

Resumé

Titel: Forandringsforslag til nedbringelse af tidligt ammeophør.

Baggrund: Den markante stigning i tidligt ammeophør kan være en indikator for, at der i Danmark er en udvikling i gang, hvor flere nybagte mødre fravælger eller opgiver amning efter kort tid. Denne udvikling er problematisk, idet amning har flere helbreds og sundhedsmæssige fordele for både mor og spædbarn. Det er derfor relevant at afdække, hvorledes sundhedsvæsenets tilbud omkring amning er organiseret, og hvorledes dette kan styrkes for at imødegå den stigende tendens til tidligt ammeophør.

Formål: Formålet med specialet er at opnå indsigt i sundhedsvæsenets organisering af tilbuddet omkring amning til gravide og nybagte mødre, for derved at bidrage med forandringsforslag for at imødegå den stigende tendens til tidligt ammeophør.

Metode: Med afsæt i et casestudiedesign anvendes den hermeneutiske videnskabsteoretiske position til at opnå indsigt i og forståelse for en leders, sundhedsprofessionelles og nybagte mødres oplevelser og erfaringer med Aarhus Kommunes tilbud omkring amning. Dette gøres gennem semistrukturerede forskningsinterviews. Et systematisk litteraturstudie inddrages som et bidrag til at opnå evidensbaseret viden omkring, hvorledes amning kan fremmes i forhold til organiseringen af sundhedsvæsenets tilbud omkring amning. ”Den integrerede implementeringsmodel” anvendes som teoretiske reference.

Resultater og konklusion: Følgende fokuspunkter til forandringsforslag er fundet; *styrkelse af health literacy, videreuddannelse af sundhedsprofessionelle og mere tid mellem sundhedsprofessionelle og nybagte mødre*, som kan være med til at imødegå den stigende tendens til tidligt ammeophør.

Abstract

Title: Strategies to reduce early cessation of breastfeeding.

Background: The marked increase in early cessation of breastfeeding indicates a tendency in Denmark where more women opt-out or give up breastfeeding after a short period. This is problematic since breastfeeding carries many health benefits for both infant and mother. Hence it is relevant to investigate how healthcare services in this area are organized and how they can be strengthened to counter the increasing tendency of early cessation of breastfeeding.

Aim: The purpose of the thesis is to gain insight into the healthcare systems organization of the offers for pregnant women and new mothers regarding breastfeeding, and based on this, providing strategies to counter the increasing tendency of early cessation of breastfeeding.

Method: Based on a case study design, the hermeneutical approach is used to gain insight into and understanding of a leaders, health professionals, and new mothers experiences with the offers regarding breastfeeding in the Municipality of Aarhus. This is done through semi-structured research interviews. A systematic literature study is included to obtain evidence-based knowledge about how the organization of the health care systems offers regarding breastfeeding may promote breastfeeding. “The Integrated Implementation Model” is used as a theoretical reference.

Results and conclusion: The following focus points for suggestions for improvement have been found; *strengthening of health literacy, continuing education of health professionals and more time between health professionals and new mothers may contribute to counter the increasing tendency of early cessation of breastfeeding.*

Indholdsfortegnelse

| | | |
|--------|---|----|
| 1. | Initierende problem | 6 |
| 2. | Problemanalyse | 8 |
| 2.1. | Sundhedsstyrelsens anbefalinger omkring amning | 8 |
| 2.2. | Amningens ernærings og helbredsmæssige fordele | 9 |
| 2.3. | Har faren betydning for tidlig ammeophør? | 11 |
| 2.4. | Udfordringer i forbindelse med ambulante fødsler og genindlæggelser | 11 |
| 2.5. | Betydningen af informationsformidling om amning | 13 |
| 2.6. | Hvordan påvirker samfundets holdninger og kultur tidligt ammeophør? | 15 |
| 2.6.1. | Tendens til normalisering af modermælkserstatning | 16 |
| 3. | Fokusering | 18 |
| 4. | Formål | 19 |
| 5. | Problemformulering | 19 |
| 6. | Begrebsafklaring | 20 |
| 7. | Specialets forståelsesramme | 21 |
| 7.1. | Det fortolkningsvidenskabelige paradigme og den forstående forskningstype | 21 |
| 7.2. | Den hermeneutiske videnskabsteoretiske position | 22 |
| 7.2.1. | Specialegruppens fælles forforståelse | 24 |
| 7.3. | Casestudie som specialets design | 25 |
| 7.3.1. | Udvælgelse af Aarhus Kommune som specialets case | 26 |
| 8. | ”Den integrerede implementeringsmodel” som teoretisk referenceramme | 28 |
| 9. | Metode | 30 |
| 9.1. | Rolle og anvendelse af ”Den integrerede implementeringsmodel” | 30 |
| 9.2. | Litteratursøgning for indeværende speciale | 31 |
| 9.2.1. | Indledende litteratursøgning | 31 |
| 9.2.2. | Systematisk litteratursøgning | 32 |

