Begge har bidratt med permisjon og økonomisk støtte som har gjort det mulig å gjennomføre studiene ved NHV. En stor takk til min leder ved NKA, Anne Bærug, som alltid har motivert til faglig utvikling og som bidro til at Ammeundersøkelsen 2009 ble gjennomført. Takk for støtte, innspill og ammefaglige diskusjoner med kolleger ved NKA. Takk til ledende helsesøster, Ingerlise Skarø, som har gitt meg god støtte underveis.

Takk til NHVs dyktige og inspirerende forelesere.

En stor takk til min veileder Mika Gissler som alltid ga meg raske tilbakemeldinger og konstruktive innspill. Det fikk de faglige temaene til å «falle på plass» og ga meg energi til å fortsette å skrive.

Takk til familie og venners tålmodighet med meg underveis i prosessen.

9. Referanser

- (1) WHO. **Infant and young child feeding** Fact sheet N°342 Updated February 2014; Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en/>. 3. mai 2014.
- (2) Statens helsetilsyn. Mor-barn vennlig initiativ i Norge. 2014; Available at: <http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss/Avdelinger/Kvinne-%20og%20barneklippen/Ammesenteret/Mor-barn%20vennlig%20initiativ%20i%20Norge%20-%20Prosjektrapport%201993-96.pdf>. 3. mai 2014.
- (3) WHO 1981. International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Available at: http://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf. 4. mai 2014.
- (4) Helse- og omsorgsdepartementet. **Forskrift om morsmelkerstatning og tilskuddsblandinger**. 2014; Available at: <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-08-13-936?q=morsmelkerstatning>. 4. mai 2014.
- (5) World Health Organization, Unicef. Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services/a joint WHO/UNICEF statement. 1989.
- (6) WHO UNICEF. 10 TRINN FOR Å BLI GODKJENT SOM MOR-BARN-VENNLIG SYKEHUS. 2009; Available at: <http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss/Avdelinger/Kvinne-%20og%20barneklippen/Ammesenteret/10%20trinn%20for%20vellykket%20ammin g.pdf>. 15. desember 2013.
- (7) WHO / UNICEF. **INNOCENTI DECLARATION On the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding**. Available at: <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>. 3. mai 2014.
- (8) WHO. Exclusive breastfeeding. 2014; Available at: http://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/en/. 3. mai 2014.
- (9) Helsedirektoratet, Mattilsynet og Universitetet i Oslo. Spedkost 6 måneder (2006). 2014; Available at: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rapport-spedkost-6-maneder-2008/Sider/default.aspx>. 3. mai 2014.

- (10) UNICEF WHO. **The Baby-Friendly Hospital Initiative**. 2009; Available at: <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm>. 15. desember 2013.
- (11) World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. 2003; Available at: http://www.who.int/nutrition/publications/gi_infant_feeding_text_eng.pdf. 26.november 2013.
- (12) Helsedirektoratet. Anbefalinger for spedbarnsernæring. Oslo: Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, Helsedirektoratet, 2001. 2001; Available at: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/anbefalinger-for-speadbarnsernering/Publikasjoner/Anbefalinger-for-speadbarnsernering.pdf>. 26. november 2013.
- (13) Hörnell A, Lagström H, Lande B, Thorsdottir I. Breastfeeding, introduction of other foods and effects on health: a systematic literature review for the 5th Nordic Nutrition Recommendations. Food & nutrition research 2013;57:20823.
- (14) Eide I, Heiberg E, Helsing E, Pape KP, med støtte fra Helsetilsynet, Utført. Ammeundersøkelsen år 2000. Rapport.Oslo: Helsetilsynet 2003.
- (15) Helse- og omsorgsdepartementet. Folkehelse. 2014; Available at: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/folkehelse.html?id=10877>. 3. mai 2014.
- (16) WHO. **10 facts on breastfeeding**. 2014; Available at: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en/>. 3. mai 2014.
- (17) WHO. Health and the millenium development goals. 2005; Available at: http://www.who.int/hdp/publications/mdg_en.pdf. 3. mai 2014.
- (18) Bartle Carol. BREASTFEEDING, INFANT FEEDING AND THE MILLENNIUM DEVELOPMENT GOALS. Available at: <http://www.fao.org/fsnforum/post2015/sites/post2015/files/resources/MDG%20Submission%20January%202013.pdf>. 3. mai 2014.
- (19) Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 2012 Mar;129(3):e827-41.
- (20) Løland BF, Bærug AB, Nylander G. Morsmelk, immunrespons og helseeffekter. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2395–8.
- (21) Det kongelige helsedepartement. St.meld. nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge Folkehelsepolitikken. 2003; Available at: <http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20022003/016/PDFS/STM200220030016000DDDPDFS.pdf>. 15. desember 2013.

