

SOCIOLOGISKA INSTITUTIONEN

LUNDS UNIVERSITET

SANM03 VT 2014

# Sanningen om Amningen

---

En studie om vårdens konstruerande av amning

**MARIE TILLMAN**

**HANDLEDARE: TOVA HÖJDESTRAND**

Författare: Marie Tillman

Titel: Sanningen om Amningen; En studie om vårdens konstruerande om amning

Masteruppsats i socialantropologi, 30 hp

Handledare: Tova Höjdestrand

Sociologiska institutionen, Lunds universitet, VT 2014

## Sammanfattning:

Amning är en företeelse som anses vara en hälsofråga på nationell, internationell och global nivå. Många kvinnor upplever sig pressade till att amma, och staten och internationella organisationer oroar sig för att amningsfrekvenser går ner. Inom vården betraktas amning dels som en lärandeprocess som kan avgränsas genom olika instruktioner och restriktioner, dels som någonting naturligt och biologiskt som alla mammor kan. Den amningsfrämjande verksamheten som ska genomsyra svensk sjukvård idag, är dubbeltydig. Stöd och utbildning anses nödvändigt för en fungerande amning men den amningsfrämjande policyn vilar på antagandet att alla (kvinnor) kan amma. När amningens fördelar lyfts fram ligger fokus på bröstmjölken som också likställs med amning. Den kvinnliga kroppen förväntas producera bröstmjölk och samtidigt bete sig på vissa specifika sätt i relation till amningspraktiken och detta blir en effektiv kontrollmekanism. Amningspraktiken betraktas både som en mycket komplicerad företeelse, samtidigt som den ses som mycket enkel. Instruktioner och råd formuleras i välmening att förhindra problem med kroppen och på så sätt säkrar styrningsmekanismerna kontrollen över amningen. Personer inom vården anses vara de som har kunskap om amning. Uppsatsen utreder hur amning betraktas inom vårdkedjan och hur dessa föreställningar ligger till grund för det som förmedlas till föräldrar. Jag undersöker de restriktioner, instruktioner och rekommendationer som tillsammans konstruerar amning som företeelse. Syftet med uppsatsen är att ge en bild av vad föräldrar möter för information och föreställningar om amning i relation till vårdkedjan.

**Nyckelord:** Amning, vänlig maktutövning, biomakt, amningsfrämjande, socialantropologi

# Innehållsförteckning:

1. Introduktion.....	4
Syfte och problemställning.....	5
Val av forskningsfält.....	5
Olika perspektiv på amning.....	7
2. Teoretiska utgångspunkter.....	10
Tidigare forskning.....	11
Ett naturligt arbete.....	12
Makt, styrning och disciplinering.....	15
Biomakten.....	16
Beskrivning av fältet och vårdkedjan.....	17
Intervjuer.....	20
Deltagande observation på BB.....	24
Anonymitet.....	26
4. Amning; En offentlig angelägenhet.....	27
Amning som sjukvårdens ansvar.....	28
Amningsstatistik och rekommendationer.....	30
5. Kroppen som maskin i vårdkedjan.....	32
En ny kropp.....	33
Hormoner.....	33
Den naturliga maskinen.....	34
Bröstmjölken.....	36
Fri amning; En tolkad princip.....	38
En lyckad amning.....	40
7. Vänlig maktutövning som produktionsprincip.....	45
Produktionen.....	49

Amning till varje pris? .....	52
<b>8. Experter och kunskapsföretråde .....</b>	<b>54</b>
Arrangemanget.....	55
Ensidiga konversationer .....	58
Mammornas brist på kunskap.....	60
Föräldrar om kunskapsbristen.....	62
<b>9. Sammanfattande reflektioner .....</b>	<b>64</b>
Källförteckning.....	66
Bilaga.....	69

# 1. Introduktion

Amning är en företeelse som väcker många känslor. Både hos föräldrar som själva ammar och hos människor som inte ammar. Kanske för att det handlar om barn, kanske för att det handlar om kvinnokroppen. Amning betraktas ibland ur ett biologiskt perspektiv där den biologiskt kvinnliga kroppen förväntas kunna producera näringsrik och individanpassad mjölk till det barn som kvinnokroppen nyss fött. Amning ses också ibland som kvinnors plikt och ansvar gentemot sitt barn, och kanske även fler än så. Bröstmjölkens fördelar är omstridda och omdiskuterade inom medicinsk forskning, vissa hävdar att bröstmjölk har fördelar för barns utveckling av hjärnan, andra menar att bröstmjölk minskar risker för allergier hos barn. Fokus i forskning har legat på bröstmjölk och dess hälsofördelar vilket utesluter en ganska väsentlig del av amningen, nämligen kvinnan som ammar. Vissa menar att amning endast är biologiskt möjligt om man är född kvinna och själv har fött ett barn. Andra menar att man kan amma sitt adoptivbarn fastän man aldrig fött barn och vissa hävdar att män kan producera bröstmjolk. Det finns med andra ord en hel del olika och motstridiga uppfattningar om amning. Amning har varit en fråga för andra än den ammande kvinnan långt tillbaka i tiden, men i och med att födslar började ske på sjukhus så blev amningen i högre grad reglerad av sjukvården såsom hela den reproduktiva sfären.

När jag var gravid med mitt första barn så hade jag bestämt mig för att jag skulle amma, men inte längre än 6 månader. Jag hade hört om att sjukvården var ihärdiga amningsfrämjare och pressade kvinnor att anamma sina naturliga och moderliga plikter. När jag väl fick mitt barn så blev det ju såklart inte alls som jag tänkt mig, så som det alltid är. Jag minns hur svårt jag tyckte det var i början med amningen jag minns hur jag fick instruktioner om hur jag skulle sitta, hur jag skulle stödja armarna, hur mitt barn skulle låta och se ut när han ammade. Jag minns hur jag hela tiden hade en känsla av att jag gjorde fel eftersom jag inte följde alla goda råd. Jag minns också hur en nära vän satt och ammade sitt barn och sa till mig, - Titta inte på hur jag ammar, jag ammar helt fel. När jag i egenskap av mamma har haft kontakt med sjukvården har jag fått väldigt mycket olika råd, tips och information som varit direkt motstridiga, detta var någonting som antropologen i mig blev intresserad av. Där började jag göra min egen lilla undersökning. Jag ville förstå, men

förstod ingenting. Det är utifrån den förvirringen som denna uppsats växt fram. Sjukvården anses spela en stor roll för hur kvinnors val ser ut när det kommer till amning, och därför tycker jag att det är intressant att studera hur denna roll egentligen ser ut. Varför ses amning som en så viktig hälsofråga? Vad är det som sägs om amning? Och är amning så komplext som jag och många andra har upplevt det eller är det kanske egentligen mycket enklare?

## Syfte och problemställning

Denna uppsats handlar om vilka olika diskurser om amning som finns inom vårdkedjan. Dessa diskurser ligger till grund för vilken information och vilka råd som förmedlas till föräldrar och det är detta jag framförallt intresserar mig för här. Jag kommer ur ett antropologiskt perspektiv undersöka de restriktioner, instruktioner och rekommendationer som tillsammans konstruerar amning som företeelse. Syftet med uppsatsen är att ge en bild av vad föräldrar möter för information och föreställningar om amning i relation till vårdkedjan. Detta gör jag genom att besvara följande frågeställningar:

Vilka olika mekanismer präglar vårdpersonalens syn på amning?

Hur betraktas och hanteras kroppen/kvinnan/barnet i relation till amning?

Hur konstrueras amning inom sjukvården?

Vem anses ha (rätt) kunskap om amning?

## Val av forskningsfält

Antropologer har en viss fascination för att studera grupper med mindre makt än de själva. Davies(1999) menar att en av anledningarna till detta är att grupper med makt är mycket mindre tillgängliga för forskaren än de grupper med mindre makt. Den information man vill åt som antropolog kan undanhållas mer effektivt av grupper med makt (Davies 1999; 37). För mig har detta varit betydande i mitt val av fält och frågeställning. När jag hade bestämt mig för att skriva om amning så ville jag studera hur kunskap om amning produceras och reproduceras. Eftersom jag hade fått bilden av att ammande (eller icke-ammande) mammor inte hade någon större

kunskap om amning så vände jag mig mot dem jag upplevde hade kunskap; Sjukvården. Jag ville undersöka och titta på de processer som finns och ligger till grund för amningspraktikens normer. Detta innebar att jag studerat människor som till viss del har mer makt och inflytande än mig inom fältet, alltså inom sjukvården. Jag är själv en av de ovetande mammorna som står i relation till sjukvårdens expertis. Jag skulle även säga att de hade mer makt än mig på grund av att de flesta av mina informanter var äldre än vad jag var. Detta innebär att många av mina informanter har haft större (sociala) möjligheter att styra en intervju eller ett samtal dit de själva vill, än vad jag har upplevt att jag själv haft.

Davies menar att det nästan alltid finns personliga motiv bakom valet av forskningsfråga (Davies 1999;27). För min del är det föga förvånande för läsaren att jag har egna erfarenheter av amning. En del av min drivande motivation har baserats på mina egna privata upplevelser av att information om amning var både ambivalent, motstridig och förvirrande som jag beskrev i inledningen. För mig har viljan att förstå vad det egentligen är som är så förvirrande och motstridigt varit en stor drivkraft i detta arbete.

Att välja att inte lägga fokus på föräldrarna kan man hävda är problematiskt eftersom detta område har varit kraftigt eftersatt inom forskningen (Dykes 1999, Maher 1992, Dahl 2004, Kvist 2007). Många som intresserat sig för amning ur ett samhällsvetenskapligt perspektiv menar att tidigare forskning om amning generellt handlat om hälsofördelar snarare än kvinnors egna upplevelser av amning, även om detta har ökat det senaste årtiondet (Dykes 1999; 1).

## Definiera amning

Amning är inte en isolerad företeelse utan kan ses som en rad praktiker med stor variation. Hur, varför och hur länge man ammar eller inte varierar såväl över tid och plats och även mellan människor i samma tid, på samma plats. Jag ser amning som en kulturellt präglad praktik som varierar både historiskt, geografiskt och kulturellt. När jag talar om amning i denna uppsats benämner jag amning främst som *amningspraktiken*. Begreppet lånar jag av Lena Dahl (2004) som med detta begrepp menar både de handlingar som amning innebär, och det sammanhang som

dessa handlingar utförs inom (Dahl 2004;39). Fiona Dykes (2006) betonar vikten av att betrakta amningen tillsammans med kvinnan som ammar, snarare än genom ett medicinska perspektiv (Dykes 2006; 2). Genom att se amningen som en process snarare än en statiskt företeelse blir den ammande mamman en del av begreppet.

I många medicinska sammanhang, men även i annan litteratur om amning så använder man begreppet ”spädbarnsuppfödning” som gemensam benämning på amning och uppfödning med modersmjölksersättning. Detta ser jag som en problematisk benämning på amning eftersom detta definierar amningen i tid, då ”spädbarn” syftar på ett barn under 1 år. Amning är inte en praktik som endast sker under barnets första levnadsår, även om amning också kan vara det.

## Olika perspektiv på amning

Dahl (2004) menar att man bör betrakta amning som ett arbete och lärandeprocess i den bemärkelse att det är en praktik som behöver läras in samt kräver tid och kunskap (Dahl 2004; 42). Detta är också ett synsätt som formuleras i amningstexter inom vården. I ett styrdokument om amning riktat till personalen på BB står det följande: "Amningen är en process som varje enskild mamma-barn par måste lära sig, och träna tillsammans" (Amningsstrategi BB) Det var vanligt att amning poängterades vara ett arbete, särskilt på BB: "[D]et är ett heltidsjobb, så att man vet det. Så att man är beredd på det liksom." (Maria, Amningsmottagningen BB) säger en barnmorska som arbetar med extra stöd för ammande på BB. I kontrast till detta argumenterar Dahl för att amning ofta ses som någonting naturligt och biologiskt givet inom sjukvården. Med detta menar hon att amning betraktas som någonting statiskt som kommer med den kvinnliga biologin. Den ”amningsfrämjande” policyn, som genomsyrar vårdens arbete med amning, vilar på antagandet att alla kvinnor *kan* amma bara de får rätt stöd, hjälp och information. Man kan man se den amningsfrämjande policyn som en del i det synsätt som Dahl menar är vanligt eftersom det vilar på antagande om att alla mammor *kan* amma och kan därmed rimligen sammankopplas med biologiska faktorer. Å andra sidan så betonas stöd, hjälp och utbildning om amning (från sjukvården oftast) vilket jag tolkar som att alla anses kunna amma om dem bara ges rätt



förutsättningar för det. Det var flera personer inom vården som poängterade att alla inte alls *kan* amma och att det var viktigt att vara medveten om detta. En barnmorska sa t.ex. såhär: Alla vill, kan inte, har inte uthållighet att amma” (Gudrun, MVC).

Det finns alltså flera sätt att betona amningen och dess praktik på. Som jag ser det är dessa sätt att se på amning inte möjliga att helt skilja på, utan måste ses mer som integrerade med varandra. Jag har tolkat detta som att vårdpersonalen använder olika sätt att beskriva amning beroende på vilken kontext dem befinner sig i. Ville man t.ex. betona att det var jobbigt och krävande att amma så framhövdes amning som ett arbete, ville man istället betona att amning var någonting specifikt kvinnligt så betonades istället naturligheten o.s.v.

Många som jag talade med inom vården menade att det var bra med amning men inte nödvändigt i Sverige på samma sätt som i ”utvecklingsländer”. Skälet till detta ansågs vara att det i dessa länder inte finns tillgång till rent vatten att blanda modersmjölksersättning med. Man kan anta att detta har sitt ursprung i den så kallade ”Nestlé skandalen”, där barnmatsföretag som Nestlé under 1970-talet aggressivt marknadsförde modersmjölksersättning i områden där rent vatten var en bristvara, vilket resulterade i att många barn dog (Dykes 2006; 39). Vanessa Maher (1992) menar att denna händelse har förstörats upp och har resulterat i att amning och modersmjölksersättning ställs mot varandra och betraktas som motsatser. I och med Nestléskandalen har man internationellt, via b.l.a. Världshälsoorganisationen (WHO) arbetat för att påverka kvinnor i utvecklingsländer i ”rätt” riktning, d.v.s. att försöka få dem att återgå till amning. Maher ställer sig frågande till idén om att kvinnor behöver ”läras” att det är viktigt med amning, då det är vanligt att amma sina barn länge i många av de länder där dessa satsningar skett. Vidare menar hon att internationella rekommendationer vilar på västerländska idéer om amning och inte på hur dessa kvinnor faktiskt lever (Maher 1992;5). Ett exempel är WHO:s generella antaganden om hur mycket bröstmjölks en kvinna producerar vid olika skeden av amningsperioden. Dessa generella antaganden är inte bara problematiska eftersom de vilar på en västerländsk norm utan även för att dessa uträkningar inte tar med i beräkningen de lokala förhållanden som kvinnorna lever under. Det tas t.ex. inte hänsyn till kvinnors arbetsbelastning eller undernäring som kan anses ha en

inverkan på bröstmjölksproduktionen. Maher menar att den höga dödligheten hos barn och kvinnor i utvecklingsländer bör ses som ett resultat av att det är män som har tillgång till de ekonomiska tillgångarna snarare än ett direkt resultat av icke-amning (Maher 1992; 7).

## Disposition

Uppsatsens är disponerad kring nio kapitel varav det första avsåg att ge en kort introduktion till området samt presentera forskningsfrågan och syftet med uppsatsen. I kapitel två beskrivs tidigare forskning och de teoretiska utgångspunkter jag använder mig av. I kapitel 3 redogör jag för de metodologiska utgångspunkter som använts i uppsatsen där avgränsningar, intervjuer och fältarbete diskuteras. Kapitel 4 ser jag som ett ramkapitel som sätter in amning i en större kontext genom att diskutera hur amning historiskt och geografiskt har ansetts vara en offentlig angelägenhet och en hälsofråga som rör långt fler än bara mor och barn. I kapitel 5 utvecklar jag hur kroppen ses inom vårdkedjan när det kommer till amning och diskutera hur den ammande kroppen ses som en maskin och producent. Kapitel 6 undersöker hur och vad det är mamman förväntas lära sig när det kommer till amningspraktiken samt hur den amningsfrämjande policyn vilar på konceptet fri amning och hur denna princip hanteras och betraktas inom vården. I kapitel 7 redogör jag för hur amningspraktiken är en del av en styrningsteknik och hur den vänliga maktutövningen används till att öka och gynna ”produktionen” för barnmorskorna. Kapitel 8 utreder vem som anses ha kunskap om amning och vem som inte har det. Jag försöker besvara vem det egentligen är som äger sanningen om amning? Det sista kapitlet, kapitel 9 består av sammanfattande reflektioner.

