



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

## BHV – sjuksköterskans erfarenheter av amningsrådgivning på barnavårdscentral

- En intervjustudie

## The child health centre nurse experiences of providing breastfeeding support at child health care centre

- An interview study

Författare: Fatbardha Hasaj och Malin Karlsson

Handledare: Irén Tiberg

Magisteruppsats

Hösten 2019

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa  
Box 157, 221 00 LUND

## Abstrakt.

**Bakgrund:** I Sverige har amningsfrekvensen sjunkit enligt statistiken. För en del kvinnor kommer amningen igång helt okomplicerat medan för andra kan det bli mer problematiskt. Vad sjuksköterskan har för inställning i relation till amning spelar en betydande roll för hur stöd ges och hur det upplevs. **Syftet** med studien var att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av och syn på amningsrådgivning inom barnhälsovården. **Metod:** En kvalitativ studie genomfördes med tio sjuksköterskor inom barnhälsovården i nordvästra Skåne. En kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats användes och resulterade i att två kategorier och sex underkategorier framkom i studien. **Resultat:** I kategorin *Viktigt att arbeta främjande i amningsrådgivningen* framkom det att BHV-sjuksköterskorna hade erfarenheter av att de hade en viktig roll i arbetet med amning i att stödja och motivera mammorna till att lita på den egna förmågan. I kategorin *Svårt och tidskrävande med amningsrådgivning* framkom det att tidiga hemgångar från BB ledde till att amningsrådgivningen fick läggas på en mer grundläggande nivå vilket tog mer tid för BHV-sjuksköterskorna. Ibland kunde en känsla av begränsning uppkomma då ingenting hjälpte i rådgivningen. **Konklusion:** För att uppnå framgång i amningsrådgivningen krävs mycket kunskaper hos BHV sjuksköterskan, och ett ökat samarbete mellan BB och BHV hade behövts för att kunna vägleda och stötta föräldrarna till att fatta rätt beslut om att amma eller inte.

## Nyckelord

Barnhälsovård, sjuksköterskor, erfarenheter, amning, amningsrådgivning

# Innehållsförteckning

Problemområde .....	4
Bakgrund .....	5
Perspektiv och utgångspunkter .....	5
<i>Motivationsteori i relation till amning</i> .....	5
<i>Amningens historia</i> .....	6
<i>Amningens fysiologi</i> .....	7
<i>Amningens betydelse</i> .....	7
<i>Utmaningar och hinder som kan uppkomma vid amning</i> .....	8
<i>Mödras upplevelser och förväntningar av amningsstöd</i> .....	9
<i>BHV- sjuksköterskans roll</i> .....	9
Syfte .....	10
Metod .....	10
Urval .....	11
Instrument .....	11
Datainsamling .....	12
Analys av data .....	12
Förförståelse .....	13
Forskningsetiska avvägningar .....	13
Resultat .....	15
Viktigt att arbeta främjande i amningsrådgivningen .....	16
Verka stödjande .....	16
Få föräldrarna att lita på sin förmåga .....	16
Arbeta professionellt och utgå från den unika individen .....	17
Svårt och tidskrävande med amningsrådgivning .....	18
När tiden inte räcker till .....	18
Att känna sig begränsad .....	19
Att rådgiva en oförberedd förälder .....	20
Diskussion .....	21
Metoddiskussion .....	21
Resultatdiskussion .....	23
Konklusion och implikationer .....	26
Referenser .....	27
Bilaga 1 (1) .....	33

## Problemområde

Amning kan för en del kvinnor komma igång helt okomplicerat medan det i vissa fall kan bli mer problematiskt (Kylberg, Westlund & Zwedberg, 2014). Vad sjuksköterskan har för inställning i relation till amning spelar en betydande roll för hur stöd ges och hur det upplevs (McInnes & Chambers, 2008). Världshälsoorganisationen (WHO) rekommenderar att barnet helammas upp till sex månader och därefter delamning med kosttillskott (WHO, u.å.). Bröstmjölken bidrar med många positiva hälsoeffekter för både barnet och mamman (Socialstyrelsen, 2014). I bröstmjölakens sammansättning finns ämnen som stimulerar immunförsvaret hos barnet och risk för olika infektioner minskar. Hos mamman byggs ett skydd upp mot sjukdomar såsom bröstcancer och äggstockscancer, det har även visat sig ha en positiv effekt för att motverka postpartumdepression (a.a.). Trots de fördelar som amning bidrar med går amningsfrekvensen nedåt (Socialstyrelsen, 2018).

Amningsfrekvensen var under perioden 1995–2004 som högst i Sverige (Socialstyrelsen, 2018). Vid fyra månaders ålder år 2004 ammad 83% av alla barn och 72 % när de var sex månader. År 2016 sjönk siffrorna successivt, och enbart 74 % ammad vid fyra månaders ålder, och motsvarande siffror vid sex månaders ålder ammad 64 % (a.a.). Miracle och Fredland (2007) skriver att kvinnor som erhållit stöd av vårdpersonal om amning hade större möjlighet att upprätthålla amningen. I en kvantitativ studie gjord i Malta av Montalto, Borg och Clemmer (2010) framgick det att den största anledningen till att kvinnor slutade amma och övergick till flaskmatning var bristen på information eller inadekvat information från vårdpersonal till föräldrar. Detta stärks av Nilsson (2012) som också pekade på att det råder brist på kunskap hos vårdpersonalen.

I det nationella barnhälsovårdsprogrammet ska sjuksköterskan i barnhälsovården (BHV-sjuksköterska) arbeta hälsofrämjande och inneha kunskap om nutrition och amning (Rikshandboken, 2018). BHV-sjuksköterskan ska inneha kunskaper om amningens fördelar men även de nackdelarna med att inte amma (Socialstyrelsen, 2018). I Sverige har föräldrar stort förtroende för barnhälsovården och vilka nås ut till 99 % av alla barn (Lagerberg, Magnusson & Sundelin, 2008).

För att mammor ska få goda förutsättningar till en fungerande amning spelar sjuksköterskans kunskaper, inställning till amning och förmåga till att lyssna på mamman en betydande roll

(Kylberg, et al, 2014). Mammor har rätt till att få information om amning och vid behov få hjälp och stöd (a.a.). Det är viktigt som BHV- sjuksköterska inom barnvårdscentralen att ta reda på vilken syn som föräldrarna har gentemot amningen, tidigare erfarenheter och den motivation de har (Andersson, et al, 2016). På grund av den nedåtgående amningstrenden (Socialstyrelsen, 2018) är det betydelsefullt att genomföra studien för att få en ökad förståelse i det amningsfrämjande arbete som BHV-sjuksköterskan har.

## Bakgrund

### Perspektiv och utgångspunkter

En lyckad amning uppkommer genom att mamman innehar kunskap om amning och litar på den egna förmågan att amma (Kylberg, et al, 2014). BHV sjuksköterskans utgör en viktig del i att stödja, uppmuntra och informera mamman till att tro på sig själv, våga lita på sin kropp och därmed fullfölja sin avsikt med amningen (a.a.). I sjuksköterskans arbete finns omvårdnadsteorier som fungerar som stöd, och som förklarar vad omvårdnad är eller bör vara (Kirkevolden, 2000). Denna studie har sin utgångspunkt från BHV sjuksköterskans perspektiv.

### *Motivationsteori i relation till amning*

Amning är ett beteende som kvinnor introduceras till och kräver inläring för (Stockdale, Sinclair, Kernohan & Keller, 2011). I lärandeprocessen ingår både mamman och barnet, däremot är det endast mammans viljekraft som inger motivation. Motivationen är flerdimensionell och består av tre delar vilka är; *balans mellan ett beteende och tron på att lyckas, motivationens påverkan på erfarenheter och mål samt motivationens påverkan på det egna motståndet*. För att förklara varför vissa kvinnor ammar längre än andra kan den psykologiska motivationsteorin användas. Detta om kvinnornas motivation vägs in redan från början av vårdpersonalen. I mötet med ammande kvinnor är det essentiellt för sjuksköterskan att vara medveten om målen som kvinnan har. Det kan ses genom kvinnans beteende gentemot handlingen och hennes tro på att kunna lyckas. För att känna tillfredsställelse är förmågan att känna sig kompetent viktigt för motivation och engagemang. Kunskapen i

relation till amning är också en viktig komponent för att uppnå en etablerad amning. Däremot behöver inte kunskapen tvunget leda till att självförolitilten ökar gentemot kvinnans förmåga att kunna amma. Kvinnans tålmod till att åstadkomma en etablerad amning har mer att göra med hennes eget omdöme av sin potential till att uppnå målet. Däremot om kvinnan uppvisar känsla av misslyckande, hämmas motivationen av negativa känslor. Därför är det viktigt för vårdpersonal att få förståelse för de känslor och den drivkraft som kvinnan visar i motivationen till att amma (a.a.). Andersson Grenholm, Söderström och Lindberg (2016) skriver att för att kunna ge stöd och råd om amning är det viktigt att veta mammans utgångspunkt utifrån motivation, erfarenhet och kunskap för att individualisera stödet.