- (22) Departementene. Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007–2011) Oppskrift for et sunnere kosthold. 2011; Available at: <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/304657-kosthold.pdf>. 15. desember 2013.
- (23) Klovning A, Backe B, Eide B, Blix E, Aarseth J, Mathiesen M, et al. Retningslinjer for svangerskapsomsorgen. Sosial-og Helsedirektoratet. Retningslinjer for svangerskapsomsorgen.[Guidelines for antenatal care]. [Norwegian] 2005;5.
- (24) Helsedirektoratet. Nytt liv og trygg barseltid for familien. 2014; Available at: http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-retningslinje-nytt-liv-og-trygg-barseltid-for-familien-retningslinje-for-barselomsorgen/Publikasjoner/IS_2057_Barsel_retningslinjer_fullversjon.pdf. Accessed 3. mai 2014.
- (25) Mæland JG. Foebryggende helsearbeid i teori og praksis. 2. opplag ed. Oslo: Universitetsforlaget; 2005.
- (26) Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. *Am Psychol* 1982;37(2):122.
- (27) Helle Margrete Meltzer (chair) Per Brandtzæg Helle Knutsen Beate Fossum Løland Jon Øyvind Odland Janneche Utne Skåre Liv Elin Torheim. Benefit and risk assessment of Breastmilk for infant health in norway - Opinion of the Steering Committee of the Norwegian Scientific Committee for Food Safety. 2013; Available at: <http://www.vkm.no/dav/820a1a0bf8.pdf>. 3. mai 2014.
- (28) Brandhagen M, Lissner L, Brantsaeter AL, Meltzer HM, Häggkvist A, Haugen M, et al. Breast-feeding in relation to weight retention up to 36 months postpartum in the Norwegian Mother and Child Cohort Study: modification by socio-economic status? *Public Health Nutr* 2013;1-10.
- (29) Figueiredo B, Canário C, Field T. Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psychol Med* 2013;1-10.
- (30) Van Rossum C, Buchner F, Hoekstra J. Quantification of health effects of breastfeeding-Review of the literature and model simulation. 2006.
- (31) Xu F, Li Z, Binns C, Bonello M, Austin M, Sullivan E. Does Infant Feeding Method Impact on Maternal Mental Health? *Breastfeeding Medicine* 2014.
- (32) Brunstad AT. E.(red.)(2010). Jordmorboka. Ansvar, funksjon og arbeidsområde. Akribe AS (Otta) .
- (33) WHO/CHD/98.9. Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding. 1998; Available at: http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591544_eng.pdf. 15. desember 2013.

- (34) Hale TW, Hartmann PE. Hale & Hartmann's Textbook of Human Lactation. : Hale Pub.; 2007.
- (35) Azad MB, Konya T, Maughan H, Guttman DS, Field CJ, Chari RS, et al. Gut microbiota of healthy Canadian infants: profiles by mode of delivery and infant diet at 4 months. CMAJ 2013 Mar 19;185(5):385-394.
- (36) Meier PP, Engstrom JL, Patel AL, Jegier BJ, Bruns NE. Improving the use of human milk during and after the NICU stay. Clin Perinatol 2010;37(1):217-245.
- (37) Zibadi S, Watson RR, Preedy VR. Handbook of Dietary and Nutritional Aspects of Human Breast Milk. : Wageningen Academic Pub; 2013.
- (38) Nasjonal kompetansetjeneste for amming. MEDISINSKE KRITERIER FOR BRUK AV TILLEGG PÅ BARSEL. 2012; Available at: http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss/Avdelinger/Kvinne-%20og%20barneklirikken/Ammesenteret/Medisinske%20kriterier%20for%20tillegg%20p%C3%A5%20barsel_2012.pdf. 15. april 2014.
- (39) World Health Organization. Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes. 2009; Available at: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/WHO_FCH_CAH_09.01/en/. 26. juli 2014.
- (40) Nasjonal kompetansetjeneste for amming. Mor-barn-vennlig initiativ . 2013; Available at: <http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/avdelinger/nasjonalt-kompetansesenter-for-ammig/Sider/mor-barn-vennlig-initiativ.aspx>. 15. desember 2013.
- (41) WHO UNICEF. BABY-FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care SECTION 1 BACKGROUND AND IMPLEMENTATION 2009; Available at: http://www.unicef.org/nutrition/files/BFHI_Revised_Section1.pdf. 15. desember 2013.
- (42) Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. JAMA 2001;285(4):413-420.
- (43) Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? Pediatrics 2005 Nov;116(5):e702-8.
- (44) Andreassen M, Bale M, Kaaresen PI, Dahl LB. Medisin og vitenskap-Klinikk og forskning-Amming i Tromsø for og etter mor-barn-vennlig initiativ. Tidsskr Nor Laegeforen 2001;121(27):3154-3157.
- (45) Skard Å, Endsjø T, Busterud M, Helsing E, Pape K. Ammepraksis ved norske fødeavdelinger. Tidsskr Nor Laegeforen 1976;96:579-581.