## 2. Teoretiska utgångspunkter

I detta avsnitt kommer jag att beskriva tidigare forskning och de teoretiska utgångspunkter jag använder mig av i uppsatsen. I många fall är den tidigare forskning som finns det jag använt mig av. Jag börjar med att presentera den tidigare forskning jag inte använt mig av för att sedan presentera de teoretiska perspektiv som jag använt mig av i uppsatsen. Jag börjar med att diskutera Lena Dahls resonemang om naturlighetsdiskursen och amning som arbete och lärandeprocess. Därför fortsätter jag att redogöra för metaforer som maskin, produktionslinjen och industrin som är vanligt förekommande i studier om amning och kvinnokroppen. Efter det presenterar jag Foucaults resonemang om disciplinering av kroppen i relation till amning och därefter diskuterar jag antropologen Åsa Bartholdssons begrepp ”vänlig maktutövning” som hon utvecklat med inspiration från Foucault. Jag avslutar avsnittet med att redogöra för Foucaults resonemang om biomakt och hur detta kan tillämpas på mitt fält.

### Tidigare forskning

Det har forskats mycket om amning i ett medicinsk avseende med fokus på bröstmjölkens tänkbara fördelar för mamma och barn. Det är först inom det senaste årtiondet som forskningen börjat intressera sig för kvinnors upplevelser av amning (Dykes 2006;1). Här spelar samhällsvetenskaplig forskning en stor roll. Lena Dahls avhandling (som jag presenterar mer nedan) är ett sådant exempel i en svensk kontext. En annan studie om kvinnors upplevelser av amning som utförts i Norge och Kanada, som likt Sverige har en hög amningsfrekvens, heter ”*Medicalized mothering: experiences with breastfeeding in Canada and Norway*” skriven av sociologerna Therese Andrews och Stephanie Knaak (2013). I ”*Anthropology och breastfeeding*” som jag delvis använt mig av här finns också många etnografiska exempel och perspektiv på amning där bland annat Marie-Louise Creghton, Jane Khatib-Chahidi och Vanessa Maher (1992) bidrar med antropologiska perspektiv på amning. Fiona Dykes studie som jag använder mig mycket av i denna uppsats fokuserar delvis på kvinnornas upplevelser, delvis på sjukvården. Men även om detta till viss del är applicerbart på mitt fält är detta även problematiskt eftersom studien

är utförd i England. Sjukvården i Sverige ser annorlunda ut än den i England och detta präglar även förhållandet till amning. Sverige har även en ganska unik föräldraförsäkring som gör att svenska föräldrar befinner sig i en annan situation när det kommer till amning än i många andra (även västerländska) länder. Denna situation gör det svårt att översätta studier om amning till ett svenskt perspektiv. Det är även anmärkningsvärt att amning ofta har en så liten eller ingen del även i samhällsvetenskapliga studier om kroppen. Denna kritik är bland annat applicerbar på Emily Martins studier om kvinnokroppen där hon helt har uteslutit amning (Riktad kritik från Maher 1992;2).

Det finns lite forskning om BB och vårdpersonalens hantering och föreställningar om amning och eftersom att både BB och BVC har en mycket uttalad roll i konstruerandet av amningspraktiken så skulle jag välkomna mer samhällsvetenskaplig forskning om detta. Denna uppsats ligger teoretiskt på gränsen till medicinsk antropologi, jag har valt att inte fördjupa mig i detta perspektiv då mitt fokus främst har legat utanför det medicinska även om vårdpersonalen befunnit sig i en vårdsammanhang. Jag har här fokuserat på amning som konstruerat socialt fenomen samt hur kroppen konstrueras i relation till amning och har därför valt att inte fördjupa mig i den medicinska antropologin.

## Ett naturligt arbete

Idag har sjukvården rört sig bort från idén om en schemalagd amning och tillämpar istället den ”fria amningsprincipen”. Den ”fria amningen” kan betraktas som ett sätt att sammankoppla amningen med en ”naturlighet” då man förlitar sig på barnets reflexer och instinkter. Man kan även se den ”fria amningsprincipen” i relation till de instruktioner och rekommendationer som finns när det kommer till amning. Att amning är någonting som behöver läras in talar emot bilden av att amning är en naturlig drift som sker per automatik.

Lena Dahl (2005) belyser kvinnors egna erfarenheter av amning i sin avhandling. Dahl är själv utbildad barnmorska och utgår i sitt arbete från två olika diskurser om amning 1)

Naturlighetsdiskursen och 2) Amning som ett arbete. Eftersom Dahl själv är barnmorska och därmed är en del av den diskurs jag studerat, så har jag till viss del haft ett distanserat förhållningssätt till Dahl. Hon är dock en av få samhällsvetenskapliga studier om amning i en svensk kontext och därför har jag valt att använda mig av delar av Dahls resonemang ändå.

Dahl diskuterar hur det hon kallar för "Naturlighetsdiskursen" påverkar synen på amning. Inom denna diskurs menar Dahl att amning betraktas som någonting oföränderligt och biologiskt givet. Ett resultat av detta är att kvinnor innan och under graviditeten förväntar sig att amning ska ske utan att behöva äga teoretisk eller praktisk kunskap. Utifrån mitt eget material funderade jag mycket kring naturlighetsdiskursen till en början då jag förväntade mig att amning främst skulle talas om i termer av naturlighet. Visst nämnde vissa av mina informanter tankar om "naturlighet" i relation till amning, men förhållandevis lite. Dahls studie utgår ifrån kvinnors egna erfarenheter, och inte från sjukvårdspersonalens vilket kan förklara att vi hittat olika aspekter av detta. Jag har dock hittat flera gemensamma infallsvinklar som Dahl. Dahl menar att "naturligheten" i inställningen till amning innebär att kvinnorna som hon studerat såg det som en självklarhet att kunna amma (Dahl 2004; 127). Hon ser alltså, som jag tolkar det, bristen på kunskap och information hos föräldrarna som en del av "naturlighetsdiskursen". Dahl menar att då amningen ses som någonting naturligt och biologiskt givet så behövs ingen kunskap eftersom själva praktiken är kopplad till kvinnans biologi och natur snarare än inläring. Den sjukvårdspersonal som jag talat med har inte ansett att informationsbristen som finns hos föräldrar existerar på grund av att de inte *behöver* kunskap om amning för att amma, det har snarare antytts att mammor har svårt för att ta till sig kunskapen. Dahls huvudpoäng är att det är mer lämpligt att se amningspraktiken som en process som man behöver kompetens och kunskap för, snarare än som någonting naturligt givet. Att behandla amning som en lärandeprocess eller som ett arbete verkade, som jag uppfattade det inom vården likställas med att ge ammande kvinnor agens, medan naturligheten kopplades ihop med kvinnor som passiva objekt.

## Maskiner, produkter och industrimetaphorer

Franca Balsamo et.al (1992) menar att kvinnans kropp behandlas om en maskin snarare än som en naturligt producerande biologisk kropp. Balsamo et.al diskuterar hur den institutionaliserade födseln under 1970-talet fortfarande stod i kontrast till hur man betraktade amning som en "naturlig" praktik. Hon menar att amning ansågs vara "naturligt" i den bemärkelsen att det var mammans egen ensak och en fråga om modersinstinkt att amma, men Balsamo et.al menar att detta förhållningssätt endast var ett teoretiskt sådant eftersom att mammans kropp i praktiken behandlades mer som en maskin. I praktiken så var amningen schemalagd, mätt och ständigt kontrollerad av läkare:

Actually, under cover of her natural role, the mother was being used as a machine for supplying milk and her efficiency tested by a simple time schedule to be followed like a medical prescription (Balsamo et. al 1992; 59)

Emily Martin är en annan av dem som kopplat ihop idéer om den kvinnliga kroppen som maskin i relation till reproduktiva funktioner. Hon diskuterar hur kroppen i en medicinsk kontext konstrueras och talas om som en maskin och producent. Genom Martins resonemang kommer jag att belysa hur de kvinnliga kropparna betraktas genom maskinlika referenser och i termer av produktion. Martin menar bland annat att livmodern ofta refererats till som en maskin inuti kvinnans kropp, vilket resulterar i att kvinnan och livmodern separeras och behandlas som helt separata delar (Martin 1987, 2001;55) Martins resonemang vilar inte på empiri som berör amning utan fokuserar främst på menstruation och klimakteriet samt förlossning och graviditet. Jag anser dock att hennes teorier är tillämpbara även på amning, och kommer därför att använda mig av hennes resonemang för att belysa amningspraktiken inom vården.

Martins resonemang har flera likheter med Fiona Dykes (2006) teorier i sin studie om BB-avdelningar i England. Dykes anser också att kvinnans kropp betraktas likt en maskin. Dykes fokuserar både på barnmorskorna och de ammande kvinnornas upplevelser och menar att både kvinnorna och barnmorskorna förhåller sig till amning på ett sätt som kan liknas vid en

produktion. Amningen ses i relation till effektivitet och kvantitet och Dykes argumenterar för att vi behöver tänka om när det kommer till kvinnors kroppar, kunskap om amning och kvinnors tid. Jag har främst använt mig av Dykes resonemang som rör produktion och kvinnokroppen i relation till amning.

Alison Bartlett (2005) undersöker amning ur ett postmodernt perspektiv där hon bland annat diskuterar hur medicinska texter som handlar om amning behandlar kvinnor som ovetande och problematiska objekt. Bartlett ser även hon hur kvinnokroppen framställs som en maskin och menar att texter om amning formuleras i relation till denna bild.

## Makt, styrning och disciplinering

För att belysa hur den ammande kroppen betraktas inom sjukvården så kommer jag att använda mig av Foucaults resonemang om disciplinering av kroppen. Kroppen förväntas uppföra sig på specifika sätt i amningspraktiken och enligt Foucault är detta ett resultat av makttekniker och disciplinering. Kroppen kontrolleras och förändras genom olika makttekniker som vidare utsätter kroppen för olika tvång, förbud och förpliktelser (Foucault 1975; 140).

Sjukvårdens roll kan alltså ses vara en del av en styrnings/maktteknik som syftar till att kontrollera, övervaka, ordna och fördela individer kring en specifik norm. Antropologen Åsa Bartholdsson (2007) studerar normalitet och styrning i skolan. Hon menar att lärare i relation till elever utövar en visst typ av makt som hon kallar "vänligt maktutövande". Denna typ av maktteknik utövas idealt menar Bartholdsson utan motstånd. Denna typ av maktutövning utövas genom att hävda att den utför det som är för individens bästa. "Vänlig maktutövning" är ett begrepp inspirerat av bland annat "governmentalityforskningen" och Foucaults syn på makttekniker.

Bartholdsson menar att det för att "vänlig maktutövning" generellt och idealt utövas utan att möta motstånd. Det är en styrningsteknik som inte känns igen som en direkt maktutövande praktik. I skolan som är Bartholdssons fält, sker förklarar den vänliga maktutövningen med ord som

demokrati och omsorg. Normalitet ses inom denna teknik endast som det mål som gynnar individen bäst (Bartholdsson 2007;29). Bartholdsson ser makttekniken som ett sammansatt nät som sker genom vissa specifika medvetandearrangemang där man *lä*r sig vem som äger sanning och legitimitet. Denna relation är hierarkisk och i Bartholdsson studie vilar detta arrangemang på ålder (Bartholdsson 2007;31) Detta grundar hon på att både den som styr och den som styrs behöver ha en viss kunskap för att detta "arrangemang" ska fungera.

## Biomakten

Vill vi förstå hur den amningsfrämjande verksamheten fungerar och verkar så behöver vi också förstå varför den existerar. Foucault (1976) talar om en typ av maktteknik han kallar biomakt. Denna makt och styrningsteknik tar grepp om hela befolkningen, mänskligheten och arten (Foucault, 1976; 141-145). Att amning ses som en hälsofråga kan ses vara ett resultat av biomakten eftersom detta innebär att amningen som fenomen och praktik formuleras utifrån en medicinsk sanning. Enligt Foucault avser denna styrningsteknik att kontrollera individer genom att förvalta livet och vårda livet. I kontrast till det som historiskt sätt handlat om hot om död har transformerats till en omvårdande diskurs. Detta är en effektiv styrningsteknik Genom att den politiska makten förvaltar livet, kanske till och med ämnar att vårda livet, kommer den politiska makten ha åsikter om hur vissa praktiker som anses gynna livet ska utföras. Företeelser som amning anses ha med hela befolkningen att göra och är inte en ensak för individen. Detta innebär att individen inte heller kan formulera dessa praktiker hur som helst, utan behöver rätta sig efter en specifik norm. Normen blir på detta sätt ett verktyg för makten att förvalta livet. Foucault menar att genom att makten vårdar själva livet får makten också tillgång till kroppen. Biomakten är det som för in kroppen i matematiska beräkningar och utgår ifrån olika biologiska processer som hälsa, livslängd, reproduktion, död osv. Biomakt är enligt Foucault att: "makten är belägen och utövas på livets nivå, på arternas, rasens och de massiva befolkningsfenomenens nivå." (Foucault 1976, 2002: 139) och att "[...]makten har åtagit sig att förvalta livet" (Ibid)



### 3. Metodologiska utgångspunkter

I detta avsnitt beskriver jag vilka olika metodologiska utgångspunkter som använts i uppsatsen. Jag börjar med att redogöra för fältet som har studerats, och vilka avgränsningar jag gjort. Sedan går jag igenom hur intervjuarbetet gått till och reflekterar över svårigheter och problem som uppstod. Därefter beskriver jag hur mitt fältarbete såg ut och redogör för mina reflexiva ställningstaganden och funderingar kring detta. Jag avslutar med att förklara hur jag tänkt gällande informanternas anonymitet i studien som är en viktig antropologisk etisk fråga.

#### Beskrivning av fältet och vårdkedjan

”Vårdkedjan” är den kedja av vårdinstanser består av mödravården(MVC), förlossning och eftervård (BB) samt barnvårdscentralen (BVC). En del av detta är även den amningsmottagning som är belägen på BB.

#### *Mödravården*

När en person blir gravid så förväntas hon ta kontakt med mödravården där hon blir tilldelad en barnmorska som följer henne under graviditeten samt för en efterföljande efterkontroll (Dahl 2004; 24) Enligt Dahl tillhör det även barnmorskans uppgifter att ansvara för information om graviditet, förlossning och amning. Ett komplement till denna information är det som kallas "föräldrautbildning". Denna utbildning ser olika ut på olika platser. På den mödravård där jag intervjuade en barnmorska bestod föräldrautbildningen av ca 5 tillfällen varav ett av dessa handlade om amning. Dahl menar att föräldrautbildningen ses som en viktig del i att "informera och motivera" till amning.

Jag hade från början tänkt att jag skulle delta på en föräldrautbildning, och försökte ett flertal gånger komma i kontakt med ansvariga personer för detta utan att nå resultat. På mödravården utförde jag en intervju på ca 1 timme med en ansvarig barnmorska, som även håller i föräldrautbildningar.

### *Förlossningen*

På förlossningsavdelningen sker själva förlossningen med hjälp av barnmorskor, läkare och sjuksköterskor. Den första amningen sker ibland på förlossningen ibland när mamma och barn kommit till BB. Denna del av vårdkedjan finns inte med i mitt material. Denna del valde jag bort på grund av tidsbrist och för att jag antog att personalen här inte jobbar så mycket med amning. Jag tror dock såhär i efterhand att det hade varit mycket intressant att studera denna del av vårdkedjan eftersom, barnmorskorna inom förlossningsvården ändå anses ha ett visst ansvar för amning. När jag befann mig på BB så hade ett flertal beslut tagits för vissa barn som barnmorskorna på BB ansåg påverka den fortsatta amningen.

### *BB-avdelning/eftervården*

På BB arbetar barnmorskor och undersköterskor. Barnläkare går ronder och arbetar inte på BB-avdelningen förutom under dessa specifika tider. När en kvinna genomgått en förlossning som gått "normalt" till så blir kvinnan och vanligtvis hennes barn placerade på en BB-avdelning. Denna vistelse är mellan 1-3 dagar lång. På BB utförs flera tester på barnet, vissa som måste göras en bestämd tid efter det att barnet fötts. Detta justerar till viss del vistelsen för mor och barn.

Texter som jag studerat med koppling till det amningsfrämjande arbetet på BB är dels de medicinska PM som ligger till grund för rutiner på sjukhusen. Dessa dokument ligger till grund för olika medicinska beslut som bland annat i vilka situationer som modersmjölksersättning kan ges och i vilken mängd. På BB finns även en amningsstrategi som är utformad för att ligga till grund för det amningsfrämjande arbetet. Amningsstrategin innehåller bland annat texter om ankomstsamtal, amningsobservation, barn som inte kommer igång att amma/har svårt att få tag om bröstet, olika amningsproblem samt information om modersmjölksersättning och flaskmatning.

### *Barnvårdscentralen (BVC)*

BVC-sköterskorna på den barnvårdcentral som jag intervjuat bestod av två barnsjuksköterskor och en distriktssköterska. När förälder och barn åker hem från BB förväntas föräldrarna ta kontakt

med en barnvårdscentral snarast möjligt. Kontakten med barnvårdscentralen sker genom täta kontroller av barnet som glesas ut ju äldre barnet blir. Här tilldelas barnet en BVC-sköterska som kommer vara kontaktperson fram till och med att barnet är ca 6 år. BVC är inriktat på barnets hälsa och har egentligen ingenting med mamman att göra, men amning är ett område som BVC-sköterskan frågar och ger råd om främst under barnets första år. Antagligen eftersom detta anses beröra barnets hälsa. BVC-sköterskans roll formuleras så här i information som riktar sig till BVC-personal:

BVC-sjuksköterskan kan bli en mycket viktig person för familjen och det ger henne goda möjligheter att stödja och uppmuntra den nyblivna mamman att amma. Det är viktigt att BVC-sjuksköterskan inte generaliserar utan istället är bekräftande och ödmjuk. BVC-sjuksköterskan har också möjlighet att erbjuda hembesök, besök på mottagningen och telefonkontakt efter familjens behov. BVC-sjuksköterskans roll är att medverka till att upprätthålla amningen och senare att avrunda den (Idenstedt 2011;Rikshandboken)

Texter som jag studerat med koppling till BVCs arbete är en handbok som heter "Rikshandboken". Rikshandboken är kunskap om barns hälsa och utveckling som riktar sig till personal som arbetar med barnhälsovård och ligger till grund för bland annat BVC-sköterskornas arbete. Rikshandboken förvaltas och utvecklas av Stockholms läns landsting men vänder sig till hela Sveriges barnhälsovård.