| | | |
|---------|---|----|
| 9.2.3. | Udvælgelse af studier..... | 33 |
| 9.3. | Interviewundersøgelse for indeværende speciale | 36 |
| 9.3.1. | Rekruttering af informanter | 36 |
| 9.3.2. | Interviewguide | 39 |
| 9.3.3. | Afvikling af interviews | 40 |
| 9.3.4. | Datahåndtering | 41 |
| 9.3.5. | Analysestrategi for det semistrukturerede forskningsinterview..... | 42 |
| 9.4. | Forskningsetiske overvejelser | 44 |
| 10. | Analyse af Aarhus Kommunes eksisterende tilbud omkring amning..... | 47 |
| 10.1. | Analyse af specialets case - Aarhus Kommunes eksisterende tilbud omkring amning | 47 |
| 10.1.1. | Sundhedsaftalen i Region Midtjylland – betydningen for det eksisterende tilbud i Aarhus Kommune | 49 |
| 10.2. | Det systematiske litteraturstudies fund | 51 |
| 10.2.1. | Studiepræsentation af det systematiske litteraturstudie | 51 |
| 10.2.2. | Primære fund i det systematiske litteraturstudie | 58 |
| 10.2.3. | Metodisk kvalitet af det systematiske litteraturstudiets fund..... | 59 |
| 10.3. | Interviewundersøgelse af den ledende sundhedsplejerske, sundhedsprofessionelle og nybagte mødre..... | 60 |
| 10.3.1. | Analyseprocessen for interviewundersøgelsen | 60 |
| 10.3.2. | Præsentation af interviewundersøgelsens informanter | 62 |
| 10.4. | Analyse af centrale elementer, der kan være med til at fremme amning..... | 64 |
| 10.4.1. | ”Ledelse” af sundhedsplejen..... | 64 |
| 10.4.2. | ”Markarbejdernes evner og vilje/interesser” i mødet med de gravide og nybagte mødre..... | 65 |
| 10.4.3. | ”Målgruppeadfærd” blandt gravide og nybagte mødre i forbindelse med amning..... | 71 |
| 10.5. | ”Implementeringsresultater” – fremanalyserede forandringsforslag | 84 |
| 11. | Diskussion..... | 85 |

| | | |
|---------|--|-----|
| 11.1. | Diskussion af de metodiske valg..... | 85 |
| 11.1.1. | Casestudie som design | 85 |
| 11.1.2. | Valg af hermeneutisk videnskabsteoretisk position og teoretisk referenceramme | 86 |
| 11.1.3. | Den systematiske litteratursøgning som metode til at indsamle evidensbaseret viden.. | 88 |
| 11.1.4. | Semistrukturerede forskningsinterviews som metode til indsamling af kvalitativ empiri | 90 |
| 11.2. | Forandringsforslag til at fremme amning..... | 97 |
| 11.2.1. | Styrkelse af health literacy | 98 |
| 11.2.2. | Videreuddannelse af sundhedsprofessionelle medarbejdere..... | 100 |
| 11.2.3. | Mere tid mellem sundhedsprofessionelle og nybagte mødre..... | 101 |
| 12. | Konklusion..... | 104 |
| 13. | Referencer | 105 |
| 14. | Bilag..... | 113 |