- (46) Nasjonal kompetansetjeneste for amming. 2014; Available at: http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss_/avdelinger_/nasjonalt-kompetansesenter-for-ammig_/Sider/enhet.aspx. 15. april 2014.
- (47) Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;5.
- (48) Aghdas K, Talat K, Sepideh B. Effect of immediate and continuous mother–infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: A randomised control trial. *Women and Birth* 2013.
- (49) Tufte E. Norske kvinners ammeproblemer. Göteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap 2005.
- (50) Haggkvist AP, Brantsaeter 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 Nutr* 2010 Dec;13(12):2076-2086.
- (51) Parry JE, Ip DK, Chau PY, Wu KM, Tarrant M. Predictors and consequences of in-hospital formula supplementation for healthy breastfeeding newborns. *J Hum Lact* 2013 Nov;29(4):527-536.
- (52) Semenic S, Loiselle C, Gottlieb L. Predictors of the duration of exclusive breastfeeding among first-time mothers. *Res Nurs Health* 2008;31(5):428-441.
- (53) Nylander G, Lindemann R, Helsing E, Bendvold E. Unsupplemented breastfeeding in the maternity ward Positive long-term effects. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1991;70(3):205-209.
- (54) Nylander Rivrud G, Benvold E, Lindemann R. En uke på bryst og vann. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1985;105:2395-2398.
- (55) Santoro Jr W, Martinez FE, Ricco RG, Jorge SM. Colostrum ingested during the first day of life by exclusively breastfed healthy newborn infants. *J Pediatr* 2010;156(1):29-32.
- (56) Riordan J. *Breastfeeding and Human Lactation*. 3 ed. ed. Massachusetts: Jones and Bartlett; 2005.
- (57) Renfrew MJ, Lang S, Martin L, Woolridge MW. Feeding schedules in hospitals for newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2)(2):CD000090.
- (58) Hansen MN, Baerug A, Nylander G, Haggkvist AP, Tufte E, Alquist R, et al. Challenges and successes: the Baby-Friendly Initiative in Norway. *J Hum Lact* 2012 Aug;28(3):285-288.

- (59) Nysaether H, Bærug A, Nylander G, Klepp K. Barna inne natt og dag-er barselkvinnene fornøyde? TIDSSKRIFT-NORSKE LÆGEFORENING 2002;122(12):1206-1209.
- (60) Douglas PS, Hill PS. Behavioral sleep interventions in the first six months of life do not improve outcomes for mothers or infants: a systematic review. J Dev Behav Pediatr 2013 Sep;34(7):497-507.
- (61) Doan T, Gardiner A, Gay CL, Lee KA. Breast-feeding increases sleep duration of new parents. J Perinat Neonatal Nurs 2007 Jul-Sep;21(3):200-206.
- (62) Rapport fra Helsetilsynet 3/2011. Rapport frå tilsyn med barselomsorga Korleis tek fødeinstitusjonen og kommunen vare på behova til barselkvinna og det nyfødde barnet i barseltida? Available at: https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2011/helsetilsynetrapport3_2011.pdf. 18. mai 2014.
- (63) Liv Laga. **Barselhotell – luksus eller sparetiltak?**. 2008; Available at: <http://www.jordmorforeningen.no/tj/Tidsskrift-for-jordmoedre/Tema/2008/Barselomsorgen-en-saldeingspost/Barselhotell-luksus-eller-sparetiltak>. 12. mai 2014.
- (64) Kunnskapssenteret 2013. PasOpp-rapport nr 4 - 2013 - Brukerundersøkelse **Brukererfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Nasjonale resultater** 2013; Available at: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/nasjonal-unders%C3%B8kelse-av-brukererfaringer-med-svangerskaps-f%C3%B8dsels-og-barselomsorgen>. 18. mai 2014.
- (65) Skard Å, Endsjø T, Busterud M, Helsing E, Pape K. Ammepraksis ved norske fødeavdelinger. Tidsskr Nor Lægeforen 1976;96:579-581.
- (66) Wight N, Marinelli KA. ABM Protocols: ABM Clinical Protocol# 1: Guidelines for Glucose Monitoring and Treatment of Hypoglycemia in Breastfed Neonates. Breastfeeding Medicine 2006;1(3):178-184.
- (67) Chantry CJ, Dewey KG, Peerson 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):1339-1345. e5.
- (68) Liestol K, Rosenberg M, Walloe L. Breast-feeding practice in Norway 1860–1984. J Biosoc Sci 1988;20(1):45-58.
- (69) Eide I, Heiberg E, Helsing E, Pape KP, med støtte fra Helsetilsynet, Utført. Ammeundersøkelsen år 2000. Rapport.Oslo: Helsetilsynet 2003.
- (70) Bowling A. Research methods in health: investigating health and health services. second edition ed.: Open University Press; 2007.