### *Amningsmottagningen*

På amningsmottagningen arbetar barnmorskor som agerar som ett extra stöd till ammande kvinnor. Amningsmottagningen är ett komplement till BVC och BB och fokuserar främst att ge stöd och råd vid amningsproblem. Amningsmottagningens barnmorskor var utbildade "lactationskonsulter" en vidareutbildning med uteslutande fokus på amning, som uppkommit ur de problem som funnits med amningsfrekvenser i en västerländsk kontext (Bartlett 2005;28 ).

## Övrigt

Utöver vårdkedjan har jag talat med två olika grupper av föräldrar om amning. Dessa föräldrar hade barn mellan 3-10 månader vid tillfället då samtalen ägde rum.

Den textbaserade information jag studerat som vänder sig till föräldrarna består av informationsmaterial som delas ut i pappersform på BB och BVC, men även sjukvårdupplysningens hemsida 1177 som BVC hänvisar föräldrar till. Häftet från BB tar upp bland annat upp amning och om det nyfödda barnet. På 1177, sjukvårdsupplysningen har jag tagit del av det som står skrivet om amning.

## Intervjuer

Sammanlagt utförde jag 6 intervjuer, varav en var en gruppintervju. Gruppintervjun bestod av fem föräldrar och var av informell art. Jag hade även många samtal med personalen på BB. Intervjuerna var i regel 1 timme långa och skedde mellan Februari och Maj 2014. Intervjuerna skedde på respektive informants arbetsrum.

Intervjuer kan betraktas som problematiskt om man vill veta vad människor faktiskt gör. Davies (1999) talar om att det finns en skillnad mellan vad människor säger att de gör, vad människor tror att de borde göra och vad de tycker är lämpligt att dela med sig av till okända människor (Davies 85). Jag har sett mina intervjuer som ett verktyg för att få ta del av hur vårdpersonal reflekterar och tänker utifrån sin yrkesroll om amning. Davies menar att intervjuer traditionellt har betraktats som en möjlighet att få tillgång till den sociala verklighet som informanten befinner sig i. Detta vilar på ett antagande om att informanten har tillgång till kunskap om den sociala verkligheten som hen befinner sig i, samt är förmögen att formulera denna verklighet. Ett annat perspektiv på intervjumetoden har varit att informanten inte kan formulera eller ha tillgång till sin sociala verklighet utan endast kan återge den egna upplevelsen av det sociala sammanhanget (Davies 1999;96). Davies ser dock på intervjuer som en kombination av dessa två:

I would argue that while interviews cannot be taken as straightforward reflection of the level

of the social, as opposed to individual interaction, there is a connection, an interdependency between the two levels that allows interviewing to provide access to the social world beyond the individual (Davies 1999;98).

En intervjusituation påverkas i hög grad av vilka statuspositioner/relationer som den intervjuade och den som intervjuar har utanför intervjusammanhanget. Vad personerna i intervjusammanhanget exempelvis har för identifierbart kön, klass, ålder och etnicitet spelar roll och kommer att forma intervjun och den information som kommer ur dem (Davies 1999;101). Dessa faktorer ger även legitimitet för vissa personer att styra samtalet och detta är inte nödvändigtvis forskaren själv. Davies (1999) skriver i de fall då den som intervjuas har högre social status i sammanhanget än forskaren kan detta ge informanten större frihet att gå ifrån forskarens avsikter med samtalet. Detta var fallet för mig i flera av intervjuerna. I en situation blev det särskilt märkbart att personen i fråga hade ett övertag i situationen. När jag ringde och frågade om jag fick intervju denna informant så svarade hon bestämt att hon kunde tänka sig detta om jag hade väl förberedda frågor och inte förväntade mig att det bara var hon som skulle prata planlöst om amning. Detta blev jag förstås lite nervös av, eftersom jag egentligen ville att hon skulle sitta och prata ganska planlöst om amning. När jag kom till hennes mottagning så satt hon inne i sitt arbetsrum med dörren öppen. Hon satt vid sitt skrivbord med ryggen vänd mot dörren och såg ut att vara upptagen, så jag satte mig ner i en av fåtöjlerna och började bläddra i en tidning. Efter bara några minuter blev jag osäker på om hon alls hade uppfattat att jag var där. Så jag ställde mig i dörrkarmen och skulle precis knacka försiktigt på dörren då hon sa med bestämd stämma: - "Jag vet att du är där, men jag är upptagen just nu. Du kan sätta dig ner och vänta." Lite skamsen satte jag mig ner igen, och efter ett litet tag ropade hon in mig. Jag satte mig tillrätta och började förbereda min telefon för inspelning då jag såg att hon satt med telefonen vid örat. Jag insåg att hon satt och väntade på att en person på andra sidan luren skulle svara och när någon svarade så inleddes ett ca fem minuter långt samtal. Jag fick tålmodigt sitta och vänta. När hon lagt på luren sa hon: - Herreguud såna omständiga människor! Jaa, okej så säger vi såå, då så kör vi igång! Japp ska vi köra? När jag sedan inledde med min första fråga så utbrast hon genast att det var precis sådana frågor hon hade syftat på att hon inte tänkte svara på. Det var

alldeles för brett tyckte hon. Jag omformulerade frågan och intervjun kunde börja.

Jag tycker att detta visar ganska tydligt att jag kunde befinna mig i ett underläge gentemot mina informanter. Många gånger hade jag inte mycket att säga till om. Å andra sidan så tänker jag att det var en större fördel för mig att vårdpersonalen befann sig i ett överläge gentemot mig och kände att dem snarare skulle undervisa mig om amning. Hade relationen sett ut tvärtom, kanske många informanter istället hade undanhållit information om vad dem egentligen tyckte om amning. Så jag försökte i möjligaste mån dra fördel av denna relation eftersom jag egentligen mest var intresserad av vad som händer i mötet mellan en förälder och vårdpersonalen där en liknande hierarki finns. De intervjuer jag utförde skedde i vårdpersonalens arbetsrum, vilket gjorde att vi befann oss i en situation som i princip såg likadana ut som de möten informanten dagligen hade med sina patienter. Det förvånade mig att inte vårdpersonalen behandlade mig mer som en patient. De flesta av informanterna gick utanför patient-vårdrelationen och berättade saker om amning som de själva aldrig sa till mammor. En barnmorska berättade t.ex. att hon hade lärt sig om bröstmjölkens fördelar gällande hjärnans utveckling, men poängterade att detta inte är någonting som hon berättar för föräldrarna. Det skulle vara alldeles för skuldbeläggande på dem som inte ammar menade hon.

Davies (1999) argumenterar att det kan vara fördelaktigt att reflektera över alla olika sociala positioner som man har i relation till de som intervjuas, även de som är gemensamma. Vem jag är, färgar hur mina informanter såg på mig, pratade med mig och kanske framförallt vad de valde att prata med mig om. Bland annat så upplevde jag att min etnicitet, mitt kön och min ålder påverkade hur mina informanter delade med sig av information och upplevelser. Exempelvis var min svenska etnicitet en troligtvis en anledning till att vissa av informanterna gjorde en tydlig uppdelning mellan invandramammor och svenska mammor när det kom till amning och barnuppfostran. Att jag identifieras från omvärlden som en person med kvinnligt kön hade förmodligen även en avgörande del i hur mina informanter både såg på mig och vad de valde att berätta för mig. Exakt vilken inverkan detta hade på mitt insamlade av data är svårt för mig att få en bild av, men att jag hade en amningserfarenhet verkade ses som en viktig del av mig. De flesta

informeranter frågade mig om jag hade barn, och som följdfråga, om jag hade ammat detta barn, och hur länge. Ju fler gånger jag fick frågan desto mer tydligt blev det för mig att det var en sorts kontrollfråga. Detta skulle kunna ses som ett sätt att säkra sin yrkesposition gentemot mig. Så här kunde en sådan frågestund se ut:

Barnmorskan (BM): *Jag förstod aldrig riktigt..har du själv barn eller?*

Jag: *Ja det har jag.*

BM: *Som du har ammat?*

Jag: *Ja.*

BM: *Ett eller?*

Jag: *Ett.*

BM: *Gick det bra för dig att amma eller?*

Jag: *Ehmm...det var ju mycket svårare..det var ju precis som vi har pratat om..jag var ju helt oförberedd liksom på vad det innebar.*

BM: *Ja frågan är om man kan...sätta sig in i det..det är nästan omöjligt.*

Jag: *Ja precis. Sen tänker jag också, jag var väldigt..asså jag var ointresserad av det innan. Jag trodde inte det var en fråga liksom.*

BM: *Nä för det kan också vara såhär att det är många som kanske..om dom inte har ammat första barnet eller ammat ett tag och sen kanske gett upp, eller vad man ska säga. Och sen när dom ska ha sitt andra barn. Då är dom i en helt annan fas liksom. Så att dom tar till sig allt på ett annat sätt.*

Jag: *Nä men jag tänker, jag tyckte det var väldigt svårt. Alltså den första tiden var ju helt..*

BM: *Men sen gick det bra eller?*

Jag: *Ja, men jag tro det tog..fem..sex månader innan det började funka liksom. Sen jag började känna mig bekväm.*

BM: *Och du ammar en fyraåring nu eller näe [skrattar] (Skämtar, och syftar på en fråga som jag ställde tidigare i intervjun.)*

Jag: *[skrattar med] Näe.*

Som man kanske kan ana i mina relativt korta svar, kände jag mig inte helt bekväm med att svara på dessa frågor. Till en början försökte jag att inte svara så utförligt för att behålla en mer neutral hållning till informanten. Senare bestämde jag mig för att ha en mer avslappnad inställning till frågan, då jag anade att detta även kunde generera andra samtal och förtroenden i slutändan. Just denna konversation skedde i slutet av en intervju, men vid andra tillfällen kunde jag uppleva att denna typ av frågor ställdes för att få koll på vad jag hade för uppfattning om amning. Kanske ville man veta hur positiv jag var till amning. När jag svarat på frågorna så var det som att det var fritt fram att berätta om sin egen amningshistoria och jag fick jag höra flera personliga historier om amning, olika problem och avvägningar som informanterna själva hade haft (Jag tror därför att informanterna upplevde att jag hade en ”positiv” syn på amning). I och med detta drar jag slutsatsen att min person i egenskap av kvinna och mamma var en central del i hur mina informanter uppfattade mig och relaterade till mig.

## Deltagande observation på BB

Jag utförde mitt fältarbete under två dagar på en BB-avdelning. Konkret så innebar mitt fältarbete på BB att jag fick gå bredvid en barnmorska under hennes dagliga arbete. På morgonen när jag kom dit hade jag fått en namn på en barnmorska som jag skulle följa under dagen. Ofta så blev det mer flexibelt och den barnmorska som hade störst intresse av amning var också den som var mest villig att ha mig som följare under dagen. Rent praktiskt innebar dagarna att besöka patienter, ankomst och utskrivningssamtal, hämta och docera mediciner, utföra prover på bebisar och rapportera (det var mycket rapportering). Det var ett ganska högt arbetstempo, och det var inte alltid lätt att hänga med barnmorskorna i korridorerna. De dagar jag tillbringade på BB för deltagande observation resulterade i många sidor fältanteckningar. Jag försökte även spela in ljudupptagningar i den mån jag hade möjlighet, men det var mer undantag än regel. Jag hade väldigt svårt för att föra fältanteckningar på ett tillfredsställande sätt och eftersom jag befann mig på BB under en väldigt kort period, så prioriterade jag att etablera relationer och prata med barnmorskorna samt försöka hänga med i deras arbetstempo. Det fanns tid då jag jag kunde sitta



ner och anteckna mina intryck och det som sagts, men det var oftast en bra stund efter någonting intressant sagts eller gjort. En annan svårighet var att jag inte alls var införstådd med arbetet som barnmorska på BB. De rutiner och det fackspråk som användes var helt främmande för mig och gjorde att jag hade svårt att hänga med i vanliga konversationer. Som Davies(1999) skriver är alla anteckningar i och från fältet ett resultat av forskarens intryck och kommer alltid att förbli en *tolkning* av en social verklighet. Både anteckningar och transkriberingar av intervjuer har blivit bearbetade och omtolkade i många innan dessa har resulterat i den slutgiltiga texten. Det är jag som forskare som är ett filter för den text och de analyser som produceras. Denna textualitet är helt ofrånkomlig menar Davies, och går hand i hand med reflexiviteten (Davies 1999; 215).

Davies skriver om R.L Golds resonemang om fyra olika roller som en forskare kan välja att ha när deltagande observation utförs: Fullständig observatör, observatör som deltagare, deltagare som observatör och/eller fullständig deltagare (Gold 1958 i Davies 1999; 72). Hur mycket och hur lite jag deltog i verksamheten var inte någonting som var upp till mig att välja, utan det bestämdes av barnmorskorna. Det fanns det ju inte heller någon möjlighet för mig att delta i verksamheten på samma sätt som den utbildade personalen eftersom vi befann oss i en medicinsk kontext, därför präglades min deltagande observation uteslutande av observation.

Människors reaktioner och handlingar är resultat av andra händelser. Vem som säger eller gör någonting kommer generera olika reaktioner och ageranden (Gleasner 2008; 74). Gleasner menar vidare att för att förstå detta kan vi tänka oss hur olika vi reagerar på vem eller hur kritik framförs. För att förstå mina informanter på BB behöver jag betrakta denna miljö ur ett historiskt perspektiv. Den amningsfrämjande policyn fungerade, som jag uppfattade det, som en styrpolicy för själva arbetet på BB. Flera av mina informanter hade också arbetat på BB när införandet av "amningsvänliga sjukhus" skedde. Detta berättades om med stor skepsis och jag fick intrycket av att barnmorskorna hade upplevt det som en kontroll snarare än någonting annat. En av dagarna jag var på BB var det en annan person som gick runt med anteckningsblock på BB. När jag frågade barnmorskorna vem hon var, berättade de att denna person kontrollerade "renlighetsrutinerna" på BB, detta var någonting som skedde med jämna mellanrum som jag förstod det. När en

barnmorska berättade om detta förklarade hon att det t.ex. kunde handla om att personalen tar handsprit på händerna efter och innan varje besök hos patient. Att bli kontrollerade och kollade verkade alltså inte vara en ovanlighet för personalen på BB.

## Anonymitet

Jag har valt att namnge alla informanter i efterhand för att på så sätt ge anonymitet. Antropologer intresserar sig generellt för det som händer i människors privata sfär, det är därför viktigt att säkra informanternas information (Davies 1999; 51). I detta fall har jag inte intresserat mig för informanternas privata sfär, då jag studerade dessa människor i sin yrkesroll och profession. Jag var inte intresserad av vad de på ett privat plan tänkte om amning, utan ville veta hur de agerade utifrån sin yrkesroll. Naturligtvis finns det även en uppdelning mellan privat och offentlig på en arbetsplats. Personalen på BB agerade inte likadant eller pratade om samma saker med patienter som när de satt i personalrummet t.ex. Men med tanke på att det kontinuerligt skedde kontroller av verksamheten, kan även personalrummet ses en offentlig plats i detta sammanhang.

Davies diskuterar vikten av att vara öppen i sin roll som forskare i fältet och vara tydlig med i vilken egenskap man befinner sig där (Davies 1999;53). När jag utförde deltagande observation på BB uppstod ett dilemma gällande detta för mig. Den person jag talade med och som godkände min närvaro, var den överordnade chefen. Hon hade sitt arbetsrum på avdelningen. Men varje morgon jag kom dit så var barnmorskan som jag ”tilldelats” att gå bredvid lika oförberedd. Jag fick försöka förklara vad som sagts till mig, och när jag berättade att jag inte var sjuksköterskestudent tittade de mycket skeptiskt på mig. Jag vet inte hur mycket chefen berättade om vem jag var och vilka avsikter jag hade för personalen i fråga. De var vana vid sjuksköterskestudenter, och antog många gånger att även jag var det. När jag fick möjlighet att berätta vem jag var och vad jag var ute efter gjorde jag naturligtvis det, men t.ex. i kontakt med föräldrarna på BB skedde inte detta. Som jag upplevde det hade det helt enkelt varit olämpligt i den sociala kontexten som jag befann mig i då. Barnmorskorna presenterade mig ofta som student för patienterna vilket underförstått blev sjuksköterskestudent. Davies menar dock att det är

skillnad på att avsiktligt undanhålla sina motiv och de problem som kan uppkomma i och med att man inte alltid kan garantera samtycke från informanternas sida (Davies 1999;54).