### *Amningens historia*

Amningsrådgivning har varierat över tid (Olanders, 2013). I det tidiga svenska bondesamhället ammade mammor sina barn efter barnets behov. Under 1900-talet förändrades synen på amning och kvinnornas förmåga samt kunskap till amning sågs som tvivelaktig. De svenska barnläkarna bestämde därför sig för att kvinnor skulle amma var fjärde timme. Vid födseln separerades mammor och barn, och rutiner kring amning styrdes av klockan snarare än barnets behov. Mammorna fick till sig information att inte amma för ofta för att barnets matsmältning skulle försämrats, även tron till att barnet skulle bli bortskämd om de fick amma fritt (a.a.).

WHO och United Nations Children's Fund (UNICEF) utarbetade år 1990 ett dokument som kom att kallas för Innocentideklarationen (Kylberg, et al. 2014). Deklarationen innebar att skydda, stödja och främja kvinnors rätt till amning. Utifrån deklARATIONEN utvecklades riktlinjer "Tio steg till lyckad amning", detta för att undvika att olika råd gavs och för att alla som arbetade med mödravård och nyfödda skulle utgå ifrån samma amningsstrategier. De amningsstrategierna innebar bland annat att sjuksköterskan skulle uppmuntra och stödja mammor hur de skulle amma och upprätthålla amningen, informera om bröstmjölkens positiva hälsoeffekter och utbilda sjukvårdspersonal i att stödja och genomföra rådgivning med kvinnor (a.a.). Året 1991 startades initiativet Baby Friendly Hospitals initiative (BFHI) av WHO och Unicef vilket i deklARATIONEN var ett av målen att alla sjukhus skulle bli (Kylberg, et al. 2014). År 1996 hade alla sjukhus i Sverige blivit amningsvänliga, detta innebar att rutiner kring amning blev avsevärt förbättrat. Spiby, McCormick, Wallace, Renfrew, D'Souza, Dyson (2009) skriver att de kvinnor som erhållit undervisning utifrån

WHO:s 10 steg för en lyckad amning, upplevde sig välinformerade om amning och visste var man kunde erhålla fortsatt stöd i amningen. I bakgrunden för Innocentideklarationen stod Förenta nationernas (FN) barnkonvention som värnar om barnens rätt till en lämplig uppfödning och amning (Kylberg, et al. 2014). Även den internationella barnmatskoden fanns i bakgrunden, denna är till för att skydda konsumenten för oetiska marknadsföring av bröstmjölksersättning (a.a.).

### *Amningens fysiologi*

Under graviditeten sker förändringar i bröstet så som ökad körtelvävnad och bindvävnad, även nätet av mjölkbildande alveoler och mjölkgångar utvecklas (Kylberg, et al, 2014). Vid förlossningen och placentaavlossning sjunker nivån av hormonerna progesteron och östrogen, prolaktinet ökar vilket leder till en stimulering av mjölkbildningen (Axelsson & Lindberg, 2012). Mjölkbildningen sker kontinuerligt även under amning vilket medför att bröstet aldrig töms helt på mjölk (Olanders, 2013). I samband med att barnet ammar frisätts hormonet oxytocin i hjärnan. Oxytocinet leder till att bröstvårtans muskler slappnar av och musklerna i mjölkgångarna drar ihop sig så att mjölken kan drivas ut, den så kallade utdrivningsreflexen (a.a.). I samband med oro, stress eller smärta hos den ammande mamman påverkas utdrivningsreflexen negativt (Kylberg, et al, 2014). Oxytocinproduktionen hämmas och frisätter istället adrenalin som minskar utdrivning av mjölken. Detta leder i sin tur till att mjölkproduktionen minskar eftersom alveolerna töms på mindre mängd mjölk (a.a.).

Bröstmjölken förändras över tid och styrs av barnets näringsbehov (Axelsson & Lindberg, 2012; Ekholm, 2016; Kylberg, et al, 2014). Bröstmjölken innehåller bland annat protein, laktos, triglycerider, vitaminer, fettsyror, mineralämnen och antikroppar (a.a.)

### *Amningens betydelse*

Amningen bidrar till positiva hälsoeffekter till både spädbarnet och modern, både kort- och långsiktigt. De kortsiktiga effekterna av amning för barnet resulterar i form av minskad risk för gastroenteriter, öroninflammation, dermatit och respiratoriska infektioner (Binns, Lee & Low, 2016; Ekholm, 2016; Socialstyrelsen, 2014; Victora, et al., 2016). Långsiktigt kan amning bidra till minskad risk för övervikt, fetma, glutenintolerans och plötslig spädbarnsdöd (Binns, Lee & Low, 2016; Socialstyrelsen, 2014; Victora, et al., 2016; Ekholm, 2016; WHO,

2013). För mamman kan det innebära att skydd mot sjukdomar byggs såsom bröstcancer och äggstockscancer, det har även visat sig ha en positiv effekt för att motverka postpartumdepression (Socialstyrelsen, 2014).

När barnet ammar frisätts oxytocin i hjärnan genom sugandet, närheten, beröringen och via mjölken (Uvnäs Moberg, 2009). Detta leder till att barnet känner trygghet, välmående, minskad oro och avslappning. Oxytocinet bidrar med ett ökat luktsinne som leder till att mor och barn lär känna varandras dofter och i sin tur lär känna igen varandra. Även hos mamman frisätts oxytocin som gör att mamman fysiskt slappnar av därför att blodtrycket sjunker och kortisolet minskas (a.a.).

### *Utmaningar och hinder som kan uppkomma vid amning*

Att amma är ett samspel mellan barn och mamma som inte är medfödd utan måste läras in (Olanders, 2013). För en del fungerar amningen okomplicerat medan för andra kan det vara mer problematiskt, det blir något som smärtar och leder till stress. Faktorer som kan påverka amningen kan vara biologiskt och socialt betingat, kulturella föreställningar eller bemötandet i vården. Tidigare erfarenheter är också en faktor som kan påverka (a.a.).

Av olika anledningar finns det kvinnor som inte kan producera tillräckligt med bröstmjolk för att barnet ska vara mätt, växa och utvecklas enbart genom amning (Olanders, 2013). Detta kan bero på att kvinnan har för lite bröstkörtelvävnad eller att kvinnan har utfört en bröstreduktion (a.a.). För lite bröstmjolk kan även vara kopplat till att progesteronhalten inte har reglerats, stress och smärta samt att barnet inte har ett ordentligt tag om bröstet (Brodribb, 2004; Olanders, 2013). En del kvinnor kan ha motsatt problematik med för mycket mjölkproduktion (Amir & Bearzatto, 2016; Brodribb, 2004; Monberg Feenstra, Jörgine Kirkeby, Thygesen, Danbjörg & Kronborg, 2018; Olanders, 2013). Detta är ett vanligt problem som är mycket besvärligt för mamma och barn. Det är viktigt att problemet tas på allvar då det kan leda till bröstinflammation och mjölkstockning då barnet använder sig utav en sugteknik för att hämma det kraftiga mjölkflödet. Överproduktion av bröstmjolk kan även vara en psykisk påfrestning för mamman då bröstet kan läcka under och mellan amningarna. Ibland uppkommer tillstånd såsom för kort tungband och såriga bröstvårtor som försvårar amningen och kräver åtgärd (a.a.)