Vedlegg

Vedlegg I



Oslo universitetssykehus HF

Postadresse:
Trondheimsveien 235

Til fødeavdelingen

0514 Oslo

Sentralbord:
02770

Org.nr:
NO 993 467 049 MVA

www.oslo-universitetssykehus.no

Deres ref.:

Vår ref./saksbeh./dir.tlf.: MNH/23 07 54 05

Dato: 16.11.2010

Materutiner på føde- og barselavdelingene: Hvordan har utviklingen vært de siste 9 årene?

Ammeforekomsten i Norge har økt siden slutten av sekstitallet. Stadig bedre materutiner på føde- og barselavdelingene er en viktig årsak.

Siden 1973 og med 9 års mellomrom har norske føde- og barselavdelinger besvart et spørreskjema som belyser forholdene for mor og barn med hensyn til materutiner.

Skjemaet har vært sendt ut av henholdsvis Sosialdepartementet (1973), Helsedirektoratet (1982), Institutt for forebyggende medisin, Universitetet i Oslo (1991), Statens Helsetilsyn (2000), og ved denne undersøkelsen: Nasjonalt kompetansesenter for amming (NKA).

Initiativet til undersøkelsen har vært tatt av en tverrfaglig arbeidsgruppe. Svarene har vært bearbeidet og presentert i fagartikler (1,2,3,4) som beskriver utviklingen og formidler erfaringene.

Nasjonalt kompetansesenter for amming tar denne gangen initiativ til en femte undersøkelse for å kunne dokumentere eventuelle endringer, høste nye erfaringer og se nye utfordringer. Spørreskjemaet er stort sett det samme som har blitt brukt ved alle undersøkelsene siden 1973.

Vi understreker at det er matingen av friske, fullbårne barn som skal kartlegges. Opplegg for premature og/eller syke barn er ikke inkludert i denne undersøkelsen.

I forbindelse med denne undersøkelsen ber vi også om at dere fra **1. desember 2010** registrerer bruk av tillegg til 20 friske, fullbårne barn. Ved sykehus hvor det er flere barselavdelinger ber vi om at det registreres 20 barn på hver barselavdeling. Alle barna skal registreres fra fødsel til de er utskrevet. Dersom det ved mindre fødeenheter ikke er registrert 20 barn etter 3 uker, skal registreringen allikevel avsluttes.

Ved de tidligere undersøkelsene er det oppnådd en svarprosent på 100. Vi håper det vil være mulig også denne gang.

Vi takker på forhånd for hjelpen og ber om at skjemaene returneres innen **1. januar 2011** til:

Nasjonalt kompetansesenter for amming
Oslo universitetssykehus
Rikshospitalet
Postboks 4950 Nydalen
0424 Oslo

Dersom dere har spørsmål, ring Mette Ness Hansen, tlf. 23 07 54 05

Med vennlig hilsen

Mette Ness Hansen
jordmor
medisinsk rådgiver
NKA

Elisabeth Helsing
dr.Med sci,
tidl.ernæringsrådgiver
WHO, Europa

Anne Bærug
cand.scient.ernæring
leder
NKA

Vedlegg 1. Spørreskjema om mating av friske, fullbårne nyfødte.
Vedlegg 2. Registrering av amming og bruk av tillegg. Informasjonsskriv.
Vedlegg 3. A. Registreringsskjema for hvert enkelt barn. Kopieringsoriginal.
Vedlegg 4. B. Oppsummeringsskjema for amming og bruk av tillegg. Kopieringsoriginal.