## 4. Amning; En offentlig angelägenhet

I detta avsnitt ämnar jag att sätta in amningspraktiken i en större kontext genom att belysa hur detta kan analyseras med hjälp av Foucaults begrepp biomakt. Jag börjar med att betrakta amning i relation till att både historiskt och i nutid ses som en hälsofråga som berör en hel befolkning. Jag tittar närmare på hur sjukvårdens roll har betraktats som central för att få kvinnor att amma sina barn. Internationellt har det amningsfrämjande arbetet drivits av b.la WHO och UNICEF och detta belyser jag också i avsnittet. Jag avslutar avsnittet med att presentera socialstyrelsens amningsstatistik och gå igenom vilka officiella rekommendationer det finns idag om amning.

### Amning som sjukvårdens ansvar

Paradoxalt blir amningspraktiken mer styrd av regler och mönster ju högre den värderas. Ju mer vi vet om bröstmjölken fördelar desto mer kommer den att försöka kontrolleras (VanEsterik 2002; 257). Amning har varit en angelägenhet för andra än den ammande kvinnan långt tillbaka i historien. Restriktioner och rekommendationer kring amning har varit vanligt både från auktoriteter som kyrkan, sjukvården och staten (Dahl 2004, Maher 1992). Ett exempel på hur amning reglerats var i 1600-talets Europa då man trodde att samlag ledde till att mjölken blev förstörd, och av denna anledning förhindrade ofta män från medelklassen sina fruar att amma (Maher 1992; 7). Hur amning betraktas eller regleras varierar historiskt, kulturellt och geografiskt men det är och har varit vanligt att manliga släktingar och närstående till den ammande kvinnan spelar en stor roll i hur amningspraktiken ser ut (Maher 1992; 7).

Socialstyrelsen (2013) menar att sjukvården spelar en särskilt stor roll för hur amningsfrekvensen ser och har sett ut det senaste århundradet. Sjukvårdens brist på intresse och kunskap anses t.ex vara en av anledningarna till att amningsfrekvensen gick ner kraftigt under 1930-talet då de flesta födselar började ske på sjukhusen istället för i hemmen. Under samma tidpunkt marknadsfördes modersmjölksersättningar stort vilket ses som en annan möjlig orsak till nedgången (Socialstyrelsen 2013;3). Mellan 1940-1970-talen i Sverige vilade den medicinska kunskapen på

antagandet att det bästa för spädbarn var att få mat var fjärde timme, detta sätt att hantera amning är välkänt än i dag. Detta ansågs motverka diarréer och kräkningar. Barnen vägdes innan och efter varje amningstillfälle på BB och det fördes noggrann dokumentation över amningsstunderna. Detta har av många hävdats vara orsaken till flaskmatning med bröstmjölk ersättning ökade kraftigt. Under 1970-talet så började förhållningssättet till amning att förändras inom vården, och istället började den "fria amningsprincipen" tillämpas. Nu skulle nyblivna mödrar istället uppmuntras att amma efter barnets signaler. Amning började uppmuntras direkt efter förlösningen och barnet skulle vara hos sin mamma istället för i barnmorskans vård som innan. Klockan skulle inte längre ses som reglerande för amningen och barnets behov ställdes i centrum (Dahl 2004; 23). Föreställningar om att barn bör ammas var fjärde timme förekommer än idag hos både vårdpersonal och föräldrar (Dykes 2006).

Balsamo (1996) menar att övergången till sjukhusfödslar har resulterat i att moderskapet har blivit en offentlig policy. Kvinnors reproduktiva hälsa har i och med detta blivit en offentlig hälsoangelägenhet och i detta sammanhang betraktas kvinnor både som ansvariga och som maktlösa, passiva objekt (Balsamo 1996; 110). Amning har ansetts vara en hälsofråga på ett övergripande plan, såväl historiskt i Sverige som i modern tid. Internationellt ses även amningen på många håll som en hälsofråga som handlar om (barns) liv och död. WHO och UNICEF betraktar amningsfrekvensen i ett land som en viktig indikator på hur hälsoläget ser ut i det landet (Dahl 2004; 31). WHO och UNICEF arbetar aktivt för att öka amningsfrekvensen världen över, WHO skriver: "Breastfeeding is one of the most effective ways to ensure child health and survival" (URL 1). UNICEF skriver att 1,4 miljoner barn skulle kunna räddas om dessa barn fullammades från nyfödd till och med 6 månader (URL 2). WHO beskriver amning som det normala sättet att ge näring till små barn och vidare står det på hemsidan att alla kvinnor kan amma, bara de får tillräckligt med information, stöd och hjälp för att göra det (URL 1). I Sverige resulterade dessa förändringar i en ökning av amningsfrekvensen, och ses därför generellt som mycket positiv (Dahl 2004; 23). Under senare delen av 1970-talet ökade amningsfrekvensen i Sverige, anledningen anser socialstyrelsen (2013) var på grund av stora satsningar och förändringar inom vården. En satsning som verkat för att öka amningsfrekvensen både i Sverige

och världen kallas "Baby Friendly Hospitals Initiative" (BFHI) eller på svenska "Amningsvänliga sjukhus". Detta är ett initiativ som WHO och UNICEF startade 1991 på grund av att amningsfrekvenser i många av världens länder var mycket låga (Kvist 2006; 12, Dahl 2004; 23). En del av dessa amningsfrämjande åtgärder var en handlingsplan som heter "Tio steg för en lyckad amning" (se bilaga). All vårdpersonal i Sverige som har kontakt med föräldrar och spädbarn förväntas känna till och efterfölja denna handlingsplan även idag. Syftet med handlingsplanen anges vara att ge stöd för att främja, stödja och skydda amningen (Idenstedt 2012).

Några av barnmorskorna på BB som jag talade med mindes denna stora internationella satsning, men det verkade mest upplevts som en rad olika övervakande kontroller från statligt håll. En av barnmorskorna sa att visst följs "de tio stegen" än idag, men en del av stegen tas inte på lika blodigt allvar som då. Bland annat menade hon att man nuförtiden gav nappar till barn som av olika skäl var tvungna att vara frånskilda från sina föräldrar, eftersom dem då kände sig mer trygga och lugna med en napp.

## Amningsstatistik och rekommendationer

Socialstyrelsen för statistik på amning genom att BVC-sköterskor samlar in information om detta. Amningsfrekvensen mäts genom att titta på andelen helammande, delammande, icke ammande, när barnet är 1 vecka, 2, 4, 6, 9 månader och slutligen 1 år gammalt. I Sverige (2013) då den senaste rapporten från socialstyrelsen är publicerad, såg genomsnittet ut på följande sätt:

Barnets ålder	Enbart amning	Delvis amning
1 vecka	82,5%	13,8
2 mån	66,9%	19,5
4 mån	52,5%	23,0
6 mån	13,5%	49,5
9 mån	0,5%	34,8
1 år	0,1%	17,1

Denna statistik varierar nationellt, och den kommun där jag utförde intervjuer och fältobservationer var amningsfrekvensen förhållandevis låg. Socialstyrelsen har inte publicerat så detaljerad statistik, men enligt en BVC-sköterska som hade tillgång till dessa siffror så var det vid 1 veckas ålder 63 % som fullammade, samt vid 2 månader 42 % i relation till det nationella måttet som är 82,5 % respektive 66,9%.

Socialstyrelsen skriver i rapporten från 2013 att andelen ammande kvinnor minskat stadigt under 1990-talet och in på 2000-talet. Från att ha dalat ganska kraftigt så verkar det nu som att kurvan har avstannat lite. Informanterna refererade inte sällan till dessa siffror, uppgångar och nedgångar. Detta var inte någonting som endast mätte den faktiska amningsfrekvensen, utan även hur amningsfrämjande verksamheten var. Alltså var statistiken för vissa, även en sorts indikator på hur väl dem själva som institution arbetade efter uppsatta mål och hur väl dem levererade önskat resultat. Statistiken för amning kan ses som en del i biomakten där livet förs in i noggranna diagram, och hälsa och mänskliga kroppar blir matematik. Att man för noggrann statistik över hur många som ammar och hur länge kan anses vara en av de verktyg som biomaken använder för att utöva en effektiv styrning. Statistiken används för att skydda och främja amning, och på så sätt kan man se det förvaltande av livet Foucault pratar om. Genom statistiken fördelas ammande och icke ammande utefter en norm och ordnas, sorteras och fördelas utifrån sina kroppar (Foucault 175;139). De allmänna rekommendationer som finns officiellt både nationellt och internationellt blir också ett verktyg för att sätta normer.

WHO's allmänna rekommendationer om amning är att alla barn i första hand bör ammas fram till och med sex månader. Därefter behöver barnet annan mat helst tillsammans med bröstmjölken upp till två år, gärna längre. Sverige har antagit dessa allmänna rekommendationer, och riktlinjer kring amningsfrämjande verksamhet. I Sverige är amningsrekommendationerna lite annorlunda formulerade. Nationellt är det Livsmedelsverket, Expertgruppen för pediatrik nutrition, Socialstyrelsen och Socialdepartementet som tillsammans har utformat och tagit ställning till vilka riktlinjer som ska finnas kring amning i dag (Socialstyrelsen 2013). Den svenska

rekommendationen lyder:

Den första tiden är bröstmjölken barnets bästa näring. De flesta barn klarar sig utmärkt på enbart bröstmjolk de första sex månaderna av sitt liv. Från ungefär sex månader bör amningen av näringsmässiga skäl kompletteras med annan föda, men det är fördelaktigt om bröstmjölken utgör en del av kosten under hela första levnadsåret eller längre (Socialstyrelsen 2013; 11)

Att amningen betraktas som en övergripande hälsofråga som berör fler än bara det ammande mor och barn paret blir uppenbart när vi tittar på hur den amningsfrämjande policyn är utformad både nationellt och internationellt. Vården ses ha en avgörande roll för om kvinnor bestämmer sig för att amma eller inte. Faktum är att kvinnorna utan den amningsfrämjande verksamheten inom sjukvården antas välja bort amning i många fall. Detta blir en styrningsprincip som fungerar på ett plan som vårdar och tar hand om livet och resultatet blir ett effektivt kontrollerande av individer. Normer och restriktioner av olika slag tas fram i syfte till att främja amning och få kvinnor att göra ”rätt” val; att amma.



## 5. Kroppen som maskin i vårdkedjan

I detta avsnitt utvecklar jag hur kroppen ses inom vårdkedjan när det kommer till amning. Den ammande kroppen ses på många sätt inom vården som en maskin som fungerar eller inte. Jag börjar avsnittet med att se på den biologiska process som förväntas ske i kvinnans kropp i och med amning via hormoner. Därefter analyserar jag hur den kvinnans kropp ses som en maskin med separata delar. Kvinnan blir producent och arbetare på samma gång och förväntas leverera en felfri produkt: Bröstmjolk. Avslutningsvis tar jag upp hur produkten/bröstmjölken betraktas och hur amning betraktas som överföring av näring och vilka konsekvenser det får.

### En ny kropp

Att börja amma ett barn innebär en helt ny kroppslig situation (Dykes 2006; 106) . Det finns i den nya situationen förväntningar på att kroppen ska göra och agera på specifika sätt och enligt särskilda (kulturella) mönster. Den ammande kroppen ska utföra en amningspraktik som vi kommer se, ofta är väldigt specificerad. Foucault menar att kroppen konstrueras under olika makttekniker och blir på så sätt en del av en process som präglar, analyserar, bryter ner kroppen för att sedan bygga upp den igen. (Foucault 1975; 154). Den ammande praktiken är beroende av en viss typ av kropp, med vissa attribut och ett visst uppförande. På detta sätt skapas och återskapas också normer att förhålla sig till. Alison Bartlett (2005) menar att amning beskrivs som en praktik som sker utifrån inlärandet men samtidigt i relation till vad som händer i kroppen biologiskt. Vetenskapen beskriver hur kroppen biologiskt ska eller borde fungera medans själva praktiken är någonting som kvinnan förväntas lära sig. Men, frågar sig Alison Bartlett, om den vetenskapliga diskursen förklarar hur kroppen fungerar i relation till amning varför finns det en annan del som kvinnan behöver lära sig (Bartlett 2005; 51)?

### Hormoner

I det material som jag har tagit del av förklaras den biologiska process som möjliggör amning i

kvinnans kropp till stor del via hormoner. Bartlett menar att ammande kvinnor ofta talas om i relation till olika hormoner som verkar i kroppen i samband med amning (Bartlett 2002). På 1177 stå det så här om vad som händer i kroppen vid amning:

När barnet börjar suga på bröstet frisätts två sorters amningshormoner hos mamman, prolaktin och oxytocin. Oxytocin ger lugn och ro, stimulerar utdrivningen av bröstmjölk och hjälper också livmodern att dra ihop sig. Prolaktin stimulerar mjölkproduktionen och ju mer barnet suger, desto mer mjölk bildas (Åkerblom 2012; Amning)

Oxytocin kallas även "lugn-och ro-hormonet" och produceras i samband med själva amningen. Lugn- och ro-hormonet beskrivs från två olika perspektiv i mitt material. Å ena sidan betonades att oxytocin har en viktig funktion i amningsstunden genom att det gör kvinnan lugn och avslappnad, vilket anses gynna mjölkproduktionen och barnet. Å andra sidan betonades att den ammande kvinnan inte ska utsättas för yttre stress på grund av oxytocinpåslaget. På 1177 står det så här: "Det är bra att ha det så lugnt och rofyllt som möjligt innan man börjar amma"(Åkerblom 2012;Amningsråd). Dahl (2004) menar att amning ofta ses inom sjukvården som oberoende av yttre faktorer och omständigheter. Kvinnors trötthet eller "förvirring" förklaras av att det sker biokemiska processer som händer i kvinnans kropp till följd av graviditet, förlossning och amning. Detta menar Dahl, legitimerar att behandla kvinnor utifrån den grupp dem tillhör snarare än som individer (Dahl 2004: 52-53) En barnmorska på BB berättade för mig att det var viktigt att märka koppen med medicin till mammor som ammar för: - Du kanske har hört talas om amningsförvirring? Hon förklarade att när nyblivna mammor börjar amma så kan dem bli förvirrade av alla hormoner som kommer med att börja amma.

Som vi kommer se senare i texten så likställs amning ofta med bröstmjölksproduktionen vilket resulterar i att amning ses som ett resultat av hormoner. Dessa hormoner är både påverkbara utifrån, inifrån och inte alls. Den biologiska processen som har med hormoner att göra förklaras på olika sätt och i olika sammanhang trycks det på olika aspekter av detta. När kvinnor ses påverkade av hormonerna utifrån så blir resultatet att ammande kvinnor blir behandlade som en

grupp utan inbördes variation.

## Den naturliga maskinen

Emily Martin (1987) är en av dem som menar att kvinnans kropp betraktas som en maskin i medicinska sammanhang. Alison Bartlett menar att texter om amning som riktar sig till ammande kvinnor kan liknas vid en instruktionsbok till en maskin, vilket resulterar i att kroppen i detta sammanhang betraktas som maskinen. Med detta synsätt beskrivs amning som en mekanisk praktik och den kvinnliga kroppen som en maskin eller producent av bröstmjolk. Den mekaniska kroppen förväntas fungera på ett särskilt sätt i relation till amningspraktiken där själva fokus ligger på produkten; Bröstmjölken. Emily Martins resonemang resulterar i att vi kan se hur bröstmjölken separeras från kvinnan i tal om amning. När det t.ex. talas om själva nyttan med amning så är det generellt endast bröstmjölken det talas om. Likt hur Martin resonerar kring att livmodern ses som en maskin som kvinnan själv inte har inflytande över, kan även amning och bröstmjölksproduktionen liknas vid denna metafor. Martin menar att det i en medicinsk kontext produceras två bilder av kvinnan i relation till den reproduktiva kroppen. När det kommer till amningspraktiken kan det istället för livmodern ses som att bröstet är maskinen som producerar en produkt, bröstmjölken. Alternativt kan kvinnan ses som arbetare som producerar en produkt, bröstmjolk. Martin menar att dessa koncept även kan flyta samman och resultera i:

Kvinnan/Arbetaren vars bröst/maskin producerar en bröstmjolk/ produkt (Martin 2001;63). Men vad är då barnet i amningssituationen? Fiona Dykes (2006) menar att barnet kan liknas vid konsumenten. Det är barnet som konsumerar produkten/bröstmjölken. Jag håller delvis med om detta, men samtidigt behandlas barnet också som en del av kvinnans kropp. I texterna som vi såg ovan, särskilts inte barn och mamma. I samma mening utan vidare specificering så pratar man om rätt tag och rätt läge, där ”tag” syftar på barnet och ”läge” på mamman. Barnet är också en tydlig visare på om den kvinnliga produktionen sker som den ska eftersom barnets tillväxt ses i direkt relation till en fungerande amning. Det fanns dock en annan aspekt av amning som även sågs som viktigt, ”hud-mot-hud” kontakten med barnet. Vilket innebar föräldern ska ha barnet mot sin kropp utan kläder emellan. Detta sågs som en mycket viktig del av omvårdnaden av ett nyfött

barn. Detta såg gynna mjölkproduktionen vid amning och underlätta anknytningen mellan förälder och barn (som ansågs mycket viktig). Det framställdes ofta i ganska mekaniska termer även det. Det fanns en särskild betoning på hud-mot-hud principen när man pratade om personer som inte ammade sina barn eftersom det sågs som en självklar del av amning. Därför behövde man betona vikten av att vara hud-mot-hud med sitt barn om man inte ammade. Denna princip kan även ses som ett resultat av att förklara amningspraktiken och kvinnans kropp som maskinella, då t.o.m den fysiska kontakten man förväntas ha med sitt barn betraktas som någonting som behöver vara en ”princip”, och någonting som inte sker utan vårdens påtryckningar.