## *Mödras upplevelser och förväntningar av amningsstöd*

Amning är en unik upplevelse och stödet ska utformas beroende på vilka behov mamman har (Bäckström, Hertfelt Wahn & Ekström, 2010). I en studie av Whelan och Kearney (2014), beskrev mammorna att de ville att sjuksköterskan skulle forma sin rådgivning efter var hon befann sig i processen. Mammorna beskrev att de ville bli bekräftade i sin amning utan att sjuksköterskan la in personliga värderingar eller erfarenheter. Även Bäckström, Hertfelt Wahn och Ekström (2010) skriver att mammorna ville bli bekräftade i sin amning då det ökade deras självförtroende och dess förmåga till att amma. En del upplevde att de fick olika budskap som skapade förvirring och det var betydelsefullt att få träffa samma sjuksköterska för att stärka kontinuiteten (Whelan & Kearney, 2014). Förvirring för mammorna uppkom exempelvis när de fick olika råd, en del sjuksköterskor förespråkade fri amning medan andra att man skulle amma på tider (a.a.). Mammor beskrev att det var viktigt med adekvat given information om amning, amningsteknik och de problem med åtgärder som kunde uppkomma vid en amning så som såriga bröstvårtor (Bäckström, Hertfelt Wahn & Ekström, 2010). När en amning inte kunde etableras påpekade mammorna att beslutet att avsluta amningen skulle vara deras med stöttning och information av sjuksköterskan (Larsen Schilling & Kronborg, 2013). Stödet från sjuksköterskan skulle vara ovillkorlig oavsett om mamman beslutade sig att avsluta amningen eller inte (Bäckström, Hertfelt Wahn & Ekström, 2010). Varför kvinnor slutade amma berodde på olika faktorer (Socialstyrelsen, 2014). Amningen kunde påverkas av socioekonomiska faktorer som inverkar på frekvensen och längden på amningen för den blivande mamman. Ensamstående mödrar ammade generellt i lägre utsträckning än sammanboende mödrar. Mammor som bodde tillsammans med sin partner gynnades av stödet som deras respektive bidrog med. Högutbildade kvinnor hade en längre amningsfrekvens än lågutbildade kvinnor. Ålder, erfarenheter och normer var andra faktorer som kunde påverka amningen (a.a.).

## *BHV- sjuksköterskans roll*

Redan på första mötet på förlossningsavdelningen är det av stor betydelse för hur amningen initieras (Kylberg et al, 2014). Amningen ska utgå från en gemensam handlingsplan där UNICEF:s och WHO:s tio steg för en lyckad amning står i centrum (a.a.). Genom att arbeta utifrån handlingsplanen ökar förutsättningarna för att initiera en etablerad amning (Feldman-Winter et al, 2017; Kylberg et al, 2014). Trots förbättrade förutsättningar beskrev personalen tidspress och brist på kontinuitet i kvinnans vård i övergången mellan slutenvård och

öppenvård (a.a.). På grund av de förkortade vårdtiderna på BB ställdes det indirekt högre krav på BHV-sjuksköterskan och dennes kunskap om amning (McLelland, Hall, Gilmour & Cant, 2015).

Som legitimerad sjuksköterska är det viktigt att följa International Council of Nurses (ICN) etiska kod. Denna innebär att främja hälsa, återställa hälsa, förebygga sjukdom samt lindra lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Som verksam specialiserad sjuksköterska inom barnhälsovården arbetar legitimerade sjuksköterskor med specialistutbildning inom distrikt eller inriktning hälso-och sjukvård för barn och ungdom (Socialstyrelsen, 2014a). Sjuksköterskan inom barnhälsovården ska inneha goda kunskaper om bröstmjölakens betydelse för barnets hälsa och betydelsen för anknytningsprocessen. Vidare ska sjuksköterskan bemöta barn och familj med respekt och ge anpassad information utifrån familjens behov (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Det krävs att sjuksköterskan har grundläggande kunskaper om bröstmjölakens egenskaper och hur mjölkproduktionen kommer igång (Kylberg, 2014). Viktigt att tänka på att mamma och barn är unika individer som kräver individanpassad vård. Valet om att amma eller inte ska utgå från mamman förutsatt att adekvat information och vägledning har givits (a.a.). Genom att belysa sjuksköterskans upplevelser av att ge amningsrådgivning inom barnhälsovården kan det i framtiden leda till ett förbättrat stöd för nyblivna föräldrar.

## **Syfte**

Syftet var att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av och syn på att ge amningsrådgivning inom barnhälsovården.

## **Metod**

För att besvara studien syfte har en kvalitativ studie genomförts. Datainsamlingen har skett genom intervjuer och materialet analyserades med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys. En

kvalitativ forskningsmetod har använts för att få en djupare förståelse och kunskaper om subjektiva erfarenheter och upplevelser (SBU, 2017).

## Urval

Informanterna valdes ut med hjälp av lämplighetsurval där det i förväg sattes upp inklusions- och exklusionskriterier (DePoy & Gitlin, 1999). Därefter valdes informanter som stämde överens med kriterierna ut tills det önskade antalet informanter var uppnådd (a.a.).

Inklusionskriterierna som valdes ut var sjuksköterskor som arbetade inom barnavårdscentral i nordvästra Skåne, både inom den offentliga och privata sektorn för att få en variation.

Sjuksköterskorna skulle ha arbetat minst ett år inom denna verksamhet och ha en specialistutbildning inriktning barnsjukvård alternativt distriktssköterska. Kriterierna valdes för att få rika och informativa intervjuer. Exklusionskriterierna var de sjuksköterskor som var tjänstlediga. Antalet intervjuer beräknades till cirka tolv stycken, däremot spelade inte antalet informanter avgörande roll utan det var innehållet i intervjuerna som var av betydelse (Polit & Beck, 2012). Intervjuerna utfördes som planerat på privata- och offentliga barnavårdscentraler i nordvästra Skåne. Från början var det tolv intervjuer planerade, vid intervjudagen var två stycken sjuka och de hade inte möjlighet att boka annat datum. Till slut blev det tio sjuksköterskor som intervjuades varav åtta var distriktssjuksköterskor och två var barnsjuksköterskor. Informanterna var alla kvinnor och var i åldrarna mellan 39-61 år gamla. BHV-sjuksköterskorna hade arbetslivserfarenhet som sträckte sig mellan 1–25 år inom barnhälsovården.

## Instrument

Intervjuer är ett instrument som kan ge förståelse av informanternas erfarenheter genom deras berättelser om sin syn på uppkomna situationer, uttryckt i deras ord (Danielson, 2012). En semistrukturerad intervjuguide (Bilaga 1) har använts i studien. En semistrukturerad intervju innebär att de frågor som ställdes till informanterna var samma typ och behövde inte följa samma ordning. Frågorna som ställdes var öppna och följdfrågor kunde ställas och vara till hjälp om forskaren bedömde att det fanns mer att lyfta fram under intervjun. De frågor som ställdes skulle undvika vara av ja- och nej karaktär (a.a.). Exempel på följdfrågor; *kan du berätta mer? vill du utveckla? vad menar du med ...? Du nämnde att.. vill du berätta mer?*

## Datainsamling

Datainsamlingen utfördes genom att informationsbrev samt förfrågan om godkännande att genomföra studien skickades ut via mejl till verksamhetschefen på respektive barnvårdscentral under hösten. Kontaktuppgifter till verksamhetscheferna hittades via Skånekatalogen och kontakt togs med 18 verksamhetschefer. I de fall då inget svar gavs skickades ytterligare mejl med en veckas mellanrum och efter tredje påminnelsen togs kontakt med verksamhetschefer per telefon. Det var fem verksamhetscheferna som gav sitt skriftliga tillstånd att studien genomfördes i verksamheten, åtta tackade nej på grund av tidsbrist och fem svarade inte trots påminnelser och försök till telefonkontakt. Enhetschefen för respektive verksamhet hjälpte till med kontaktuppgifter till möjliga informanter som i sin tur kontaktades via mejl. Totalt tolv barn- respektive distriktssköterskor på barnvårdscentralen fick informationsbrev och ville därefter delta i studien och gav i sin tur sitt skriftliga samtycke.

Informanterna valde själva plats för var intervjun ägde rum och i samband med intervjun samlades samtyckesblanketterna in. Intervjuerna varade mellan 16–38 minuter med en medellängd på 26 minuter. Intervjuerna genomfördes tillsammans och spelades in med diktafon, det inspelade materialet förvarades inlåst utom räckhåll för obehöriga. Kodlista och material förvarades åtskilt och inlåst på var sin USB-sticka.

## Analys av data

Innehållsanalys med induktiv ansats enligt Granheim och Lundman (2004) genomfördes. Materialet som samlades in transkriberades, första intervjun transkriberades direkt medan resterande intervjuer transkriberades i slutet. Därpå lästes allt det transkriberade materialet enskilt upprepade gånger för att få en övergripande bild av innehållet. I texten markerade sedan enskilt delar av texten som svarade på syftet, efter detta jämfördes de markerade styckena med varandra. Meningsbärande enheter lyftes fram gemensamt och kondenserades. Detta innebär att texten kortades ner utan att förlora det centrala innehållet. Vidare kodades det kondenserade meningsbärande enheterna det vill säga att innehållet bildade en etikett som beskriver de meningsbärande enheten med enstaka ord. Koderna grupperades sedan i färger där samma färg hade samma innebörd, detta resulterade tillslut att underkategorier utvecklades av de koder som innehållsmässigt delade gemensamma likheter. Huvudkategorier kunde därefter bildas och citat valdes ut från det transkriberade materialet för att stärka resultatets innehåll.