1. Gruda Skard Å, Endsjø T-Ø, Busterud M, Helsing E, Pape K. Ammepraksis ved norske fødeavdelinger. Tidsskr Nor Lægeforen 1976; 9-10: 579-581.
2. Helsing E, Kjærnes U. A Silent Revolution – Changes in Maternity Ward Routines with Regard to Infant Feeding in Norway 1972-1982. Acta Paed Scand 1985; 74: 332-337.
3. Heiberg Endresen E, Helsing E. Changes in breastfeeding practices in Norwegian maternity wards: national surveys 1973, 1982 and 1991. Acta Paed 1995; 84: 719-724.
4. Eide I, Heiberg E, Helsing E, Pape Paalgard P. Ammeundersøkelsen år 2000 Mor, barn og materutiner ved norske fødeenheter i perspektiv 1973-2000. 2003 Helsetilsynet.

Vedlegg II

NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR AMMING

SPØRRESKJEMA OM MATING AV FRISKE, FULLBÅRNE NYFØDTE

Besvarelse fra avdeling:.....

1. Hvor mange senger er det på føde/barselavdelingen?
2. Hvor mange nyfødte hadde dere i 2009?
3. Hvor stor andel av de nyfødte var friske, fullbårne barn?%
4. Hva gjøres vanligvis med barna den første timen etter fødselen?
5. Hvor snart etter fødselen kommer barnet *vanligvis* til morens bryst første gang?
6. Kan moren amme når hun vil? (*sett kryss*) Ja Nei
7. Blir barn ammet om natten? (*sett kryss*) Ja Ja, bare hvis mor vil
Nei
8. Hvor lang tid (omtrent) tilbringer mor og barn sammen pr. døgn på barselavdelingen?timer
9. Følger man en bestemt måltidsrytme? (*sett kryss*) JaNoen ganger
Nei.....
10. I tilfelle, hvorfor?
11. Får barn vanligvis annet enn morsmelk under oppholdet på barselavdelingen? (*sett kryss*) Ja Noen ganger Nei.....
12. Hvis ja – hva blir gitt?.....
13. Hva er vanligvis grunnen til dette?
14. Hvor hyppig forekommer det at mødre ikke får til ammingen? (i % av mødrene).....%
15. Hva er vanligvis grunnen til dette?
16. Hva gjør personalet i slike tilfelle?

17. Hvor hyppig forekommer det at mødre ikke ønsker å amme? (i % av mødrene)%
18. Hva er vanligvis grunnen til dette?
19. Hva gjør personalet i slike tilfelle?
20. Blir barnet (kontroll)veiet før og etter måltidet? (*sett kryss*) Ja Noen ganger..... Nei.....
21. Hvem foretar evt. denne veiingen? (*sett kryss*)
Jordmor..... barnepleier..... moren selv..... andre (hvem).....

22. Blir vekten av måltidet meddelt moren, hvis andre enn moren kontrollveier barnet? Ja..... Nei.....

23. Blir det gitt gruppeveiledning om amming på avdelingen? Ja.... Nei.....

24. I tilfelle, av hvem?og hvor ofte?.....

25. Hva slags informasjonsmateriell benyttes på avdelingen og hvem er utgiver?

(F.eks. helsemyndigheter, industri, frivillige organisasjoner, egenprodusert)

Type informasjonsmateriell: Tittel/utgiver: (Skriv gjerne på baksiden av arket)

Om amming Ja Nei

...../.....

Om barnestell Ja Nei

...../.....

Annet Ja Nei

...../.....

26. Er avdelingen tilknyttet et barselhotell? Ja.... Antall rom.....

Nei.....

Når overføres i tilfelle mødrene dit?

27. Hvor mange dager etter en normal fødsel sendes mor og barn hjem?

.....dager

28. Hvor stor andel av mødrene ammer når de utskrives?

Fullammer% Ammer med tillegg% Ammer ikke%

29. Hvor lenge anbefalte avdelingen i år 2000 at barn vanligvis burde fullammes?mnd.

30. Hvor lenge anbefalte avdelingen i år 2000 at ammingen burde fortsette?mnd.

31. Er avdelingen godkjent som Mor-barn-vennlig? Ja..... Nei.....

32. Hvis ja, hvilket år ble den godkjent? 19.....

[Skriv gjerne mer om dine erfaringer og synspunkter på baksiden av arket.]