I en bok riktad till föräldrar som jag fick av BVC står det olika råd till föräldrar om sömn, mat och barns utveckling. I matsektionen inkluderas även information om amning. Ett av avsnitten handlar om att bröstets storlek inte har betydelse för mängden mjölk som mamman kan producera ”Om mjölkens 'behållare' är mindre kan man dock behöva amma lite oftare än om behållaren är större” (Carlbring 2013). Detta är ett exempel på hur kvinnans kropp ses som separata delar som går att skilja från kvinnan själv. Om vi ser bröstet som producenter eller maskiner i enlighet med Martin resonemang, så kan detta ses som ett resultat av detta. Kvinnan/ bröstet producerar produkten/bröstmjölk. Enligt detta resonemang blir produkten det centrala. I ett amningssammanhang behöver man dock se bröstmjölken sammankopplat med barnet som ammas då det är barnet som genom sin viktkurva anses kunna visa om kvinnan har mjölk så det räcker.

Det mekaniska sättet att se på kvinnor och barn framkom även på de överlämningar som skedde mellan olika arbetspassen på BB. Varje morgon inleds med ett möte som består i att man går igenom alla patienter/rum och det som har hänt under natten. Den barnmorskan som har arbetat natt går igenom sina anteckningar inför de som ska ta över. Det kunde låta något i stil med: Rum 21: Han har kissat, och meckat och sugit. Eller Rum 30: Har haft problem med amningen. Hon födde barn igår. Han är sugen och han är ledsen. De gånger jag var närvarande under dessa möten beskrevs både barn och mammor med ganska mekaniska begrepp där kroppen beskrevs i egenskap av dess funktion.

## Bröstmjölken

Långdragna amningstunder med en bebis som inte suger aktivt kan ge problem med amningssituationen. I sin studie om barnmorskor och ammande mammor på sjukhus i England fann Dykes (2006) att många kvinnor såg amningen uteslutande som överföring av näring till barnet: "Women spoke repeatedly about breastfeeding as if it were simply breast milk feeding, a task that involved giving out and, as such, was experienced as demanding" (Dykes 2006; 167). Denna syn på amningen framkommer även i mitt material. Såväl barnmorskor, BVC-personal och texter om amning framhäver amningens betydelse och innebörd främst som bröstmjolk. När vårdpersonalen talade om amningens fördelar så talades det i stora drag om 1) Det är praktiskt för att det är lagom tempererat och är lätt att ha med. Man slipper tänka på att man måste värma och förvara maten 2) Barn som ammar har ofta mindre ont i magen och blir mindre förstoppade 3) Bröstmjölken ger skydd mot sjukdomar eftersom barnet får mammans antikroppar genom bröstmjölken. Det förekom även andra exempel, men dessa var ständigt återkommande. Det som är gemensamt för alla dessa fördelar med amning är att de endast handlar om bröstmjölken fördelar. Även när "de praktiska" fördelarna betonas är det mjölken fördelar som betonas. Amningen reduceras på detta sätt till överföringen av vätska, och ses endast som tillhandahållandet av en (livsviktig) substans (Dykes 2006; 119). När vårdpersonal menade att amning är någonting som det forskas mycket om just nu, var det även då bröstmjölken det refererades till.

Bartlett (2002) skriver att kvinnors upplevelser av att inte ha tillräckligt med mjölk, eller inte ha tillräckligt näringsrik mjölk har uppkommit i samband med den artificiella mjölken framväxt (Bartlett 2002; 375). Medans bröstmjolk är svår att övervaka så kan den artificiella mjölken ske under mycket kontrollerade former (Bartlett 2002;375). Genom att tala om amning som endast överföring av en substans som sker med hjälp av en kropp som liknas vid en maskin kan amning avgränsas på ett tydligt sätt. Eftersom att amningspraktiken inte styrs av ammande personers berättelser eller praktiker utan av generella så osynliggörs kvinnan i amningssituationen.

## 6. Amning som lärandeprocess

I det här avsnittet undersöker jag hur och vad det är man förväntas lära sig när det kommer till amningspraktiken. Den amningsfrämjande policyn vilar på konceptet fri amning, men vad betyder den fria amningsprincipen i praktiken? Fri amning verkar inte betyda att amningen är fri att göra vad man vill med, utan ses snarare som en i förväg bestämd praktik. Jag börjar med att titta på hur fri amning tolkas på olika och ofta motstridiga sätt och hur amningsstunden förväntas vara tydligt avgränsad i tid. Sedan tar jag itu med hur själva amningspraktiken beskrivs i konkreta termer genom att gå igenom vad som anses vara en lyckad amning.

### Fri amning; En tolkad princip

Som tidigare nämnts finns det idag inom svensk sjukvård en uppfattning om att amning bör ske utifrån barnets eget behov. Idealt ska mamman läsa av barnets signaler och ge barnet mat när barnet signalerar om det. Detta är vad som kallas "fri amning" inom sjukvården idag. I praktiken är detta inte så självklart som det kan verka, utan konceptet fri amning tolkas olika på olika sjukhus och även inom vårdinrättningar (Maher 1992; 1). Man kan läsa följande i "En liten handbok" från BB under rubriken amning: "Barnet ska få suga så mycket och länge det vill speciellt i början" (En liten handbok; 5). Den första tiden av amning beskrivs av både barnmorskor och BVC personal som en mycket krävande period. "Nu kommer barnet vilja amma hela tiden" säger en av barnmorskorna på BB vid ett utskrivningssamtal, föräldrarna skrattade och svarade "Han har redan börjat!" Andra beskriver att många ammande kvinnor upplever att deras kroppar är en "napp" den första tiden och att de i princip inte kan göra någonting annat än att amma den första tiden.

[D]et är väldigt stressande att med det här första tiden att amma, amma, amma, amma. Man får absolut inte göra nåt annat. Så många mammor sitter liksom bara där och blir jätteledsna och kommer ingenstans (Anne-Marie, BVC)

Enligt den fria amningsprincipen ska alltså barnet få suga obegränsat på bröstet, men läser man vidare i häftet från BB så verkar det som att det även kan vara dåligt om barnet ammar för länge: "Långdragna amningsstunder kan [...] bero på att barnet har en felaktig sugteknik" (En liten handbok; 5) Om amningen blir långdragen kan detta vara ett resultat av att det är någonting som inte står rätt till med amningen. Som vi kommer se nedan så kan "fel teknik" i sin tur leda till svåra komplikationer som mastit, och mjölkstockning och bröstböld för mamman. Den "fria amningen" verkar alltså inte innebära att barnet får disponera tiden vid bröstet hur som helst. På ett utskrivningssamtal som jag observerade på BB berättar barnmorskan Nina för mamman om amning inför hemgången. Nina berättar att det kan bli väldigt mycket amning nu den första tiden eftersom produktionen är här nere (visar med handen) och barnets behov är här upp (visar långt ovanför med andra handen). Barnet ska ammas så ofta det vill, men säger hon, inte med mer än fyra timmars mellanrum. Skulle barnet sova i mer än fyra timmar i sträck bör man väcka barnet för att amma.

Det verkar alltså finnas olika sätt att se på den fria amningen. Dykes (2006) fann i sin studie att det ofta fanns en oro över när amningsstunden blev utdragen och inte fick ett tydligt slut. Både föräldrar och barnmorskor kände sig mer tillfreds och mer säkra på att allt var som det skulle om amningsstunden var tydligt definierad i tid. Det förväntades också att amningsstunderna skulle vara tidsmässigt regelbundna (Dykes 2006;103) . Amningen verkar även i mitt material betraktas som en handling som utförs (om den utförs rätt) med en tydlig början och ett tydligt slut.

När ett spädbarn får modersmjölksersättning eller utpumpad bröstmjölk verkade man prata om matningarna mer definierade i tid och mängd. En av föräldrarna berättade att när hon pumpade ut bröstmjölk på BB på grund av att hennes bebis inte tog bröstet, så fick hon instruktioner om att pumpa var tredje timme: "Ja jag hade sån, tre timmars grej. Så skulle jag försöka starta upp" (Bea) berättar hon. I BVCs rikshandbok finns även specificerat hur tillmatning bör ske:

<b>Barnets ålder</b>	<b>Mängd/måltid</b>	<b>Antal måltider</b>	<b>Mängd/dygn</b>
7-14 dagar	70-120 ml	5-6	350-500 ml
2-4 veckor	80-150 ml	5-6	400-700 ml
1-2 månader	100-160 ml	5-6	500-800 ml
3-4 månader	120-200 ml	5-6	600-1000 ml
5-6 månader	140-250 ml	4-6	600-1200ml

Bild: Backlund 2014, Rikshandboken/modersmjölksersättning

Trots att det finns en viss variation i mängd som kan individanpassas så är det specificerat hur många matningar per dygn som bör ges. Detta är information riktad till BVC-personal, ovanför tabellen poängteras att alla barn är olika och behöver olika mycket mat. Frågan är varför antalet måltider specificeras i antal måltider om det är barnet som ska styra över måltiderna. På 1177 som riktar sig till föräldrar betonas att man ska följa barnets signaler precis som vid amning, och utgå ifrån när barnet visar sig hungrigt (Åkerblom 2012; Amning).

## En lyckad amning

På 1177 ges följande instruktioner om amningens inledningskede:

- Man kan stimulera barnets sökreflex genom att röra vid kinden med bröstvårtan. Då vänder sig barnet mot bröstet och börjar söka, buffa och böka.
- Sedan lägger man barnets mage mot sin egen. Det viktigaste är att barnets huvud [...] är riktat rakt mot bröstet.
- Bröstvårtan bör vara strax ovanför barnets överläpp och peka i riktning mot barnets näsa. Så småningom är barnet redo och gapar stort. Då kan man föra barnet till bröstet.  
(Åkerblom 2012; Amningsråd)

När det kommer till det praktiska utförandet av amning beskrivs alltså amning i relativt snäva termer. Att amma i "rätt läge" med "rätt teknik" beskrivs både av vårdpersonalen och i amningstexter som viktigt på grund av att det annars kan bli problem med amningen. I "En liten handbok" från BB står det: "Rätt läge och rätt tag om bröstet är de viktigaste faktorerna för att få en lyckad amning" (En liten handbok 2011;4). De tre komponenter för att amningen ska kunna



ske "lyckat" beskrivs vara att utföra amningen med *rätt teknik*, i *rätt läge* (som också ska vara bekvämt) och att barnet har *rätt tag*. Nedan kommer jag att försöka redogöra vad dessa olika områden innebär och hur de beskrivs inom vården.

### *1) Rätt teknik*

Rätt teknik för amning beskrivs av mina informanter som viktig för att undvika komplikationer. Det är också tekniken som betonas som svår att bemästra: "För det är en speciell teknik. Håll så, vänd så, vrid så..inga händer i maten..asså så [visar med händerna]" (Marianne, BVC) I värsta fall anses fel teknik även kunna resultera i att amningen inte fungerar alls i slutändan. Så här står det i Rikshandboken om vilka konsekvenser en felaktig teknik kan innebära:

Felaktig amningsteknik kan ge smärta, såriga bröstvårtor, mjölkstockning, mastit, otillräcklig mjölmängd, utdragna amningar och att barnet ökar dåligt [i vikt]. Därför är det viktigt att informera och visa mamman rätt amningsteknik (Idenstedt 2011; Amning i praktiken).

På 1177 som riktar sig till föräldrarna står det liknande: "Man bör inte låta barnet suga med fel tag eftersom det kan göra att man får såriga bröstvårtor, att det gör ont och att mjölkproduktionen blir sämre"(Åkerblom 2014; Amningsråd). BVC sköterskan Regina sa så här:

Men visst, [felaktiga] amningstekniker kan ju ge mjölkstockning och bröstböld. Visst kan det göra det..att man håller galet..så nån del..det blir inget flöde ut..och så stannar mjölken kvar där..och så blir det ju bara mer och mer och mer"(Regina, BVC)

Rätt teknik betonas ofta i kontrast till fel teknik och vilka problem en felaktig teknik kan orsaka. Genom att beskriva tekniken i negativa termer ger det också en bild av att amningspraktiken är en mycket svår teknik.

### *2) Rätt och bekvämt läge*

En av barnmorskorna på BB poängterade för mig att det är viktigt att sitta "rätt" när man ammar. Ofta sitter man i "fel" ställning sa hon. "- Det är ju en arbetsställning!" Utbrister hon. Därefter visar hon mig hur man ska sitta, stadigt på rumpan, fötterna ner i golvet och rak i ryggen, ungefär så som generella råd brukar vara om man ska sitta "rätt". När vi är inne hos några föräldrar som strax ska åka hem med sitt nyfödda barn, för ett utskrivningssamtal, så visar samma barnmorska mamman hur man ska sitta när man ammar på samma sätt hon tidigare visade mig. Hon poängterar också hur armstöden på stolen sitter helt fel för en ammande kvinna. Man bör inte vila armarna på stöden för då hamnar man i en felaktig position, säger hon. Jag hinner tänka att det är orättvist att möbler inte är mer anpassade för ammande kvinnor om man nu inte ska vila sina armar på armstöden. Men så tänker jag att i en sån där stol satt jag själv aldrig och ammade mitt barn i. En typisk kontorsmöbel, med armstöd i trä och kort ryggstöd. Hur ofta sitter man i en sådan stol och ammar? Dessutom kan man fråga sig hur "bekvämt" man skulle sitta i en sådan om man ska amma konstant den första tiden men inte bör stödja armarna på armstöden? I texthäftet från BB poängteras vikten av att sitta bekvämt när man ammar: "Det viktigaste är att man hittar ett bekvämt läge oavsett om man sitter eller ligger[...]" (En liten handbok 2011; 4)

Läget är med andra ord själva amningsställningen, hur man ska sitta när man ammar. Jag har hört talas om tre olika amningsställningar som en mamma kan amma sitt barn i:

- Sittande position. "I sittande läge är det bra med ett rejält stöd bakom ryggen och att man sitter ganska upprätt. Man bör inte rätta sig efter eventuellt armstöd utan armen ska vara så nära kroppen som möjligt med armbågen i 90 graders vinkel. Barnet ska ligga mage mot mage med huvudet högt upp på mors underarm och näsan i höjd med bröstvårtan. Barnets nedre arm ska hänga fritt ner utmed mors kropp." (En liten handbok 2011;4)
- Liggande position. Liggande position beskrivs som att mamman ligger på sidan med benen uppdragna.
- "Laid back position". Denna amningsposition är en mer tillbakalutad sittande ställning. I texterna som jag läst tas denna position endast upp i barnmorskornas egna strategi om amning, som ett tips för om det är problem med amningen. Det verkade inte framställas

som ett av de vanligare sätten att rekommendera mammor att amma på. Ingen av vårdpersonalen jag talade med tog upp denna ställning.