**Tabell 1:** Exempel på analysprocess

<b>Meningsbärande enhet</b>	<b>Kondenserad</b>	<b>Kod</b>	<b>Underkategori</b>	<b>Kategori</b>
Det jag kan tycka är att man kommer med mycket tips och råd, och att det inte riktigt hjälper, att jag kan inte säga att man har en begränsad kunskap eh.. att man har sina standard saker och liksom det här basala och så.. Men att man sen om det inte hjälper när det liksom när det jobbigt för eller när det är krångligare för mammorna och bebisarna att man känner sig. Eller jag känner mig lite begränsad (intervju 3)	Man kommer med tips och råd men inget hjälper. I rådgivningen har man sina standard råd på den basala nivån, men om inte det hjälper kan man känna sig begränsad.	Utmanande vid amningsrådgivning	Att känna sig begränsad	Svårt och tidskrävande med amningsrådgivning
Man måste individanpassa rådgivning liksom så att det passar ee... vara ödmjuk inför situationen liksom eee... stötta så gott man kan eee och liksom försöka få tid alltså hinner man inte nu så bokar man in efteråt eller så bokar man in telefonuppföljning (intervju 5)	Amningsrådgivning ska vara individanpassad, som BVC ssk ska man vara ödmjuk, stötta. Är tiden knapp ska man boka tid för extra möte eller telefonuppföljning.	Individanpassad rådgivning	Arbeta professionellt och utgå från den unika individen	Viktigt att arbeta främjande i amningsrådgivningen

## Förförståelse

Båda har yrkeserfarenhet av en allmän barnavdelning i åldrarna mellan noll till arton år, och har därmed stött på amning i praktiken men i liten utsträckning.

## Forskningsetiska avvägningar

Vid genomförandet av vetenskapligt arbete krävs det att etiska övervägande görs genom hela processen (Kjellström, 2012). Etiska principer ligger till grund för att garantera att

informerarna inte utnyttjas, såras eller skadas och värnar för deras säkerhet och rättighet (a.a.). I utförandet ska studien utgå från Helsingforsdeklarationen, Belmontrapporten (1979), lag (SFS 2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor och dataskyddsförordningen (SFS 2018:218). Helsingforsdeklarationen som utarbetats av The World Medical Association (2013) syftar till att beskriva de etiska principerna som forskare ska utgå från i samband med att omvårdnadsforskning bedrivs. Forskningen ska främja hälsa, autonomi, värdighet och integritet. Deklarationen syftar vidare till att skydda liv och forskning får enbart bedrivas om det goda överväger riskerna. Forskningen ska bygga på respekt och skydda människors rättigheter och deras rätt till sekretess (a.a.). Enligt lag (SFS 2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor säger att forskning bedrivs enbart om respekt för människovärdet och hänsyn till de mänskliga rättigheterna accepteras. Office for Human Research Protections (2016) har format Belmontrapporten som bygger vidare på tre grundläggande etiska principer: *respekt för personer, göra gott samt rättvis principen*. Respekt för personer innehåller två etiska principer, autonomiprincipen och informerat samtycke. Autonomiprincipen innebär att människor har rätt till självbestämmande och informanter får när som helst välja att avbryta (a.a.). För att kunna utföra studien krävs ett informerat samtycke, detta för att kunna skydda informanternas autonomi och självständighet (Kjellström, 2012). Ett informerat samtycke kräver att informanten får information om studien och förstår informationen för att kunna fatta ett beslut som är frivilligt grundat (a.a.). I genomförandet av studien har information om studiens betydelse och syfte givits skriftligt och muntligt. Informationen har nått ut till informanterna tidigt för att de skulle få möjlighet att tänka huruvida de ville medverka eller inte utan att känna sig pressade. Intervjuerna skedde på en plats som informanterna valt själva. Skriftligt samtycke inhämtades i samband med intervjuerna. I det skriftliga informationsbrevet framgick det att deltagande av studien var frivillig och att informanterna kunde avbryta när som helst utan någon förklaring till varför. Göra gott principen handlar om att överväga det goda med riskerna, och för att minska att informanterna tar skada (OHRP, 2016). Konfidentialitet värnar om människans integritet genom att personuppgifter ska förvaras säkert utom räckhåll för obehöriga och redovisade data får inte avslöja personens identitet (Kjellström, 2012). Detta formuleras och stärks även i dataskyddsförordningen (SFS 2018:218) som syftar till att skydda människors personuppgifter. Informanterna i studien erhöll information att intervjuerna spelades in och att materialet skulle behandlas konfidentiellt. Det material som framkom avidentifierades för att BHV-sjuksköterskans identitet inte skulle avslöjas. Datamaterialet numrerades med kod för att stärka informanternas rätt till konfidentialitet. Kodlista och material förvarades åtskilt på

var sin USB-sticka inlåst. Allt material, såsom ljudfiler, kodlistor och informerat samtycke används enbart i denna studie och kommer att raderas när uppsats godkänns.

Rättvis principen innebär att lika ska behandlas lika och orättvis behandling får inte ske såvida det inte finns etiska belägg för detta (Kjällström, 2012). Ansökan till vårdvetenskapliga etiknämnden för rådgivande yttrande med beteckning 66-19 har genomförts och godkänts utan invändningar.

## Resultat

Analysprocessen resulterade i att två kategorier; Viktigt att arbeta främjande i amningsrådgivningen samt Svårt och tidskrävande med amningsrådgivning. Kategori Viktigt att arbeta främjande i amningsrådgivningen består av tre underkategorier vilka är; *Verka stödjande*, *Få föräldrarna att lita på sin förmåga* samt *arbeta professionellt och utgå från den unika individen*. Kategori Svårt och tidskrävande med amningsrådgivning består av tre underkategorier vilka är; *När tiden inte räcker till*, *Att känna sig begränsad* samt *Att rådgiva en oförberedd förälder*. De kategorier som uppkommit beskrivs nedan och citat från BHV-sjuksköterskorna redogörs. Intervjuerna rubriceras med siffrorna ett till tio.

Tabell 2: Kategorier och underkategorier

Viktigt att arbeta främjande i amningsrådgivningen	Svårt och tidskrävande med amningsrådgivningen
<i>Verka stödjande</i>	<i>När tiden inte räcker till</i>
<i>Få föräldrarna att lita på sin förmåga</i>	<i>Att känna sig begränsad</i>
<i>Arbeta professionellt och utgå från den unika individen</i>	<i>Att rådgiva en oförberedd förälder</i>

## Viktigt att arbeta främjande i amningsrådgivningen

### *Verka stödjande*

Samtliga BHV-sjuksköterskor uppgav att deras roll i amningsrådgivningen var viktig och betydelsefull. De beskev att de i amningsrådgivningen skulle motivera, informera, ge råd och följa upp efter en amningsrådgivning till mammorna. BHV-sjuksköterskorna beskrev även att de skulle stödja och stärka föräldrarna då det var viktigt att mamman trodde på sig själv och aldrig kände sig ensam eller misslyckad. Många påtalade betydelsen för hur amningen startades upp, BHV-sjuksköterskorna uppgav vikten i informationen som tilldelas till föräldrarna. De menade att det var viktigt att tala om inte bara hur amningen gick till utan hur mjölken kom, hur ofta ett barn åt, hur suger de och hur mycket de faktiskt behövde få i sig. Amningsrådgivningen behövde inte alltid vara avancerad. Det kunde exempelvis räcka med att testa en amningskudde, amningsnapp eller göra en millimeters positions ändring. Detta kunde vara avgörande för amningens fortsatta förlopp. BHV-sjuksköterskorna upplevde detta som positivt att kunna hjälpa med små råd och att de kunde vara avgörande för en fortsatt amning.

*”Man måste hela tiden informera, stötta, ge råd, stöd och ibland också ta tillbaka. Ringa, följa upp dem, hur går det nu? Vill du att jag ska titta nästa gång ni kommer hit och ammar?”*

(Intervju nio)

### *Få föräldrarna att lita på sin förmåga*

BHV-sjuksköterskorna upplevde att tidig tillmatning på BB har ökat vilket i sin tur ledde till att föräldrarna hade med sig ersättningen från början. Detta gjorde att amningsrådgivningen blev svårare då föräldrarna inte vill släppa kontrollen och BHV-sjuksköterskan var tvungen att försöka motivera och stärka samt förklara hur det normalt sätt fungerade. Ersättningen handlade ofta om en kontroll hos föräldrarna att veta exakt mängd barnet fick i sig. Det gällde då som BHV-sjuksköterska att få mamman till att lita på sin egen förmåga och släppa kontrollen. Detta kunde vara en stor utmaning då många särskilt första gångs förälder inte vågade lita på att det kommer att lösa sig.