Dato

Utfyllerens underskrift og stilling

Vennligst returner det utfylte spørreskjemaet innen **1. januar 2011** til:

Nasjonalt kompetansesenter for amming

Oslo universitetssykehus

Rikshospitalet

Postboks 4950 Nydalen

0424 Oslo

Vedlegg III



Oslo universitetssykehus HF

REGISTRERING AV AMMING OG BRUK AV TILLEGG

Som et ledd i undersøkelsen om materutiner, ber vi dere gjennomføre en fortløpende registrering av amming og bruk av tillegg til 20 friske fullbårne barn f.o.m. **1. desember 2010**. Ved sykehus der det er flere barselavdelinger, ber vi om at det registreres 20 barn på hver barselavdeling. Alle barna skal registreres fra fødsel til de er utskrevet. Dersom det ved mindre fødeenheter ikke er registrert 20 barn etter 3 uker skal registreringen allikevel avsluttes.

Alle de 20 barna som fødes i løpet av denne tiden, får hvert sitt registreringsskjema A (vedlegg 3). Registreringen skal kun gjennomføres for friske, fullbårne barn som er på barselenheten. Har barnet vært på barneavd. og blir overflyttet til barsel, starter registreringen umiddelbart på overflyttingsdagen. Opplysningene fra skjema A føres over i skjema B (vedlegg 4) som brukes til oppsummering og skal sendes tilbake til Nasjonalt kompetansesenter for amming. Det er viktig at alle gjøres oppmerksomme på forklaringen til rubrikken om ammestatus.

Dersom noe er uklart, vennligst kontakt oss.

Med vennlig hilsen

Mette Ness Hansen
Tlf. 23075405

Nasjonalt kompetansesenter for amming
Oslo universitetssykehus
Rikshospitalet
Postboks 4950 Nydalen
0424 Oslo

Vedlegg IV

Kopieringsoriginal

A. Registreringsskjema for hvert enkelt barn:

Barn	Fødsel		Morsmelk		Tillegg			På hvilken måte				Årsak					Amnestatus ved utreise ⁱ					
	Vaginal	sectio	bryst	utpumpet	bankmelk	morsmelkerstatn.	vann	sukker/vann	kopp	skje/sprøyte	flask	hjelpetryst	hypoglykemi	stort vekttap	uroilig barn	mor/barn	komplisason	annet, spesifiser	fullamning	delvis amning	ikke amning	
Navn og fødselsdato (plass for klister etikett)																						
	Dag 1																					
	Dag 2																					
	Dag 3																					
	Dag 4																					
	Dag 5																					
Dag 6																						
Evt. Kommentarer:																						

ⁱ **Fullamning:** Barnet får kun morsmelk fra mors bryst eller mors utpumpede melk, eventuelt med tillegg av vitaminer/mineraler eller medisiner. Ved fullamning gis ingen annen drikk eller næring, heller ikke vann.

Delvis amning: Barnet får mors melk, men også tillegg av vann, bankmelk, morsmelkerstatning eller annet.

Ikke amning: Barnet ammes ikke og får heller ikke mors utpumpede melk.

Vedlegg VI

 Oslo universitetssykehus		Oslo universitetssykehus HF
PERSONVERNOMBUDETS UTTALELSE		Postadresse: Trondheimsveien 235 0514 Oslo
Til:	Mette Ness Hansen, medisinsk rådgiver, jordmor, Nasjonalt kompetansesenter for amming	Seiresbort: 02770
Kopi:		Org.nr: NO 950 467 049 MVA
Fra:	Personvernombudet ved Oslo universitetssykehus	www.oslo-universitetssykehus.no
Saksbehandler:		
Dato:	27.9.2010	
Offentlighet:	Ikke unntatt offentlighet	
Sak:	Personvernombudets uttalelse til innsamling og databehandling av personopplysninger i prosjekt	
Saksnummer/ Personvernummer:	2010/23316	

Personvernombudets tilråding til innsamling og behandling av personopplysninger for prosjektet "Ammeundersøkelsen år 2010. Mor, barn og materutiner ved norske fødeenheter."

Viser til innsendt melding om kvalitetsstudie. Databehandlingen inneholder ikke personopplysninger må derfor ikke meldes inn til personvernombudet.

Med vennlig hilsen
for Personvernombudet



Aksel Sogstad, personvernombud
Kompetansesenter for personvern og sikkerhet
Oslo universitetssykehus HF

Epost: personvern@rikskshospitalet.no
Web: www.uus.no/personvern

p:\personvern\K2010.doc