Man ska dels ha ett "bekvämt" läge, dels "rätt" läge om man vill undvika problem. Ett bekvämt läge beskrivs generellt inte i texterna som en subjektiv upplevelse, utan beskrivs kunna ske utifrån de olika lägen som beskrivits ovan. Man kan se det som att amningspraktiken formuleras med hjälp av dessa tre "lägen" att amma eftersom detta är själva handlingen. Genom att specificera praktiken på detta sätt formuleras också den ammande kroppen. Detta konstruerar en amningspraktik som kan ses som ett statiskt tillstånd. Amningspraktiken framställdes många gånger som en sysselsättning som kräver hela kvinnans uppmärksamhet och kropp. På BVC fick jag höra flera tankar om detta, bland annat menade en av sköterskorna att amning inte var förenligt med att sysselsätta sig med t.ex. mobiltelefoner:

Och det är ett gissel med mobiltelefoner. Frågan är vad det kommer göra i framtiden..när man sitter och ammar och så sitter man och så surfar på nätet samtidigt..så man tittar inte på sitt barn längre..utan man tittar på andra saker..ja, att man inte har blicken där (Regina, BVC)

### *3) Rätt tag*

Rätt tag syftar på barnets tag om bröstet vid amningen. Detta specificeras inte i texten, och det är på flera håll som mor och barn nästan beskrivs som samma person. Sättet som barnet suger framställs vara av stor vikt för en lyckad amning, men också hur länge. Det beskrivs på ett ganska detaljerat sätt barnet bör agera och se ut i amningssituationen: "Vänta in att barnet gapar så stort som möjligt innan det greppar bröstet" (En liten handbok 2011; 3), "Barnets mun skall omsluta större delen av vårtgården med underläppen utåtvikt. Barnet ska jobba med käken och det ska synas vid tinningen att barnet suger. Inga gropar i kinderna eller smackande läte" (Ibid). Vidare står det att om amningen inte ser ut på det beskrivna sättet är det bra att helt börja om. En tydlig indikator på om amningen har varit "lyckad" eller ej är hur bröstvårtan ser ut efter amningen. Är den sned så har bebisen haft ett felaktigt tag, och är den rund har tagit varit som det ska. Detta

informerades tydligt om både muntligt och skriftlig på BB. Amningspraktiken beskrivs många gånger som en mycket svår och komplicerad teknik. Amningen beskrivs som en praktik som behöver tid och kunskap och förväntas endast fungera under väldigt specifika omständigheter. Det är även så att själva aktiviteten hos barnet beskrivs spela en viktig roll:

Om barnet vill fortsätta suga ofta eller om amningsstunden är mycket utdragen är det viktigt att du är observant på att barnet verkligen suger aktivt. Om så inte är fallet kan man försöka hålla igång barnet genom att trycka i handflatan, klia under hakan eller massera lätt under fötterna (En liten handbok 2011; 5)

Är inte barnet av sig själv aktivt i amningssituationen så ska mamman verka för att barnet ska bli det. Att barnet ska vara "aktivt" under amning verkar likställas med att barnet alltså suger på bröstvårtan så att barnet får i sig bröstmjölken. Somnar barnet ifrån ska mamman försöka få barnet att återgå till det aktiva sugandet för att på så sätt upprätthålla amningen. När barnet beskrivs i relation till amningen så är det med mycket generella termer:

När du lägger till barnet till bröstet suger det i början mycket snabbt och intensivt för att stimulera igång utdrivningsreflexen. Då du börjar släppa ifrån dig mjölken avtar intensiteten och barnet sväljer efter varje sugtag. I slutet av amningen sväljer barnet inte lika ofta, kanske bara efter vart fjärde/femte sugtag. (En liten handbok 2011; 5)

Medicinska texter om amning som vänder sig till mammor är utformade och formulerade som om dem vore instruktionsböcker för en maskin eller liknande (Bartlett 2005; 41) Texterna tenderar att förklara kroppen som en fungerande maskin som bara behöver hanteras på rätt sätt för att få den att fungera tillfredsställande (Bartlett 2005; 41)

Amningspraktiken beskrivs på ett mycket detaljerat sätt och den ammande kroppen sätts in i ett sammanhang som verkar begränsande. Foucault pratar om en disciplinering av kroppen som han kallar för en "instrumentell kodning av kroppen" där han menar att genom att på ett detaljerat sätt

formulera hur kroppen ska röra sig i en viss praktik sätts kroppen in i ett sammanhang där den behöver lära sig vissa saker för att uppnå ett visst mål (Foucault 1975;140). Denna maktteknik är ett effektivt sätt att forma och disciplinera kroppen på, eftersom det genom dessa instruktioner formulerar själva kroppen och samtidigt begränsar den. Den amningspraktiken anses vara komplicerad, svår och nästan otillgänglig. Den ammande kroppen sätts in i ett både fysiskt och teoretiskt rum och sammanhang. Genom Foucaults resonemang kan vi förstå den amningsfrämjande verksamheten som en maktteknik som bestämmer hur kroppar ska uppföra sig. Den ammande personen är, som vi kommer se, ganska osynlig i texter och tal om amning, men den fysiska kroppen presenteras och hanteras på särskilda sätt när det kommer till hur amning beskrivs.

## 7. Vänlig maktutövning som produktionsprincip

I detta avsnitt börjar jag med att redogöra för hur rummen där ammande mammor och barn möter sjukvården ser ut genom att belysa detta som en del av en maktteknik som har till uppgift att styra och kontrollera kropparna inuti rummen. Därefter diskuterar jag hur vårdpersonalens förhållningssätt till sitt arbete kan liknas vid en industri eller en produktion där arbetet mäts i effektivitet och resultat. Därefter berättar jag om hur vårdpersonalen står i relation till avläsning av barnets tillväxtkurva och hur denna kurva anses vara en viktig indikator på om amningen fungerar. Avslutningsvis redogör jag kort för hur amningen verkar stå i relation till en press, tvång och bundenhet.

### Rummet

Den amningspraktik som jag undersöker här sker i olika sammanhang och olika rum. Dessa rum handlar enligt Foucault både om en faktiskt fysisk plats och en teoretisk sådan. Hur ett rumsligt sammanhang är organiserat är ett resultat av en maktteknik. Individerna är fast i det rumsliga sammanhang som hon befinner sig i och organiseringen av rummet, och därmed av individerna, är en metod att skaffa sig kunskap behärska och utnyttja. Rummet skapas därmed med en analytiskt mål som kan läsas av med rätt kunskap för att skaffa sig kunskap om de kroppar som befinner sig inom rummets ramar (Foucault 1975; 145).

BB är den plats dit nyförlösta kvinnor kommer med sina nyfödda barn. Den första amningen sker vanligtvis direkt efter förlossning, eller när de sedan kommer till BB-avdelningen för eftervård. Varje patient får ett rum, enskilt eller delat med en annan patient. Avdelningen består av en lång gång, där patienternas rum finns på vänster sida med rumsnummer på varje rum, med undantag

för några rum som har andra syften som exempelvis kontor eller mottagningsrum. På höger sida finns medicinrum, personalrum och det som jag kallar för personalens arbetsrum. Längst ner i korridoren finns också det gemensamma eller allmänna utrymmet, där frukost och mellanmål serveras till patienter. Där finns ett antal bord med stolar och några fåtöljer. Där finns även en TV. Personalens arbetsrum har stora fönster ut mot gången och det är lätt att både se in i rummet och se ut. Jag upplevde rummet ganska mycket som ett "glasrum". Men det var endast halva rummets väggar som bestod av glas. I detta rum finns även datorer, dokument och annan utrustning som personalen använder för deras kontinuerliga dokumentation. Här sker också den "överlämning" som sker vid varje skiftbyte. I detta rum finns en nummervisare eller en klocka som visar vilka rumsnummer som ringt efter personal. Besöken på rummen skedde under tiden jag var där under tre omständigheter: Patienten ringde själv på klockan, barnmorskan hade ett syfte med besöket kanske från tidigare överenskommelse eller av annan anledning, eller att barnmorskan skulle göra ett ankomstsamtal eller utskrivningssamtal. Jag kunde i för det mesta inte skilja på de olika anledningarna vi besökte patienternas rum. Men vissa besök var mer förberedda än andra. Det var också så att personalen inte hade möjlighet att komma genast utan med viss fördröjning, vilket skulle kunna förklarat detta. För personalen gick detta mycket på rutin, så det var därför svårt för mig att förstå när en person hade ringt på klockan eller inte.

Barnvårdscentralen (BVC) har en helt annan rumslig prägel än vad BB har. Det är inte en plats där man befinner sig utan en plats dit man kommer. På den BVC som jag studerat fanns tre sköterskor som satt i var sitt rum belägna efter varandra i en gång. Vänrummet var beläget i mitten och bestod av en mindre soffa, lite leksaker och tidningar. När barn och förälder kommer dit, är det på avtalad tid. Mötena sker kontinuerligt och oftare när bebisen är ny för att glesas ut allt eftersom barnet blir äldre. Själva rummet hos BVC-sköterskan är likt ett läkarundersökningsrum. Ett skrivbord med telefon, dator och liknande där sköterskan har sin arbetsplats. De avtalade tiderna benämns som kontroller.

Dessa rum kan alltså ses som både reella och teoretiska menar Foucault. Reella eftersom det handlar om en fysisk plats, där byggnader och rum planeras utefter ett visst mönster och med

vissa bakomliggande idéer och krav. Men de är också teoretiska eftersom de drivs av värderingar, normer och andra teoretiska föreställningar. Dessa rum fungerar på ett begränsande sätt men är samtidigt inte statiska utan i ständig förändring. Sammanhanget eller rummet tvingar individerna inom det att lyda under disciplinen. Men det sker också i riktning mot snabbare tid och en mer effektiv hållning (Foucault 1975; 150) Dessa två olika fysiska platser är väl organiserade och strukturerade till att uppnå en viss effektivitet och kontroll. Dessa platser är också rum som personer arbetar och man kan anta att dessa personer förväntas utföra sina arbetsuppgifter på ett tidseffektivt och optimalt sätt. Det är enligt Foucault disciplinen. Som skapar sammansatta rum genom att organisera delar till en helhet. Genom att var och en har en specifik och bestämd plats så blir det möjligt att kontrollera delarna och helheten samtidigt (a.a.149)

När jag frågade på BB hur länge föräldrarna stannar efter förlossningen svarade barnmorskorna att föräldrar stannar i snitt 1,8 dagar samtidigt som dem himlade med ögonen. Uppfattningen verkade vara att detta var för kort tid. En barnmorska kom in i personalrummet efter ett samtal med en förälder, suckade högt och sa: -Jag förståår inte varför de ska åka hem så tidigt? Som jag förstod det var detta en uppfattning som delades av många på BB. Idealt sätt menade vårdpersonalen på BB att amningen skulle vara etablerad när mor och barn lämnade BB. Även hos BVC fanns denna uppfattning hos vissa av sköterskorna. En av sköterskorna pratade om tidig hemgång som ett stort problem när det kom till amningen eftersom mjölkproduktionen uppskattas ta ca tre dygn från förlossningen att komma igång ordentligt [källa] Hon menade att eftersom föräldrarna går hem mycket tidigare från BB nu än tidigare innebär det att mer ansvar hamnar på BVC när det kommer till amningen. Detta menade hon hade sina fördelar: "Idag är det nästan lite lättare...att gå in och bryta nånting därför att dom är inte där så länge...[...].Så att..på gott och ont får vi tag på folk tidigt (Marianne, BVC) Hon sa att tidigare när föräldrarna stannade på BB minst en vecka kunde det vara svårare att få trovärdighet som BVC-sköterska om råden skilde sig mellan BB och BVC, eftersom barnmorskorna var de första "experterna" som amman stötte på. Det fanns alltså en viss konkurrens mellan BB och BVC om vem som ägde det som Foucault kallas expertmakten. Det verkade upplevas hos informanterna att det var problematiskt när amningen inte skedde under deras tillsyn hos såväl BB som BVC. BVC-sköterskorna benämner



detta som ett ständigt problem och alla tre sköterskorna pratade om att de upplevde en otillräcklighet i att mammor bara slutade att amma från en vecka till en annan:

Det är ju redan..asså då är det redan för sent. Det är det som oftast är problemet här att ena gången så ammar man..och sen så kommer man två veckor eller en månad senare.. och då har dom slutat..och vi har inte haft en chans å..å hjälpa dem..dem har inte ens hört av sig utan dom har slutat på eget initiativ (Regina, BVC)

Och då säger man att vi ska uppmuntra till att man ska amma..Ja det kan jag ju göra om jag kan få en chans. Men om man kommer från den ena veckan till den andra och säger, nu har jag slutat. Vad ska jag göra åt det då? (Marianne, BVC)

Genom att betrakta rummet på detta sätt, utformat efter vissa principer som ämnar att kontrollera och styra individer, blir rummen en del av den styrningsprocess som konstruerar mammorna som icke vetande objekt. Foucault menar att rummen är utformade för att på ett effektivt sätt gynna de kontrollerande mekanismerna därmed blir vårdpersonalens brist på kontroll över amningen också ett misslyckande för institutionen.

## Produktionen

Dykes (2006) menar att man kan likna barnmorskornas arbete vid produktionslinjen där tidspressande och effektiviserade rutiner präglade barnmorskornas arbetsdag. Dykes liknar BB vid en fabrik eller ett löpande band. I Dykes studie upplevde barnmorskorna att de skulle ”leverera”, och därför upplevdes arbetet som mycket krävande och ensidigt. Dykes menar att samtal mellan barnmorska och patient präglades av denna upplevelse och resulterade i att konversationerna blev mycket ensidiga. Hon menar vidare att arbetet på BB prioriterade institutionens intressen snarare än behoven hos kvinnor och barn (Dykes 2006;168). Mötet med föräldrarna skedde med utgångspunkt i effektivitet och produktivitet och därmed sågs amningen som väldigt tidskrävande (Dykes 2006;113). Agendan i barnmorskans förhållningssätt till mammorna vilar med andra ord på att tillgodose institutionens behov och uppvisa resultat baserat på effektivitet. I ljuset av detta

blir också avläsning och tolkning av resultat väsentliga eftersom resultaten står i centrum. Att se BB-och BVC- personalens handlingar genom Dykes resonemang om produktionslinjen är intressant. Det var vanligt att man refererade till statistik och olika aspekter av amning i termer av procent. Exempel på detta var att på BB refererade till den höga amningsstatistiken när mammorna lämnade BB: "Är det 98 % som ammar när dom går hem från BB. Jag tror det " (Maria, Amningsmottagningen BB). Det var inte ovanligt att vårdpersonalen pratade om ammande föräldrar i termer av procent. Varje informant hade åtminstone någon statistik att presentera för mig och det presenterades ofta som någon typ av resultat som här ovan. Maria fortsatte med att berätta att denna höga siffra indikerar att det inte är på BB som problemet med amning hamnar, utan att det händer senare då amningsfrekvensen går ner. Själva bröstmjölksproduktionen kunde också av viss vårdpersonal refereras till genom siffror och mängd: "Och det är klart, hos vissa kvinnor så är det liksom fullt ös tredje dygnet. Och för andra så är det liksom ja kanske 40 % 50" (Marianne, BVC) Detta sätt att förhålla sig till mammorna bekräftar och reproducerar också iden om kvinnokroppen som en maskin.

På BB som är en del av ett sjukhus var det även inom personalen hierarkiska uppdelningar. Läkare verkade ha tolkningsföreträde och stå högst upp i den "medicinska" hierarkin. Detta blev mycket tydligt när jag fick vara med om en diskussion som skedde mellan barnmorska och läkare som var oense om en procedur gällande ett barn som fått modersmjölksersättning. Barnet hade fått en diagnos enligt ett av de medicinska PM som ligger till grund för när modersmjölksersättning kan ges till nyfödda barn. Barnmorskorna menade att man följde dessa PM bokstavligt. Barnmorskan Karin var upprörd över att läkaren hade ordinerat att barnet att få modersmjölksersättning eftersom hon tyckte att det aktuella PM:et inte stämde med hur diagnosen hade satts. Hon ifrågasatte om barnet verkligen låg över den gräns som krävdes för att få den aktuella diagnosen:

Läkare: *nä..fast det är ju alltid så med dom här gränserna..*

Barnmorskan (BM): *ja men vi följer ju dom lite slaviskt dom här Pm:en.*

Läkare: *Ja, absolut.*

BM: *Ja och jag menar..*

Läkare: *Men PM är ju inte till för att följa slaviskt [...]*

Läkaren berättar vidare för barnmorskan hur detta PM blivit utformat, och hur man (ur ett läkarperspektiv) ser på det: "[...]man..lämnar det till den som rondar att bedöma lite grann..asså hur ser barnet [ut].. asså du får ju ..större spännvidd i det.."

PM:en var alltså för barnmorskorna någonting som de förhöll sig till ordagrant, medan det för läkarna innebar en tolkningsfråga. Detta kan ses vara ett exempel på att sanningen i dessa sammanhang tolkas utifrån hur mycket legitimitet och status man har i den medicinska hierarkin. Som barnmorska bör man hålla sig till de rekommendationer som står skrivna medan man som läkare har större friheter att gå utanför dessa ramar.

I Rikshandboken som är riktad till BVC-personal står det att barnets tillväxtkurva kan ses en bra utgångspunkt för om barnet får i sig den näring barnet behöver (Backlund 2014; Modersmjölksersättning). Denna kurva är ett mått där ett barns längd, vikt och huvudomfång mäts och förs in i ett diagram som i sin tur står i relation till nationella normer (Ekholm 2013; Tillväxtkurvor). Det har blivit viktigare på senare år att varje barn ska bedömas utifrån sina egna förutsättningar och inte efter den nationella normen, men det anses fortfarande vara ett viktigt mätverktyg som används för att kontrollera barnets hälsotillstånd. Flera av BVC-sköterskorna och även några av barnmorskorna pratade om att "ha is i magen" när det kom till barnets tillväxtkurva. Att "ha is i magen" verkade för några av vårdpersonalen vara sammankopplat med yrkeserfarenhet och självförtroende. En BVC-sköterska beskriver det såhär:

Men man måste ha lite is i magen. Och det är naturligtvis erfarenhet. Har man vart med i väldigt många år som jag [...] så kan jag ha is i magen i upp till tre veckor. Om man går upp tio, man går upp tjugo, man går upp tio, går tjugo så. Så kan jag ha is i magen. Men är du nyfärdig, nyutbildad. Så har du inte det. Går du inte upp minst 100 som det står i förordningen så får du NAN [modersmjölksersättning] och sen är det kört (Marianne, BVC).

Mariannes beskrivning antyder att hon genom erfarenhet har möjligt att verka och tänka utanför

"förrordningen" vilket hon verkar övertygad om är nödvändigt för att främja amning i vissa fall. Amningen stod hela tiden i relation till barnets viktkurva som både verkar vara omstridd som mätinstrument men används flitigt av sjukpersonalen för att kontrollera att allt står rätt till med barnet. Kurvan blir resultatet av hur biomakten har överfört livet till uträkningar och siffror. Siffrorna i sin tur blir ett verktyg att kontrollera dels barnet, och om barnet ammas mammans produktion av bröstmjolk. BVC- sköterskan Regina säger t.ex. så här om ett barn som ammas fram tills barnet var 4 år: "[...]och där såg man ju på vikt och längdkurva att det dalade(gör dalande ljud och visar på en nedåtgående rörelse med handen) " (Regina, BVC) En annan BVC sköterska säger såhär:

Det är hela tiden svårt. Om du har ett barn som inte går upp i vikt så är det självklart en stress. Och det är..och då ska vi rekommendera intensivamning. Att dom ska amma amma amma. Visst det är det. Och hur länge..hur länge orkar man ..och hur länge..var går gränsen? Det är jättesvårt. (Anne-Marie, BVC)

Tillväxtkurvorna används som ett verktyg för att kontrollera både barn och mamma. Produktionen på en fabrik är beroende av olika avläsningsmetoder och sätt för att tyda resultat och produktion. Använder man fabriksmetaforen kan tillväxtkurvan betraktas som en sådan kontrollerande avläsningsmekanism.