Det framkom att det ibland kunde hända att föräldrarna inte berättade att de hade slutat amma utan kunde ibland nämna det först efter någon vecka trots frågor kring amningen. Föräldrarna hade då börjat med ersättning utan att fråga om råd innan beslutet fattats. Svar på varför mammorna hade slutat brukade inte alltid uppkomma däremot kunde de i vissa fall bero på en osäkerhet hos föräldern om barnet fått i sig tillräckligt. BHV-sjuksköterskorna upplevde då det positivt och roligt när de kunde motivera, stärka och få mammorna att lita på sin egen förmåga. Det var trevligt när mamman kände att hon fick hjälp till ett beslut som hon var nöjd med och som stärkte henne i mammarollen.

*“Man känner väl att det är kul när de lyckas och att det blir framgångsrikt. Att man känner de ammar länge och tycker det är trevligt att amma. Att dem litar på sin förmåga att kunna amma också.” (Intervju tio)*

#### *Arbeta professionellt och utgå från den unika individen*

Flertalet berättade att det var viktigt att individanpassa rådgivningen oavsett om de ville amma eller inte. De beskrev att det var av betydelse att inte pressa eller skuldbelägga mamman utan vara ödmjuk inför situationen. För att rådgivningen skulle bli anpassad utifrån den unika kvinnan i mötet var det av stor vikt att ta reda på vad mamma hade för behov. BHV-sjuksköterskan skulle motivera mamman och föreslå åtgärder för att åstadkomma en förändring vid eventuella svårigheter som hon kände sig nöjd med. Det var lika viktigt i rådgivningen att utgå från mammans beslut om hon ville amma eller inte.

*“Det är verkligen så, varje kvinna nytt möte, ny historia, nya utmaningar och alla har sina grejer” (Intervju ett)*

Samtliga BHV-sjuksköterskor menade att det var viktigt att arbeta professionellt och rådgivningen skulle utgå från mammans behov. De uppgav att egna erfarenheter inte fick spegla mötet med mamma, däremot kunde en del nämna att tankarna ibland gick tillbaka till ens egen amning. BHV-sjuksköterskorna menade på att amningsrådgivningen kunde påverkas ifall sjuksköterskan haft positiva eller negativa erfarenheter själv. Egna erfarenheter kunde leda till en förståelse för vad mamman gick igenom exempelvis vid smärtsam amning. Om sjuksköterskan hade egen erfarenhet kring detta togs det inte det lättsamt utan kunde förstå

problematiken, varför mamman var ledsen och stödjade henne i det. Samtidigt kunde positiva egna erfarenheter göra att förståelsen till varför mamman krånglade till det istället för att slappna av fanns inte.

*“Har man en egen dålig amningserfarenhet så tror jag att det kan göra att man själv kanske tycker att jaja det gick ju bra med ersättning då är det inte så noga. Har man själv en positiv amningserfarenhet så tror jag att det kan spilla över till att man är mer motiverad och kanske mer intresserad också av att ge råd och mer försöka tror jag. Tyvärr ska det ju inte spegla men tyvärr så tror jag att det gör det” (Intervju två)*

## Svårt och tidskrävande med amningsrådgivning

### *När tiden inte räcker till*

BHV-sjuksköterskorna upplevde att en tidsbrist fanns och detta ledde till en frustration. En del föräldrar var i behov av att komma in dagligen för rådgivning och observationer, många föräldrar upplevdes som hjälpsökande. BHV-sjuksköterskorna upplevde att tiden inte räckte till och kunde ibland inte ta emot föräldrarna så ofta som de ville och fick istället remittera vidare till amningsmottagningen. En BHV-sjuksköterska nämnde att i en amningsrådgivning var det viktigt att komma in på ett tidigt stadium, tyvärr skedde inte detta. Flera nämnde att föräldrarna blev hemskickade tidigt från BB innan ens amningen hade hunnit komma igång och det kunde ta upp till tio dagar innan första hembesöket skedde. De påtalade att de fick jobba mer från grunden i rådgivningen på grund av tidig hemgång, snabba och olika råd från BB. Denna tid fanns inte alltid för BHV-sjuksköterskorna.

*“I den bästa världen skulle man vilja ha mer tid. När man känner att man inte hade den tiden så blir det ju en frustration, man vill ju hjälpa dem man vill att det ska fungera för det är så laddat för föräldrarna också när amningen inte fungerar...” (Intervju tre)*

*“Förr i tiden hade vi barnmorskor på BB som verkligen var stenhårda och dem kämpa där med amningen och då kunde man också lite grann släppa det här får då visste man när mamma hade trappat ner på amningen visste man också att hon hade fått stöd. Så känner inte*

*jag idag, utan här känner jag att jag måste lägga ner mycket resurser på att försöka jobba med amningen” (Intervju åtta)*

#### *Att känna sig begränsad*

Flertalet uttryckte att det krävdes mycket kunskap inom amning och upplevde sig ha en god grundkompetens. Däremot om BHV-sjuksköterskan var ny och oerfaren kunde det bli svårt. En del av BHV-sjuksköterskorna uppgav en känsla av begränsning i mötet med föräldern i amningsrådgivningen. Det kunde handla om en osäkerhet om att våga lita på att amningen var tillräcklig när bebisen fortsatt gick ner i vikt och det var en fredag eftermiddag. Även de fall när amningen kunde vara besvärlig och mamma hade provat alla tips och råd som givits och det var inget som hjälpte. Samtliga BHV-sjuksköterskor upplevde dock en trygghet att amningsmottagningen fanns till hjälp.

*“Man har sina standard saker och liksom det här basala och så, men att man sen om det inte hjälper när det liksom är jobbigt, eller när det är krångligt för mammorna och bebisarna att man känner sig eller jag känner mig lite begränsad” (Intervju tre)*

Amningsrådgivningen kunde ibland kännas särskilt svårt om mamman redan tagit ett beslut om att inte amma. BHV-sjuksköterskorna upplevde då att mamman inte gav något gehör och var väldigt bestämd i sitt beslut, det gällde då att respektera det. I andra fall kunde det vara att mamman inte var psykiskt stabil och var då inte mottaglig för rådgivningen.

Smärtproblematik var ett bekymmer som ofta togs upp och kändes svårt. BHV-sjuksköterskorna upplevde det som utmanande att motivera till en fortsatt amning om inget hjälpte mot smärtan eller de såriga bröstvårtorna. Smärta var ofta en anledning till en avslutad amning och målet blev istället att hjälpa mamman att må bra. Det kunde vara att mamman verkligen kämpade men bebisen gick inte upp i vikt. Mamman blev ledsen, hon var hormonell, öm och hon blev mer och mer förtvivlad. Då gällde det att peppa henne i det och viktigt att ha inställningen det går inte att amma till vilket pris som helst som två av BHV-sjuksköterskorna uttryckte sig.

*“Det kan kännas särskilt svårt om mamma har väldigt, väldigt ont, såriga bröstvårtor. Om det blöder och att det gör mycket ont... Det är tufft med många tårar, samtal, besök och observationer” (intervju nio)*

#### *Att rådgiva en oförberedd förälder*

Det var inte ovanligt att BHV-sjuksköterskorna upplevde att föräldrarna inte var förberedda på vad amning innebar. En tanke var att mammorna inte var mottagliga för informationen under graviditeten, BHV-sjuksköterskorna trodde att detta berodde på att föräldrarna enbart hade förlossningen i sikte. Samtidigt med tidig hemgång blev det att föräldrarna upplevdes som osäkra och blev mer tidskrävande för BHV-sjuksköterskan. I och med att föräldrarna ibland upplevdes som oförberedda blev det svårt att informera och stödja mamman i det då det blev något som de inte alls hade förväntat sig. Detta var ofta en anledning till att de slutade amma på grund av att amningen tog mycket mer tid än förväntat. Majoriteten av BHV-sjuksköterskorna hade en erfarenhet av att mammorna upplevde en känsla av inbundenhet och uttryckte en vilja att känna sig fri. Det gällde då att förklara att det ena inte behövde utesluta det andra. En annan stor del till att mammorna slutade amma var att partnern skulle känna sig delaktig i matnings sammanhang och få vara del av anknytningsprocessen. I rådgivningen blev det därför viktigt att prata om parrelationer och förklara att partnern kunde vara delaktig på många andra sätt. Detta kunde vara exempelvis att byta blöja, bada bebisen, byta kläder samt sitta hud mot hud när barnet inte äter.