1. Initierende problem

I Danmark er andelen af kvinder, som påbegynder amning, steget siden 1970 frem til 2009 (Johansen, Krogh, Pant, & Holstein, 2016, p. 9). I 2012 var ammeprocenten i Danmark 89,4 procent for spædbørn, der fuld ammes i mindre end to uger fra fødslen (Sundhedsdatastyrelsen, n.d.). Frem til 2015 ses et fald på 2,2 procentpoint i andelen af kvinder, som fuld ammer efter to uger, idet ammeprocenten i 2015 var 87,2 procent (Ibid.). Stigningen i tidligt ammeophør synes væsentlig, idet denne er opstået over en periode på tre år. Denne markante stigning i tidligt ammeophør kan være en indikator for, at der i Danmark er en udvikling i gang, hvor flere nybagte mødre opgiver amning efter kort tid. Baggrunden for denne udvikling af tidligt ammeophør kendes ikke. Det findes problematisk, hvis denne tendens fortsætter, idet amning medfører en række hensigtsmæssige konsekvenser (Nilsson, Schack-Nielsen, & Jerris, 2013, p. 18). Amning synes at påvirke spædbarnets intelligens positivt (Victoria et al., 2016). Ligeledes bidrager amning til spædbarnets tidlige forældretilknytning samt evnen til senere at være del af sociale relationer (Brodén, 2004, p. 18). I tråd hermed findes amning blandt andet at kunne beskytte spædbarnet mod infektionssygdomme (Nilsson et al., 2013, p. 21). For moren kan amning eksempelvis nedsætte risikoen for brystkræft (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 2002; Ip et al., 2007, pp. 119–120).

Trods disse fordele ved amning findes der ud over tendensen til tidligt ammeophør ligeledes en anden udvikling. I 2009 blev 1,6 procent spædbørn genindlagt senere end fire timer efter udskrivelse og inden for 30 dage grundet mistrivsel og/eller fejlnæring. Frem til 2013 er tallet steget til 2,3 procent (Sundhedsdatastyrelsen, 2015). Andelen af genindlagte spædbørn er således steget med 0,7 procentpoint på fire år hvilket synes problematisk, især hvis tendensen fortsætter. Om stigningen i tidligt ammeophør er relateret til denne stigning vides ikke.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at de sundhedsprofessionelle rådgiver og formidler information til nybagte forældre omkring amning (Nilsson et al., 2013, p. 3). I ”Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser blandt Fødende 2016” (LUP) fremgår det, at 38 procent af kvinderne føler sig dårligt forberedt under graviditeten på at kunne håndtere amning. Ligeledes føler 33 procent af kvinderne, at de i høj eller nogen grad oplever at være i tvivl om amning/ernæring af spædbarnet efter hjemkomst fra hospitalet (Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, 2016, pp. 9–10). Dette svarer til, at hver tredje kvinde føler sig dårligt forberedt til – og/eller oplever at være i tvivl om amning. Stigningen i tidligt ammeophør kan være et udtryk for, at kvinderne oplever, at de ikke har

den fornødne viden eller støtte for at få amning veletableret, hvorfor flere genindlægges grundet mistriivsel og/eller fejllærning.

Med afsæt i denne stigning reviderede Sundhedsstyrelsen i 2013 anbefalingerne fra 2009 for at øge fokus på at forebygge genindlæggelser af nyfødte grundet manglende trivsel og gulsot¹ (Sundhedsstyrelsen, 2013b). Dette blev forsøgt gjort ved at styrke sundhedsvæsenets indsats i barselsperioden, ved at tilbyde observation, understøttelse af ammeetablering, kontrol af spædbarnets vækst samt støtte til forældrene (Sundhedsstyrelsen, 2013a, p. 170). På trods af denne ændring viser tallene frem til 2015 sig tilnærmelsesvis uændret, idet der er 2,2 procent spædbørn, som er blevet genindlagt (Sundhedsdatastyrelsen, 2015). Dette indikerer, at ændringerne i retningslinjerne for sundhedsvæsenets tilbud omkring amning ikke har haft effekt på genindlæggelser (Sundhedsdatastyrelsen, n.d.).