## Amning till varje pris?

All sjukvårdspersonal som arbetar nära amning ska alltså verka amningsfrämjande. Detta innebär som att prata om amning i första hand och att tala om alternativet, bröstmjölksersättning i andra hand. Många jag talade med inom vården ansåg också personligen att amning var det bästa för det lilla barnet. På BB var detta särskilt vanligt. En barnmorska på BB berättade att hon trodde att världen skulle bli bättre om fler barn ammade. Mina informanter hade dels en hög tilltro till amning och bröstmjolk. Detta sätt att tala om amning inkluderade en syn på att bröstmjölken är unik i sin sammansättning och har särskilda fördelar för barn och mamma. Viss vårdpersonal lyfte

fram fördelar som att bröstmjölken har en positiv påverkan på hjärnans utveckling, medan andra tonade ner den typen av forskning. Inom detta "positiva" sätt att prata om amning sågs det som att alla kvinnor (som nyss fött ett biologiskt barn) *kan* amma bara dem får rätt stöd och rätt information.

Amningen pratades å andra sidan om i termer av att det var mycket krävande och påfrestande att amma. Att bröstmjölksersättning fungerar lika bra som bröstmjölk. Bröstmjölakens fördelar tonades ner. Detta synsätt inkluderade kvinnans egen (negativa) upplevelse av amning i högre grad. På BVC beskrevs i flera av intervjuerna att kvinnor känner sig låsta, ledsna och stressade i amningssituationer. Det betonades att det gör ont att amma och att det är krävande. Det trycktes även på att många kvinnor känner sig tvingade och pressade att amma. Dahl (2004) skriver om att många kvinnor upplever sig pressade till att amma. Dahl ser detta som en del i "naturlighetsdiskursen", en del i synsättet att alla nyblivna mammor förväntas kunna amma bara dem får rätt stöd och hjälp för detta (Dahl 2004; 24). Detta var även någonting som många av de föräldrar jag talade med upplevde. En av mammorna sa att det nästan kändes som att man var tvungen att amma. Många inom vården berättade för mig att de ofta stöter på kvinnor som känner sig rädda för att berätta att de inte vill amma.

Inom detta sätt att tala om amning beskrevs modersmjölksersättningen som ett underlättande verktyg som gynnade amningen och drog ner på press och stress för kvinnan. På BB rekommenderades föräldrarna att köpa hem lite ersättning "i fall att". Ett återkommande uttryck som jag stötte på var "inte amma till varje pris". De flesta som jag talade med om amning yttrade detta på ett mer eller mindre explicit sätt:

[D]et är inte amning till varje pris! [Paus] Amning är jätte bra men det kan inte va, till varje pris. Och där kan det ju alltid bli diskussioner kring det..”(Regina, BVC).

För mig är det viktigaste anknytning..inte amning. Så att det förmedlar jag[...]Jag tycker att man ska välja så att man mår bäst” (Gudrun, MVC).

[D]et måste vara en fungerande situation för hela familjen liksom..det kan inte bara vara att man ska amma till varje pris liksom”( Maria, Amningsmottagningen BB).

Det var som att det förelåg en motsättning i att amma. Jag funderade mycket kring detta, och undrade vad detta egentligen berättar. Jag upplevde dessa uttalanden som försök att ge kvinnor mer agens och försöka öppna upp för valmöjligheter så att kvinnan själv ska få bestämma över sin amningssituation. Som jag ser det hjälper denna inställning till att skapa och reproducera en bild av amning som en mycket svår och komplicerad och jobbig praktik. Jag vill därför hävda att vårdpersonalens "välmening" i detta fall bidrar till att reproducera bilden av att amning är svårt och otillgängligt.

## 8. Experter och kunskapsföreträdare

I detta avsnitt avser jag att titta närmare på vem som anses ha kunskap om amning och vem som inte har det. Vem är det som äger sanningen om amningen? Jag börjar med att diskutera hur Åsa Bartholdssons begrepp "medvetandearrangemang" samt "vänlig maktutövning" kan appliceras på mitt material. Jag frågar mig hur vårdpersonal och ammande mammor står i relation till varandra när det kommer till kunskap och vetande om amning. Här beskriver jag hur många inom vården upplever och är medvetna om att det finns en maktrelation mellan mamma och vårdpersonal. Avsnittet därefter fokuseras på att de ammande kvinnorna betraktas som icke-vetande objekt. Mammorna ses som för påverkade av hormoner och annat för att ta till sig kunskap om amning, och detta beskrivs som en återvändsgränd från vårdens sida. En ekvation utan lösning. Avslutningsvis ger jag exempel på hur föräldrarna själva ser på kunskapsbristen.

### Arrangemanget

Bartholdsson skriver att "[...] Vissa aktörer antas äga den kunskap, det vetande, det förnuft, den status som legitimerar 'sanning' "(Bartholdsson 2007;31). Den "vänliga maktutövningen" förutsätter en viss kunskap om situationen, både från den som har möjlighet och förmåga att styra, men även från den som blir styrd. Detta kan ses som en typ av överenskommelse, ett "medvetandearrangemang" menar Bartholdsson. För att makt ska kunna utövas krävs det alltså en kunskap om vem som besitter den "sanna" kunskapen om någonting. Dessa personer ges legitimitet att avgöra vad som är sant eller inte. Genom detta ges möjligheten att styra sammanhanget (Bartholdsson 2007; 32). Att amningspraktiken målas upp i negativa termer som svår , otillgänglig och krävande kan ses som ett sätt att betona att mamman behöver lära sig att amma av *rätt* person med *rätt* kunskap. Detta blir ett sätt att legitimera den rätta kunskapen om amning en del av den expertmakt som Foucault pratar om. Det blir också nödvändigt i och med detta att någon annan än mamman själv ska lära ut denna praktik samt har kunskapen för att göra detta.

Den amningsfrämjande policyn existerar i egenskap av välmening, men det är en policy som uttalat syftar till att styra kvinnors ”val”. Kunskap och utbildning om amning ses som viktigt och även avgörande för att kvinnor ska ”välja” att amma. Sjukvårdens uppgift när det kommer till amningsfrämjande är att ge kvinnor den kunskap de behöver för att göra det ”rätta” valet; att amma (Bartlett 2006; 170).

Genom detta synsätt kan vi också se hur BVC-sköterskor och BB-personal och andra barnmorskor står i relation till de mammor som dem möter.

Genom att betrakta amningspraktiken ur ett biomaktperspektiv så blir amningsrestriktioner och amningsinstruktioner ett resultat av en maktteknik som ämnar att vårda livet. Med en välvilja och vård som utgångspunkt. Det är också som Bartholdsson skriver vissa personer som anses besitta kunskapen och sanningen. Med detta förvaltande kommer restriktioner för hur man på bästa sätt tar hand om livet. Att lära ut amning verkade vara betydligt mycket svårare i praktiken än vad som berättats teoretiskt för mig. Detta blev tydligt när en barnmorska hjälpte en mamma som hade problem med att få till en fungerande amning.

Jag och den barnmorska som jag går bredvid för dagen, Karin, går in i en patients rum. Det nyfödda barnet har tidigare fått modersmjölksersättning och hade problem med att komma igång med amningen. Detta hade diskuterats med kollegor tidigare under morgonen. Mamman ville åka hem direkt efter förlossningen, men en medicinsk bedömning hade gjorts och det hade beslutats att mamma och barn skulle stanna kvar på BB, åtminstone något dygn. Barnet skriker när vi kommer in i rummet. Mamman ser förvånansvärt lugn ut för att ha en skrikande bebis i famnen.

Barnmorskan (BM) Karin: *Men han ser ju ut som han vill suga.* [Barnmorskan härmar barnets grimaser]

Mamman: [instämmande] *Ja, hela tiden*

Karin (BM): *Vill du att jag ska försöka hjälpa dig lite?*

Mamma: *Mmm*



Karin tar undan barnets armar

Karin (BM): *Vi gör såhär så han inte stoppar fingrarna i munnen....Om du sätter dig lite mera..* [Försöker få mamman att sitta mer upprätt]

Barnet skriker högt hela tiden. Karin försöker visa mamman med armarna hur hon ska hålla barnet. Hon formar mammans armar men det fungerar inte riktigt. Barnet fortsätter skrika.

Karin (BM): *Han [barnet] gör såhär med händerna [buffar på bröstet] Dom använder händerna för att mjölka med.*

Barnets tystnar lite

Karin (BM): *Om du formar till den [bröstvårtan] lite.. om du stimulerar den lite, så kan du forma till den lite.* [Barnet har lugnat sig lite mer, men är ändå missnöjt låter det som och barnet tar fortfarande inte tag om bröstet för att amma.]

Karin (BM): *Är det okej om jag tar lite?* [Syftar på kvinnans bröst]

Mamma: *Mmm*

Karin (BM):*För han vill, man ser att han vill.*

Karin tar och för samman barnet med bröstet och barnet tar tag och börjar suga på bröstet. Det blir tyst i rummet. Man hör att barnet blir andfådd och har ansträngd andning. Och Karin påpekar detta. Hon förklarar att när barn tar sitt första andetag kan dom få med lite fostervatten och då bli rossliga i luftrören. Mamman tittar lite nöjt på barnet som fortsatt suga och ler lite.

Mamman: *Det kanske var det han ville.*

Karin (BM): *Han suger jätteduktigt, ni är jätteduktiga båda två.*

Mamman ler nöjt. När vi kommer ut ur rummet summerar barnmorskan situationen för mig.

Karin (BM): *Nu fick jag ju hjälpa henne lite, ehm...det ska man ju egentligen inte göra..men det var lite svårt. Man måste fråga mamman också..får man..för ibland...du vet man har lämnat ut sig totalt på förlossningen...Men det gick bra..*

De flesta jag talade med av vårdpersonalen hade tankar om maktrelationen gentemot ammande

mammor. Många av informanterna (främst inom BVC och amningsmottagning) menade att det var ganska vanligt att mammor nästan ville ha ordinerat av sjukvårdspersonalen att sluta amma. Detta upplevde många som en svår position att hantera:

Ja, alltså det är jätte svårt. Vi har ju det som vi ska säga. [...] [D]et beror ju på hur mycket tillåter man liksom att berätta, hur mycket kan du berätta utan att du får nån skuld [...] för det du säger. Jag menar [...] man kanske inte vill amma. Då måste man kunna respektera det. Och liksom det är hela tiden det här om hur mycket mamman själv ska bestämma och jag tycker absolut att man måste..att det måste man kunna bestämma själv. Sen är jag kanske alldeles för feg. När dom säger att dom inte vill och tycker det är jobbigt. Så kanske jag [borde] stå på å säga: Jo det ska du göra! För jag har absolut haft nån mamma som tyckte att hon hade det jättejobbigt och hon orkade inte amma..utan hon tog ersättning. Och sen mådde hon ju bättre och sen frågade hon ju mig varför sa du inte till mig mer jag skulle stått på dig mer och sagt till mig: fortsatt fortsatt fortsatt. Och det gjorde inte jag [...] Och sen finns det dom som tycker det är jättejobbigt och tyckte det var så skönt när jag sa: Nä men ta ersättning för då la jag skulden ifrån henne till mig. Istället för..då var det jag som sa det. [...] [M]en det är svårt. Det är jättesvårt. (Anne- Marie, BVC)

På amningsmottagningen berättade barnmorskan om liknande förhållande: ”Det är ju alltid ett ställningstagande om det är nån som..vad ska man säga..ha ett godkännande från mig att sluta amma” (Maria, Amningsmottagningen BB) När Bartholdsson (2007) diskuterar vänlig maktutövning menar hon att vetande är en del av det som gör det möjligt att utöva makt. Den som anses ha legitimitet och gör anspråk på sanningen befinner sig även i en position som gör det möjligt att utöva makt. Foucault menar att kunskap och makt är beroende av varandra och oskiljaktiga (Nilsson 2008; 84-85). Relationen mellan vård och patient när det kommer till amning är generellt att patienterna saknar kunskap om amning.

## Ensidiga konversationer

På BB var mammorna mycket passiva i sitt förhållningssätt till barnmorskan. Det var barnmorskan som pratade, föräldern svarade ja, nej eller gav mycket korta svar på frågor. Mammorna ställde inte heller egna frågor i någon stor utsträckning. Dykes (2006) har gjort liknande observationer. Samtal mellan barnmorska och patient var en i stort sett en ensidig konversation. Dykes beskriver att samtalen mellan barnmorska och förälder skedde likt en monolog utifrån vad barnmorskan hade att säga. Denna typ av samtal menar Dykes hade en i förväg bestämd struktur och tydlig agenda (Dykes 2006; 132) Alla samtal såg inte likadana ut och var inte lika ensidiga som jag observerade, men i stort sett så var det endast barnmorskan som talade. Även i utskrivningssamtalen som skulle vara av mer omfattande grad, var föräldrarna passiva och tystlåtna. Flera av dem var tillmötesgående och medhållande, ibland också tacksamma, men hade väldigt få eller inga frågor. En nybliven mamma uttryckte stor tacksamhet inför all information hon fick kring amning av barnmorskan under utskrivningssamtalet. Andra föräldrar sa i stort sett ingenting, utan nickade bara när det krävdes. I alla fall jag observerade agerade föräldrarna oavsett förhållningssätt som mottagare av information och barnmorskan var den bidragande i samtalet. Detta gällde även de föräldrar som hade tidigare erfarenhet av amning. Ett exempel på hur den ensidiga kommunikationen kunde betraktas av barnmorskorna själva var när Alexandra berättade hur hon såg det hon berättat för mig under dagen. Hon tipsade om olika dokument som jag kunde läsa om amning och menade att den information som hon vidarebefordrat till mig hade jag lika gärna kunna läsa mig till. Jag tolkade detta som att hon såg sig själv som en direkt återberättare av de dokument som styrde den amningsfrämjande verksamheten. Om detta var ett vanligt sätt att se på barnmorskans roll vet jag inte, men detta förhållningssätt skulle kunna vara en av flera möjliga förklaringar att samtalen mellan barnmorska och patient var så ensidiga i sin form.

Bartlett (2006) menar att kvinnor ofta blir framställda som problematiska och oförutsägbara i relation till amning, och ses inte som vetande subjekt. Kvinnor anses behöva få kunskap om amning av sjukvårdspersonalen och förväntas inte ha kunskap om amning. Mammor anses i hög

grad behöva få kunskap och utbildning om amning. Att nyblivna föräldrar saknar den kunskap som behövs verkar enligt mitt material även innefatta hur man ger bröstmjölk ersättning:

Vi ger ju ersättning till bebisarna och vi rekommenderar ju ersättning här [på BB], det måste vi ju göra. Och att..men att det är den vägen det ska komma. Man vill ju liksom undvika att föräldrarna själva går och köper ersättning utan att ha rådfrågat någon personal, dels för att det kanske inte behövs. Det kanske är helt onödigt. Eller att..dom ger det på fel sätt (Maria, Amningsmottagningen BB).

Att amningspraktiken målas upp i negativa termer som svår , otillgänglig och krävande kan ses som ett sätt att betona att mamman behöver lära sig att amma av *rätt* person med *rätt* kunskap. Detta blir ett sätt att legitimera den rätta kunskapen om amning en del av den expertmakt som Foucault pratar om. Det blir också nödvändigt i och med detta att någon annan än mamman själv ska lära ut denna praktik samt ha kunskapen för att göra detta.

## Mammornas brist på kunskap

Mammorna sågs alltså generellt ha en stor brist på kunskap om hur amning fungerade. Vilket sågs som ett stort problem. Mammor var också dåligt informerade om att det kunde vara jobbigt att amma, eller upplevas som krävande och hur ofta man skulle amma. Mammorna sågs ha kunskapsbrist när det kom till allting som hade med amning att göra. De tre BVC-sköterskor som jag intervjuade hade en uttalad ambition att lyssna och känna in föräldrarnas önskemål och behov. Det hade likaså personalen på BB. Ett av de största påtalade problemen var att mammorna ansågs ha lite eller ingen kunskap om amning. En av BVC-sköterskorna säger såhär: Men ibland vet jag inte om man e..rätt informerad från början..om att det e..hur det faktiskt e..(Regina, BVC) Den vanligaste förklaringen till mammors brist på kunskap var att när sjukvården informerar om amning, vanligtvis mot slutet av graviditeten så kan inte föräldrarna ta till sig informationen:

Jag har amning där och jag har amning[...] här och trots det så säger [de] att när [de]

kommer till KK[förlossningen] att [de] inte har fått någon information och då är det det som vi har vetat i alla år. Att, man får information men man tar inte emot det. Allt som har med efter förlossningen att göra, allt man får veta innan förlossningen det har man sållat bort. För jag vet ju själv hur jag lägger upp det och vilken information jag ger och..ja..så så är det (Gudrun, MVC).