*“Det är ju detta att trycka på vad pappa kan göra istället, mamma kan ha allt det här med amningen och just det här med blöjbyte, baden, chilla byta kläder, gå ut på en promenad. Det finns ju babymassage. Det finns mycket att göra men när du är förstagångsförälder har du inte lösningarna för du är förstagångsförälder då är det min roll att tala om det som BVC-sjuksköterska... “ (Intervju sex)*

# Diskussion

## Metoddiskussion

För att syftet i studien skulle besvaras valdes en kvalitativ intervjustudie. Den kvalitativa designen är användbar för att utveckla mening och få djupare förståelse ur informantens egna erfarenheter (Kvale & Brinkmann, 2014). Trovärdighet, tillförlitlighet och överförbarhet är tre begrepp som beskriver kvalitén i en kvalitativ studie (Granheim och Lundman, 2004).

I studien utfördes samtliga intervjuerna gemensamt och kan ses som en styrka då båda fick ta del av intervjuerna samt att de kunde komplettera varandra i följdfrågorna. Samtidigt kunde bådadas närvaro under intervjun leda till att informanten kände sig i underläge, detta kunde i sin tur ha en negativ inverkan på intervjun (Troost, 2010). Tillförlitlighet enligt Granheim och Lundman (2004) ökar genom att intervjuer genomförs gemensamt eftersom diskussion kring intervjumaterialet samt analysprocessen lättare kan genomföras (a.a.). Enligt Danielsson (2012) bör en provintervju utföras för att testa intervjufrågorna samt upplägget gällande utrustning och tid (a.a.). Målsättning var att utföra en provintervju vilket utfördes, denna intervju valdes att inkluderas i resultatet då den svarade på syftet väl. Intervjuguiden behövde därpå inte revideras utan bedömdes fungera som stöd för att kunna besvara syftet.

Styrkan med intervjuer är att det finns utrymme att utveckla sitt svar samt intyga sig om att informanten har förstått frågan (Polit & Beck, 2012). Intervjuerna var utformade semistrukturerat, detta möjliggjorde att alla frågorna inte behövde tas upp i samma följd utan det var innehållet i intervjun som styrde (Danielsson, 2012). I föreliggande studie ingick det totalt tio intervjuer. Enligt Kvale och Brinkmann (2014) bör inte antalet informanter vara för stort då det blir svårare att uppnå djupa analyser (a.a.). Ett för stort datamaterial kan istället försvåra analysen (Henricson & Billhult, 2012). Däremot är det studiens syfte som avgör hur många informanter som behövs (Kvale & Brinkmann, 2014). Vanligtvis brukar det i kvalitativa studier vara ca 15 +/- 10 intervjuer (a.a.). Målsättningen var att rekrytera tolv deltagare till studien. Anledningen till att det däremot blev tio intervjuer berodde på att två deltagare var sjuka på inbokat möte och de hade inte möjlighet att boka nytt möte inom rimlig tidsgräns. På grund av att den insamlad data var tillräcklig valdes det att inte rekrytera två nya deltagare. Studiens trovärdighet stärktes genom att informanter från fyra olika städer i nordvästra Skåne deltog, de arbetade både inom den privata- och offentliga sektorn. Därpå

varierade informanterna gällande ålder och arbetade år inom barnhälsovården. Däremot deltog enbart kvinnor i studien vilket begränsade variationen men bedöms ändå representera yrkesgruppen inom barnhälsovården i Sverige. Överförbarheten i en kvalitativ studie handlar om i vilken omfattning som resultatet kan överföras till andra grupper (Polit och Beck, 2012). I föreliggande studie ökar studiens överförbarhet till andra barnvårdscentraler i Sverige då det är en rik variation bland informanterna.

Graneheim och Lundmans (2004) tolkning av innehållsanalys användes vid genomförandet av analysprocessen. Studiens tillförlitlighet ökade eftersom de flesta steg utfördes gemensamt. I tolkningsprocessen kan det påträffas skillnader och därför bör det i analysprocessen delta mer än en person (Graneheim & Lundman, 2004). Trovärdighet av studiens resultat ökar genom att diskussioner under analysprocessen kontinuerligt genomfördes för att minska risken för egna tolkningar (a.a.). Ytterligare ett sätt att stärka trovärdigheten i denna studie är att en utomstående har granskat arbetet kontinuerligt och kommit med återkoppling. Polit och Beck (2012) menar att om en erfaren person inom kvalitativt analysarbete granskar analysen ökar trovärdigheten. Genom att beskriva analysprocessen utförligt kan även resultatets tillförlitlighet och överförbarheten öka enligt Graneheim och Lundman (2004).

Att skriva ut intervjuer kräver mycket tid (Kvale & Brinkmann, 2014) därav transkriberades hälften av intervjuerna av vardera författaren för att effektivisera arbetet. För att transkriberingen skulle ha skett ordagrant valdes det att allt material lästes och lyssnades på. Danielsson (2012) menar att innehåll i texten kan saknas eller att det har skett tolkningsfel därav är det av stor vikt att lyssna och läsa upprepade gånger. Första intervjun transkriberades direkt efter och granskades av utomstående, detta för att se om frågorna i intervjuguiden bedömdes kunna svara på syftet. Resterade intervjuer transkriberades i slutet när alla genomförts, detta kan ses som en styrka då en uppfattning inte hunnits bildas av framtida resultat och därmed vinklades inte intervjuerna. I nästa steg tog båda del av samtliga intervjuer och strök enskilt över de meningar som matchade syftet. Därefter jämfördes det utplockade meningsbärandeenheter med varandra för att inget i texten skulle missas. Genom analysprocessen har kategorier och underkategorier förändrats flertalet gånger för att passa med innehållet. För att läsaren ska få en ökad förståelse har direkta citat från intervjuerna valts ut som reflekterar och stärker innehållet i intervjuerna. Enligt Graneheim och Lundman (2004) kan detta stärka studiens trovärdighet (a.a.).

## Resultatdiskussion

I föreliggande studie framkom det att BHV-sjuksköterskorna upplevde att de hade en viktig roll i att stödja och stärka föräldrarna kring amning utan att pressa föräldrarna. Enligt Whelan och Kearney (2014) uppskattade mammor när vårdpersonalen uppmuntrade dem till att amma. Detta stärks även av Schmied, Beake, Sheehan, McCourt, och Dykes (2011) som också skriver att mammorna i uppmuntran önskade att personalen skulle vara finkänslig utan att skuldbelägga. Enligt WHO's tio steg för en lyckad amning ska sjuksköterskan uppmuntra och stödja mammorna till att upprätthålla amningen (WHO, 2018). Vidare beskrev sjuksköterskorna i föreliggande studien att rådgivningen inte enbart handlade om hur amningen gick till, utan det var viktigt att informera om hur mjölken bildades, hur ofta ett barn skulle äta, hur de skulle suga och hur mycket de faktiskt behövde få i sig. BHV-sjuksköterskorna hade erfarenhet av att många föräldrar inte var förberedda på vad det innebar med amning, samt att amningen tog mer tid än förväntat. Enligt Schmied et al. (2011) framkom det att mammorna ville ha korrekt och detaljerad information om amningen, de eftersökte information om hur amningen gick till och varför den var bra. Samtidigt som den tilldelade informationen skulle vara positiv eftersökte även mammorna att den skulle vara realistisk (a.a.). Stockdale et al. (2011) menar på att kvinnan kommer att besluta sig för det hon anser är det bästa för barnet och för att uppnå sitt mål. Skulle det uppstå komplikationer som hindrar henne från att uppnå målen kommer hon välja andra sätt att nå dit. Därför är det viktigt att sjuksköterskorna som arbetar med amningsstöd möjliggör att kvinnan förstår målet med sin amning (a.a.).

I studiens resultat uttryckte BHV-sjuksköterskorna att det var viktigt att arbeta professionellt och att amningsrådgivningen skulle utgå från mammans personliga behov. För att rådgivningen skulle bli individanpassad var det viktigt att ta reda på vad mammans behov och att hjälpa henne till att uppnå det mål som hon kände sig tillfreds med. Enligt McInnes och Chambers (2008) studie framkom det att mammor uttryckte sig att det var viktigt att ta reda på vad de hade för kunskaper sedan innan och att sjuksköterskan skulle använda sig av ett språk som hon förstod i syfte att hitta lösningar som passade just henne. Detta kunde i sin tur kopplas till Whelan och Kearneys (2014) studie där mammorna uttryckte en önskan att bli bemötta i det kunskapsstadium som de befann sig i. I föreliggande studie framkom det att amningsrådgivningen kunde påverkas av egna erfarenheter både positivt och negativt. McInnes och Chambers (2008) skriver i sin studie att sjuksköterskans egna erfarenheter kunde

spegla rådgivningen med mamman. Om sjuksköterskan hade egna positiva erfarenheter kunde amningsrådgivningen vara stödjande och motiverande däremot om sjuksköterskan hade negativa erfarenheter kunde rådgivningen utfalla negativt (a.a.). Enligt Whelan och Kearney (2014) uppskattar mammorna när sjuksköterskorna inte la in sina egna värderingar eller erfarenhet i rådgivningen (a.a.). I Stockdale et al. (2011) motivationsteori beskriver de att sjuksköterskan ska i mötet med kvinnan vara medveten om vilka mål hon har. Mammans motivation till att amma uppkommer från hennes inställning till det. Om sjuksköterskan stärker mammans känsla av kompetens kan hon uppleva motivation och välbefinnande. Vidare menar Stockdale et al. (2011) att kunskap är en väsentlig del för att uppnå målen däremot leder det inte alltid till att mamma klarar av att upprätthålla en amning. Som sjuksköterska blir det då viktigt att känna av mammans motivation och hennes förväntningar (a.a.). Under patientlagen (SFS 2014:821) har hälso- och sjukvårdspersonal skyldighet att anpassa informationen utifrån mottagarens individuella förutsättningar (a.a.).

I föreliggande studie framkom det att BHV-sjuksköterskorna uttryckte att det var viktigt att påbörja amningsrådgivningen i ett tidigt stadium, detta upplevde de var svårt att tillgodose då många blev hemskickade från BB tidigt. Efter hemkomst kunde det ta upp till tio dagar innan en kontakt hade etablerats vilket i sin tur ledde till att många mammor hade i detta stadium redan tagit ett beslut om att amma eller inte amma. Det var även så att det upplevdes att mammorna inte fick tillräckligt med stöd på BB vilket resulterade i ett försvårat arbete för BHV-sjuksköterskan då hon var tvungen att börja om på nytt i rådgivningen och ta på sig ett större ansvar i amningsrådgivningen. McLelland et al. (2015) skriver i sin studie att mammor idag skrevs hem tidigt från BB och då hade inte bröstmjölken hunnit rinna till, detta medförde att det blir en försvårad etablerad amning. De tidiga hemgångarna ledde i sin tur till att det ställdes högre krav på BHV-sjuksköterskans kunskap (a.a.). I slutändan ledde detta till att amningsrådgivningen till störst del kom att ges av BHV-sjuksköterskan (James, Sweet & Donnellan-Fernandez, 2016). BHV-sjuksköterskorna i föreliggande studie uppgav att tiden inte alltid räckte till för att hjälpa mammorna från grunden vilket skapade frustration. Dessa känslor stärks av Whelan och Kearney (2014) som skriver att tiden utgjorde ett hinder för amningsrådgivningen och en känsla av frustration uppkom ofta (a.a.) Barimani, Oxelmark, Johansson och Hylander (2015) uppgav att nyförlösta mammor önskade mer stöd under de två första veckorna efter förlossningen då de upplevde en brist på stöd. Enligt motivationsteorin räckte det inte att tycka att amning är viktigt för att få en etablerad amning, utan det krävdes ett självförtroende och en känsla av kontroll för att lyckas (Stockdale et al., 2011). När



mamman inte värderade amningen högt eller inte trodde att hon kunde amma skapades en obalans. I andra fall när mamma tyckte att amning var viktigt och inte hade självförtroende till att amma uppstod känslor av bland annat ångest och stress. För att lyckas etablera amningen krävdes det att mamman hittade tillbaka till sin självkänsla och att ett nytt självförtroende byggdes upp. I vissa fall kanske hon även var tvungen att sänka sina krav (a.a.). BHV-sjuksköterskorna i föreliggande studie uttryckte en önskan att mammor fick mer stöd och hjälp från BB för att kunna få en fungerande amning från start. I studien gjord av Barimani et al., 2015 beskrev en del mammor en tro om att en längre vårdtid på BB kanske hade medfört att amningen hade kunnat etableras (a.a.).

I föreliggande studie uppgav sjuksköterskorna att föräldrarna hade svårt att släppa kontrollen och ville gärna ta till sig ersättningen. Detta handlade om en kontroll hos föräldrarna att veta exakt mängd barnet fick i sig. BHV-sjuksköterskorna upplevde detta som en utmaning hur man i rådgivningen skulle motivera mamma att lita på sig själv och sin förmåga, utan att vara för påstridig. Många gånger gavs barnet extra ersättning på flaska tidigt på BB, detta ledde i sin tur till att ersättningen många gånger fanns kvar som en trygghet. I en svensk artikel ifrån barnmorskeförbundets tidskrift framkom det att den ökade tillmatningen på sjukhusen med ersättning på flaska medförde att färre föräldrar lyckades få ut ersättningen helt, och vågade inte enbart lita på sin förmåga att amma (Zwedberg & Hjærtmyr, 2012). Detta ses även i Häggkvist et al., (2010) studie där det i resultatet framkom att tillmatning under barnets första levnadsvecka kunde leda till en sex gånger så hög risk att amningen skulle avslutas (a.a.) I en studie av Furber och Thomson (2006) framkom det att tillmatning skedde utan medicinsk indikation på BB och anledning till detta kunde bland annat vara att sjukvårdspersonalen ville avlasta mamman (a.a.). Barnläkarföreningen (2010) skriver att modersmjölksersättning fortfarande gavs utan medicinsk indikation och främst nattetid. De hade en tanke att det kunde bero på att mindre personal arbetade på natten vilket ledde till att tiden inte fanns att stödja eller motivera mamman att lita på sin förmåga (a.a.). Arbetsgången strider mot Socialstyrelsens föreskrifter om uppfödning (Socialstyrelsen, 2017) och WHO's tio steg till lyckad amning (WHO, 2018).

## **Konklusion och implikationer**

Denna studie beskriver BHV-sjuksköterskans erfarenhet av att ge amningsrådgivning på barnavårdscentralen. BHV-sjuksköterskorna hade erfarenheter av att de hade en viktig roll i arbetet med amning i att stödja och motivera mammorna till att lita på den egna förmågan. I rådgivningen var det viktigt att arbeta professionellt och individanpassat då varje kvinna var ett nytt möte med nya utmaningar. Däremot kunde en tidsbrist upplevas och som främst var kopplad till tidiga hemgångar från BB. De tidiga hemgångarna ledde till att amningsrådgivningen fick läggas på en mer grundläggande nivå vilket tog mer tid för BHV-sjuksköterskorna. Författarna till föreliggande studie upplever att för att uppnå framgång i amningsrådgivningen krävs det att BHV-sjuksköterskan har mycket kunskap kring amning då amning kräver både tid och arbete. Det upplevs att det finns ett glapp mellan tidiga hemgångar och när BHV-sjuksköterskorna kopplas in. Ett ökat samarbete mellan professionerna hade önskats, detta för att kunna vägleda och stötta föräldrarna till att fatta rätt beslut om att amma eller inte.

## Referenser

Amir, H. L. & Bearzatto, A. (2016). Overcoming challenges faced by breastfeeding mothers. *Australian family physician*, 45(8), 552-556.

Andersson Grenholm, E., Söderström, P. & Lindberg, B. (2016). Providing Breastfeeding Support: Experience from Child-Health Nurses. *International Journal of Child Health and Nutrition*, 5(1), 126-134. doi.org/10.6000/1929-4247.2016.05.04.1

Axelsson, I., & Lindberg, T., (2012). Nutrition. I K, Hanséus, H, Lagercrantz & T, Lindberg (Red.), *Barnmedicin* (s.83-99). Lund: Studentlitteratur.

Barimani, M., Oxelmark, L., Johansson, S-E., & Hylander, I. (2015). Support and continuity during the first 2 weeks postpartum. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(1), 409-417. doi:10.1111/scs.12144

Barnläkarföreningen. (2010). *Tillmatning av nyfödda barn på BB i Stockholms läns landsting 2010*. Hämtad 2019-12-26 från: [https://hov.barnlakarforeningen.se/wp-content/uploads/sites/3/2014/08/20110411\\_Tillmatn\\_SLL.pdf](https://hov.barnlakarforeningen.se/wp-content/uploads/sites/3/2014/08/20110411_Tillmatn_SLL.pdf)

Binns, C., Lee, M., Low, Y. W. (2016). The long-term public health benefits of breastfeeding. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 28(1), 7-14. doi: 10.1177/1010539515624964

Brodribb, W. (2004). *Breastfeeding management*. Australia: Ligare Pty

Bäckström, A. C., Herfelt Wahn, I. E. & Ekström, C. A. (2010). Two sides of breastfeeding support: experience of women and midwives. *International breastfeeding journal* 5(20), 1-8. doi: [10.1186/1746-4358-5-20](https://doi.org/10.1186/1746-4358-5-20)

Danielson, E., (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I M, Henricson (Red), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 164-174). Lund: Studentlitteratur.