BVC-sköterskan Regina säger liknande:

[...] Många säger..att amningen inte [är] vad dom hade förväntat sig riktigt. Sen är det ju så att..för det vet vi..att när man är på..mödravården..och dom har information och så, så kan dom säkert klart prata sig blåa om amning men i huvudet på mamma och pappa är det bara förlossning..det är bara förlossning för hela slanten..och det är bara det som gäller (Regina, BVC).

BVC- sköterskan Anne-Marie berättar att hon har försökt att förändra det hon ansett vara bristfälligt genom att referera till sina egna erfarenheter om amning under föräldrautbildningen:

Mödravården har ju föräldragrupper, och tidigare har vi varit med där sista gången dom har haft sin föräldragrupp innan förlossningen, så har vi vart med och pratat lite om BVC och den första tiden här och då brukade jag prata om att jag tyckte att det var jobbigt med amningen i början. Men då tyckte barnmorskorna att det ska vi inte prata om nu, för nu är det bara förlossningen som ska vara i fokus. Det andra kommer sen. För jag hade tänkt att man skulle kunna prata lite om det redan innan, så man vet..att man är inställd på att det kanske inte alltid är så jättelätt, att det kan vara jobbigt att amma, men det tyckte inte dom för dom menade att dom är inte mottaglig för den informationen. Så vi har haft lite olika..så.. vad man kan göra (Anne-Marie, BVC).

Vårdpersonalen beskrev generellt att kvinnor upplever råd om amning och flaskmatning som motsägelsefulla och i informationsbroschyren på BB inleds texten om amning så här:

I informationen om amning får du höra en hel del ord och begrepp som både kan upprepas och ibland låta som varandras motsats. Detta kan delvis bero på att personalen kan formulera sig lite olika men också på grund av att amningen är en process (En liten handbok 2011: 14)

Detta var ett återkommande resonemang bland BB-personal och även på amningsmottagningen som var beläget på BB. Barnmorskan på amningsmottagningen sa såhär:

Men jag tror att mammor ofta..har det den uppfattningen att dom får många olika råd som är motstridiga. För det kan ju bara vara som så här på BB. Att första dygnet så är det inte så viktigt att bebisen suger om dom inte vill. För det får dom lov att ta igen sig och sova och sådär. Men sen nästa dygn så ska dom börja suga. Regelbundet. För annars så..kanske dom helt enkelt glömmer bort att dom ska äta. Och då kan dom bli trötta och slöa och sjunka i blodsocker..och då kan det bli lite stor apparat nästa dygn..Jo nu måste dom suga och har man då kanske inte informerat på rätt sätt så uppfattar föräldrarna liksom som..ena dagen behöver dom inte suga och andra dagen så ska dom suga och alltså såhär va..det är ju beroende på hur man ger informationen (Maria, Amningsmottagningen BB)

Bartlett (2005) menar att information som riktar sig till mammor vilar på en uppfattning om att kvinnorna befinner sig i ett tillstånd som styrs av känslor och hormonpåslag. Detta menar Bartlett är ett arv från Descartes medicinska vetenskap om endokrinologi. Hon liknar iden om att kvinnor blir förvirrade osv. av hormoner vid folklöre. Kvinnor föreställs vara irrationella och ovetande läsare av information (Bartlett 2005; 50) Lösningen på informationsbristen hos mammorna såg oftast vara mer och bättre utbildning. Detta kan ses som att inom den rådande diskursen bekräftar vem som anses äga kunskap om amning, och att denna kunskap förmedlas genom att föräldrarna är mottagare. Bartlett skriver att det är en vanlig föreställning att kvinnor behöver kunskap om amning för att kunna göra det val dem förväntas göra; alltså att amma. Detta känns igen i de texter vi läste från exempelvis socialstyrelsen som hävdade att det är avgörande med stöd och kunskap

från vården för att kvinnor ska välja att amma. Att förse mammor med information, instruktioner och restriktioner om amning ses som en avgörande del i att kvinnor väljer att amma.

## Föräldrar om kunskapsbristen

De föräldrar jag pratade med, som vid det tillfället hade ca 3-7 månader gamla bebisar var mycket konfunderade över denna situation av okunskap som de upplevde i samband med deras barns födelse. De pratade dels om att sjukvården inte informerade om amning, och dels att deras egna föräldrar inte berättat om sina egna amningsproblem. Så här lät det bland annat när vi kom in på detta:

*Camilla: Ja det tycker jag är lite märkligt också just med det här med föräldrautbildning och att man gick till mödravården innan man fick barn och man ska andas och hitan och dittan om hur det var att va gravid. Men inte en tillstymmelse till information till hur det är efteråt. Och jag som då inte har några syskon heller är ju totalt blank liksom.*

*Elsa: Ja men dom som informerar om det har sagt: Ja men spelar ingen roll om vi informerar om det för ni kommer inte kunna ta in det. Utan ni tänker bara fram till förlossningen.*

*Disa: Ja men samtidigt så..hör man det den gången så kanske man kommer ihåg det lite.*

*Bea: Men det är rätt intressant det här vad man fick höra i efterhand. Då fick man ju höra..min mamma berätta[de] för mig; Men du kunde bara amma i två tre veckor, sen kunde inte du heller för du sög inte ordentligt så det kom ingen mjölk! - Kunde du inte sagt det INNAN!*

*Camilla: Så var det med min mamma också; Ja men jag ammade dig bara i tre fyra månader sen gick det inte mer..*

*Bea: Ja! Ja men det kanske är sådan information som du kan dela med dig av innan. Så att man inte känner att det kanske inte går för alla! Jag har trott att jag har vart ett amningsbarn!*

*Elsa: Jag tycker liksom att hela vägen..man får inte den informationen liksom[...][N]ågonstans på vägen borde man få veta liksom.*

Det är många med mig som anser att detta borde forskas mer om kvinnors egna upplevelser av amning. Jag har fokuserat på vårdpersonalen på grund av att jag varit intresserad av hur kunskap och information om amning konstrueras och förmedlas från vårdens sida. Men jag tycker att det ger ett intressant perspektiv på hur ammande (eller icke ammande) kvinnor betraktas inom vården. Många inom sjukvården hävdade att kvinnorna inte var förmögna att ta in kunskap och information om amning vilket resulterar i att sanningen om amningen kan ägas av sjukvården utan att bli ifrågasatt om inte kvinnornas egna upplevelser och perspektiv blir synliga.



## 9. Sammanfattande reflektioner

Den nya kroppen har olika förväntningar på sig när det kommer till amning. Den förväntas inte bara producera bröstmjolk utan även bete sig på vissa specifika sätt. Kroppen ska sitta rätt och föra sig rätt annars kan det få förödande konsekvenser. Amning på rätt sätt ställs i kontrast till vilka problem som kan uppkomma om man utför amningen på fel sätt. De konsekvenser en felaktig amning kan föra med sig kan både vara amningsproblem som inflammationer och smärta som är förankrat i kvinnans kropp, men beskrivs även kunna resultera i att barnet inte får i sig tillräckligt med mat och därmed påverkar det tillväxten. Detta blir ett effektivt sätt att styra amningspraktiken. Amningspraktiken betraktas som en mycket komplicerad företeelse, samtidigt som den ses som mycket enkel. Å ena sidan så betraktas det som en lärandeprocess eller ett arbete som avgränsas genom de olika instruktioner och restriktioner, å andra sidan beskrivs amningen i relation till bröstmjolk, naturlighet och biologi. Instruktioner och råd ges formuleras som välmening att förhindra problem med kroppen, och på detta sätt konstrueras amningspraktiken till definierad praktik som är möjlig att lära sig (för mammorna) och lära ut (för vårdpersonalen). Detta förhållningssätt innebär att vissa personer innehar tolkningsföreträde på vad amning är och hur den bör utföras. Dessa personer är inte de ammande föräldrarna.

Att verka amningsfrämjande inom vården är enligt dem själva att tala om amning i första hand, modersmjölksersättning i andra hand. Men det är också att utgå ifrån att alla kan amma vilket många inom vården inte håller med om. Om kroppen betraktas som en maskin inom vården, så kan denna maskin vara både fungerande och inte. Amning ska utifrån den amningsfrämjande policyn framställas som det bästa valet men många inom vårdpersonalen som jag talat med hävdade att man bör gå bort ifrån den "gamla" iden om att kvinnor bara "kan" amma och snarare se amningen som en lärandeprocess eller ett arbete. Detta i sig blir en motsättning som vårdpersonalen hela tiden förhåller sig till.

Att se amningen som naturligt kopplades samman med att se mammorna som passiva objekt medan jag fick intryck av att amning är en process eller ett arbete kopplades ihop med att ge

mammorna agens. Det ansågs som gynnande för amningen att betrakta den som ett arbete snarare än som naturlig. Genom att se amning som en lärandeprocess, möjliggör att amningen kan avgränsas som praktik som möjlig att "lära sig" och "lära ut". Detta i sin tur gör att amningen måste "vara" någonting. Den ammande kroppen ses i det sammanhang som jag undersökt som en stillasittande kropp som endast har en uppgift, att amma. Det finns ingenstans att läsa att man skulle kunna göra någonting under tiden man ammar. De enda "amningsställningar" som talas om är sittande, eller liggande på sidan. I undantagsfall kan man även använda sig av "laid back position". Under amningen bör det kännas bekvämt och behagligt och mamman bör fokusera på barnet och gärna sitta i lugn och ro. All sjukvårdspersonal jag talat med betonar att det i början kommer att vara väldigt mycket ammande. Ofta varje timme. För att förstå vad detta faktiskt betyder i praktiken skulle jag behöva prata med fler nyblivna föräldrar, men många av BVC-sköterskorna beskriver att mammorna som ammar den första tiden ofta har det väldigt svårt. Många av föräldrarna som jag talade med verkade använda bröstmjölksersättning som ett sätt att göra sin vardag mer flexibel.

Att amning ses som en hälsofråga och kan tolkas som ett resultat av biomaktens styrningsprinciper eftersom amningen som fenomen och praktik formuleras utifrån en medicinsk sanning och utgår ifrån hälsa på befolkningsnivå. Amning betraktas inte som en angelägenhet som endast angår en mamma som ammar sitt barn, amning är en fråga som ses beröra hela mänskligheten. Som en av barnmorskorna sa: Jag tror att om fler mammor ammade skulle vi få en bättre värld.

## Källförteckning:

- Balsamo, Franca et.al (1992) Production and Pleasure: Research on Breastfeeding in Turin i *The anthropology of breastfeeding; Natural Law or Social Construct*. Berg Publishers Limited
- Balsamo, Anne (1996) *Technologies of the gendered body: Reading cyborg women*. Duke university Press
- Bartlett, Alison 2002 Breastfeeding as headwork: Corporeal feminism and meanings for breastfeeding. *Women's studies International Forum*, Vol.25, No 3, pp 373-382.
- Bartlett, Alison 2005 *Breastwork; Rethinking Breastfeeding*. UNSW Press. South Wales Australia.
- Bartholdsson, Åsa (2007) *Med facit i hand: normalitet, elevskap och vänlig maktutövning i två svenska skolor*. Stockholm; Socialantropologiska institutionen, Stockholms universitet
- Dahl, Lena 2004 *Amningspraktikens villkor; En intervjustudie av en grupp kvinnors föreställningar om förväntningar på och erfarenheter av amning*. Acta universitatis Gotheoburgensis
- Davies, Aull Charlotte (1999) *Reflexive Ethnography; A guide to researching selves and others*. London/ New York. Routledge
- Dykes, Fiona (2006) *Breastfeeding in hospital; Mothers, Midwives and the production line*. London/ New York. Routledge.
- Gold, R.L (1958) *Roles in sociological field observations*, *Social forces* 36: 217-23
- Maher, Vanessa (1992) Breastfeeding in a cross-cultural Perspective:Paradoxes and Proposals i *The anthropology of breastfeeding; Natural Law or Social Construct*. Berg Publishers Limited
- Martin, Emily (1987, 2001) *The Woman in the Body; A cultural Analysis of Reproduction*. Boston. Beacon Press.
- Nilsson, Roddy 2008. *Foucault; En introduktion*. Malmö. Egalite.
- Foucault, Michel (1975, 2009) *Övervakning och straff*. Arkiv förlag
- Focault, Michel (1976, 2002) *Sexualitetens historia*. Band 1. Viljan att veta. Daidalos
- Kvist, Stina. J, (2006) ”*Care and treatment of women with inflammatory symptoms of the breast during lactation.*” Avhandling, Karlstads universitet

Gleaser, Andreas (2008) "An ontology for the ethnographic analysis of social processes: Extending the extended-case method" i *The Manchester School: Practice and Ethnographic Praxis in Anthropology*. Edited by Evens, T.M.S & Handelman, Don. New York, Oxford. Berghan Books.

Van Esterik, Penny (2002) Contemporary Trends in Infant Feeding Research. *Annu. Rev. Anthropol.* 2002. 31: 257-78

### **Rapporter:**

Socialstyrelsen (2013), "Amnings och föräldrars rökvanor, Barn födda 2011", Sveriges officiella statistik, statistik-hälsa och sjukvård, publiceringsår 2013

### **Webbkällor:**

Backlund, Julia (2014) Modersmjölksersättning i *Rikshandboken*. Barnhälsovården, Borås <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Barn-som-inte-ammas/Modersmjolksersattning/>

Ekholm, Leif (2013) Tillväxtkurvor och BMI på BVC i *Rikshandboken*. Barnhälsovården, Örebro <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Barns-tillvaxt-0-6-ar/Tillvaxtkurvor-och-BMI-pa-BVC/> (2014-08-21)

Ekholm, Leif (2013) Bedömning av barns tillväxt 0-6 år i *Rikshandboken*. Barnhälsovården, Örebro <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Barns-tillvaxt-0-6-ar/Bedomning-av-barns-tillvaxt-pa-BVC/> (2014-08-21)

Idenstedt, Ulla (2011) Amning i praktiken i *Rikshandboken*. Barnhälsovård Nord. Stockholm. <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Amningsteknik/Amning-i-praktiken/> (2014-08-21)

Idenstedt, Ulla (2011) Amning-Inledning i *Rikshandboken*. Barnhälsovård Nord. Stockholm. Nord. <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Amning/Inledning/> (2014-08-21)

Idenstedt, Ulla (2011) BVC-sköterskans roll vid amning i *Rikshandboken*. Barnhälsovård Nord, Stockholm. <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/BVC-skoterskans-roll-vid-amning/BVC-sjukskoterskan-stalls-infor-olika-situationer/> (2014-08-21)

Idenstedt, Ulla (2012) Dokument som skydd för amningen i *Rikshandboken*. Barnhälsovård Nord. Stockholm. Nord, <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Amning/Dokument-som-skydd-for-amningen/> (2014-08-21)

Idenstedt, Ulla (2012) Tio steg för en lyckad amning i *Rikshandboken*. Barnhälsovård Nord. Stockholm. Nord. <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Amning/Tio-steg-for-lyckad-amning/> (2014-08-21)

Åkerblom, Elin (2012) *Amning*. Stockholm <http://www.1177.se/Skane/Tema/Barn-och-foraldrar/Mat-somn-och-praktiska-rad/Mat-och-naring/Amning/> (2014-08-21)

Åkerblom ,Elin (2012) *Amningsråd*. Stockholm  
<http://www.1177.se/Skane/Tema/Egenvard/Amning/Amningsrad/> (2014-08-21)

URL 1: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en/> (2014-08-22)

URL 2: [http://www.unicef.org/nutrition/index\\_24824.html](http://www.unicef.org/nutrition/index_24824.html) (2014-08-22)

**Informationsmaterial:**

Carlbring Bardell, Sussanne (2013) Red. *Leva med barn*. Gothia fortbildning.

Helsingborgs lasarets ”Amningsstrategi ”(2014)

Helsingborgs lasarett (2011) ”En liten handbok”. Region Skåne

# Bilaga

## Tio steg till lyckad amning:

1. En skriven amningsstrategi/handlingsplan som rutinmässigt delges all hälsopersonal.
2. Undervisa all berörd personal i nödvändig kunskap för att genomföra denna handlingsplan.
3. Informera alla gravida och nyblivna mammor om fördelarna med amning och hur man upprätthåller amningen.
4. Uppmuntra och stödja mammor att börja amma sitt nyfödda barn vid barnets första vakenhetsperiod, vilket vanligen sker inom två timmar.
5. Visa mammor hur de ska amma och upprätthålla amningen även om de måste vara åtskilda från sina barn.
6. Nyfödda barn ska inte ges mat och dryck utöver modersmjölk, såvida det inte är medicinskt indicerat.
7. Praktisera samvård, tillåta mammor och barn att vistas tillsammans dygnet runt.
8. Uppmuntra fri amning.
9. Ge inte nappar till ammande spädbarn, varken sug- eller dinappar.
10. Uppmuntra bildandet av amningshjälpsgrupper och sedvanlig kontakt med barnhälsovården genom att hänvisa mammorna till dem vid utskrivningen från sjukhuset/kliniken. (Idenstedt 2012; Tio steg till en lyckad amning)