- DePoy, E. & Gitlin, N.L. (1999). *Forskning - en introduktion*. Lund: Studentlitteratur
- Ekholm, L. (2016). Uppfödning och näringsbehov. I M, Magnusson, M, Blennow, E, Hagelin, C, Sundelin (Red), *Barnhälsovård- att främja barns hälsa* (s. 92-108). Stockholm: Liber.
- Feldman-Winter, L., Ustianov, J., Anastasio, J., Butts-Dion, S., Heinrich, P., Merewood, A., Homer, J.C. (2017) Best Fed Beginnings: A Nationwide Quality Improvement Initiative to Increase Breastfeeding. *Pediatrics*, *140*(1), 1-11. doi: 10.1542/peds.2016-3121
- Furber, C. M., & Thomson, A. M. (2006). "Breaking the rules" in baby-feeding practice in the UK: deviance and good practice? *Midwifery*, *22*(4), 365-376. doi: 10.1016/j.midw.2005.12.005
- Gillham, B. (2008). *Forskningsintervjun; Tekniker och genomförande*. Lund: Studentlitteratur
- Graneheim & Lundman. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today* *24*(1) 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Henricson, M. & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M, Henricson (Red), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s.130-137). Lund: Studentlitteratur.
- Häggkvist, A-P., Brantsaeter, AL., Grijbovski, AM., Helsing, E., Metzger, HM., & Haugen, M. (2010). Prevalence of breast-feeding in the Norwegian mother and child cohort study and health service-related correlates of cessation of full breast-feeding. *Public Health Nutrition*, *13*(12), 2076-2086. doi: 10.1017/S1368980010001771
- James, L., Sweet, L. & Donnellan-Fernandez, R. (2016). Breastfeeding initiation and support: A literature review of what women value and the impact of early discharge. *Women and Birth*, *30*(2), 87-99. doi: 10.1016/j.wombi.2016.09.013
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M, Henricson (Red), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 69-90). Lund: Studentlitteratur.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur.

Kylberg, E., Westlund, A. M. & Zwedberg, S. (2014). *Amning i dag*. Stockholm: Gothia.

Larsen Schilling, J. & Kronborg, H. (2013). When breastfeeding is unsuccessful – mothers' experiences after giving up breastfeeding. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 7(4): 848-856. [doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01091.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01091.x)

Lagerberg, D., Magnusson, M., & Sundelin, C. (2008). *Barnhälsovård i förändring: resultat av ett interventionsförsök*. Stockholm: Gothia Förlag och Fortbildning AB.

McInnes, J. Chambers, J. (2008) Supporting breastfeeding mothers: qualitative synthesis. *Journal of Advanced Nursing*; 62(4), 407–27. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04618.x.

McLelland, G., Hall, H., Gilmour, C. & Cant, R. (2015). Support needs of breastfeeding women: Views of Australian midwives and health nurses. *Midwifery*, 31(1), 1-6. [doi.org/10.1016/j.midw.2014.09.008](https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.09.008)

Miracle, J. D. & Fredland, V. (2007). Provider Encouragement of Breastfeeding: Efficacy and Ethics. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(6), 545-548. [doi:10.1016/j.jmwh.2007.08.013](https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2007.08.013)

Monberg Feenstra, M., Jørgine Kirkeby, M., Thygesen, M., Danbjørg, B. D. & Kronborg, H. (2018). Early breastfeeding problems: A mixed method study of mothers' experiences. *Sexual & Reproductive Healthcare*; 16(1), 167-174. [doi.org/10.1016/j.srhc.2018.04.003](https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.04.003)

Montalto, A. S., Borg, H., Buttigieg-Said, M., Clemmer, J. E. (2010). Incorrect advice: the most significant negative determinant on breastfeeding in Malta. *Midwifery*, 26(1), 6-13. doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.06.002>

Nilsson, K. (2012). Hur har det kunnat gå så snett? *Jordemodern*. Hämtad 2019-03-26 från [https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundetse/uploads/2013/10/Jordemodern\\_Nr\\_3\\_2012\\_Final\\_TemaAmning\\_Uppslag.pdf](https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundetse/uploads/2013/10/Jordemodern_Nr_3_2012_Final_TemaAmning_Uppslag.pdf)

Office for Human Research Protection (2016). *The Belmont Report*. Hämtad 2019-05-17 från <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html>

Olanders, M. (2013). *Amning i vardagen*. Stockholm: Karneval förlag.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins

Rikshandboken (2018). *Barnhälsovårdens nationella program*. Hämtad 2019-03-29 från <https://www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/barnhalsovardens-nationella-program/>

SBU. (2017). *Värdering och syntes av studier utförda med kvalitativ analysmetodik*. Hämtad 2019-05-18 från [https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok\\_kapitel08.pdf](https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok_kapitel08.pdf)

Schmied, V., Beake, S., Sheehan, A., McCourt, C. & Dykes, F. (2011). Women's Perceptions and Experiences of Breastfeeding Support: A Metasynthesis. *Birth issues in perinatal care*, 38(1), 49-60. doi: 10.1111/j.1523-536X.2010.00446.x.

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

SFS 2014:821. *Patientlagen*, Stockholm: Socialdepartementet

SFS 2018:218. *Dataskyddsförordningen*, Stockholm: Justitiedepartementet

Socialstyrelsen. (2014). *Vägledning för barnhälsovården*. Hämtad 2020-01-02 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2014-4-5.pdf>

Socialstyrelsen. (2014). *Har sociodemografin betydelse för amningsfrekvensen?* Hämtad 2019-03-29 från

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19562/2014-10-24.pdf>

Socialstyrelsen. (2017). Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om information som avser uppfödning genom amning eller med modersmjölksersättning

Hämtad 2019-05-03 från <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/200833-om-information-som-avser-uppfodning-genom-amning-eller-med-modersmjolksersattning/>

Socialstyrelsen. (2018). Statistik om amning 2016. Hämtad 2019-03-29 från

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/21056/2018-9-2.pdf>

Spiby, H., McCormick, F., Wallace, L., Renfrew, J. M., D'Souza, L., Dyson, L. (2009). A systematic review of education and evidence-based practice interventions with health professionals and breastfeeding counsellors on duration of breast feeding. *Midwifery* 25(1), 50-61. doi:10.1016/j.midw.2007.01.006

Stockdale, J., Sinclair, M., Kernohan, G., & Keller, J. (2011). Understanding Motivational Theory and Psychology of Breastfeeding. Bryar, R., & Sincalir, M.(Red./2nd.). Theory for midwifery practice. (s. 92-106). Great Britian: Palgrave Macmillan.

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2019-03-29 från [http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod\\_2014.pdf](http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf)

Svensk sjuksköterskeförening. (2016) Hämtad 2019-03-26 från:

[https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning\\_halso-och\\_sjukvard\\_for\\_barn\\_och\\_ungdomar.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning_halso-och_sjukvard_for_barn_och_ungdomar.pdf)

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Uvnäs Moberg, K. (2009). *Närhetens hormon: oxytocinets roll i relationer*. Natur och kultur.

Victora, G. C., Bahl, R., Barros, J. D. A., Franca, V. A. G., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M.J., Walker, N., Rollins, C. N., (2016). Breastfeeding 1, Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effects. *The Lancet*, 475-490.doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7.

Zwedberg, S., & Hjærtmyr, E. (2012). Amningen minskar efter tillmatning av nyfödda på BB. *Jordemodern*, 3, 32-35.

Whelan, B. & Kearney, M. J. (2014). Breast-feeding support in Ireland: a qualitative study of health-care professionals' and women's views. *Public Health Nutrition*, 18(12), 2274-2282. doi:10.1017/S1368980014002626.

World Health Organisation. (2013). *The Long-Term Effects of Breastfeeding: A Systematic Review*. Hämtad 2019-05-02 från: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/breastfeeding\\_long\\_term\\_effects/en/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/breastfeeding_long_term_effects/en/)

World Health Organisation. (u.å). *Breastfeeding infographics*. Hämtad 2019-12-23 från: <https://www.who.int/topics/breastfeeding/infographics/en/>

World Medical Association. (2013). *Declaration of Helsinki - ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 2019-05-17 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>



### Intervjuguide:

Demografiska fakta:

Kvinna                      Man

Ålder?

Vilken specialistutbildning?

När läste du din specialistutbildning?

Antal år inom barnhälsovården?

Vad tror du det har för betydelse hur olika BHV-sjuksköterskor ger amningsråd?

Vad har du för roll som BHV-sjuksköterska i amningsrådgivning?

Vad har du för erfarenheter av amningsrådgivning?

- Positiva erfarenheter
- Utmanande erfarenheter
- Vilka situationer känns särskilt svårt vid en amningsrådgivning?

Vad tror du är anledningen till att mammor slutar att amma innan fyra månader?

Avslutande frågor:

Är det något mer du skulle vilja berätta eller lägga till?