Om stigning i tidligt ammeophør og stigning i genindlæggelser er relateret er ikke undersøgt. Det findes paradoksalt, at denne udvikling forekommer trods et øget fokus fra Sundhedsstyrelsen på amning og spædbørns trivsel. Det er en folkesundhedsvidenskabelig udfordring, idet tendensen har betydning for befolkningens sundhed (Victora et al., 2016). Dette speciale tager udgangspunkt i denne udfordring og vil være rettet mod at afdække, hvordan sundhedsvæsenets tilbud omkring amning kan styrkes for at imødegå den stigende tendens til tidlig ammeophør.

¹ Gulsot skyldes øgede mængder af affaldsstoffet bilirubin i blodet, der giver gulfarvning af huden hos nyfødte. Dette er almindeligvis et godartet fænomen, men kan i nogle tilfælde blive så koncentreret, at det kræver behandling. Gulsot kan blive behandlingskrævende, hvis der opstår symptomer i form af sløvhed, slaphed og dårlig øjenkontakt, da disse kan være tidlige symptomer på påvirkning af hjernen grundet forhøjet bilirubin (Andersen, 2016).

2. Problemanalyse

Problemanalysen har til formål at fremanalysere specialets problemfelt omhandlende stigningen i tidligt ammeophør af spædbørn, der fuld ammes i mindre end to uger fra fødslen. I indeværende speciale vil denne definition blive anvendt under ”den stigende tendens til tidligt ammeophør”. Indledningsvist belyses amningens fordele for at opnå en forståelse for, hvorfor modermælk anses som den foretrukne ernæring for spædbørn. Derudover analyseres ambulante fødsler og genindlæggelser for at undersøge, om der ses en kobling med stigningen i tidligt ammeophør. Afslutningsvist udfoldes en forståelse af amningens betydning for samfundet for herigennem at undersøge, hvilken betydning dette kan have for stigningen i tidligt ammeophør.

2.1. Sundhedsstyrelsens anbefalinger omkring amning

Sundhedsstyrelsen anbefaler i deres publikation ”Anbefalinger for svangreomsorgen”, at nybagte mødre fuld ammer deres spædbarn til omkring seks måneder. Derudover anbefales, at spædbarnet ammes delvist indtil omkring 12 måneder eller længere (Nilsson et al., 2013, p. 11). Anbefalinger i forbindelse med amning er opstået på baggrund af amningens helbredsmæssige fordele og positive effekter (Nilsson et al., 2013, p. 30). Hertil har Danmark, som en del af Skandinavien, gennem flere år været kendt for at have en høj andel af kvinder, som påbegynder amning (Helsing, 2008). Mellem 95 procent og 99,5 procent af alle danske kvinder påbegynder amning efter fødslen (Kronborg, 2006, p. 1). Fra 2012 til 2015 ses en markant stigning i tidligt ammeophør, idet der var 87,2 procent, der fuld ammede efter to uger fra fødslen i 2015 imod 89,4 procent i 2012 (Sundhedsdatastyrelsen, n.d.). Inden for de seneste år ses dermed et markant fald i ammeprocenten efter to uger fra fødslen. Derudover ses der et fald i ammeprocenten fra lige efter fødslen og til de to uger efter fødslen.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at nybagte forældre tilbydes observation, understøttelse af ammeetablering, kontrol af spædbarnets vækst samt støtte til forældre (Sundhedsstyrelsen, 2013a, p. 170). Trods Sundhedsstyrelsens forsøg på at styrke sundhedsvæsenets indsats i barselsperioden viser tallene, at færre kvinder ammer fuldt ved to uger (Sundhedsdatastyrelsen, n.d.). Derfor findes fortsat en udfordring i forhold til at sikre kvinderne den fornødne viden og støtte for at lykkes med at fuld amme deres spædbørn. Implementeringen af Sundhedsstyrelsens anbefalinger må således

vurderes for at sikre, at kvinderne både forstår amningens fordele samt oplever den nødvendige støtte fra sundhedsvæsenet for at opnå en vellykket og vedvarende ammeetablering.

2.2. Amningens ernærings og helbredsmæssige fordele

Amning er det foretrukne valg som ernæring til spædbørn, og fysiologisk er næsten alle kvinder i stand til at producere den mængde modermælk, som deres spædbarn har behov for (Nilsson et al., 2013, p. 42). Hertil ses det, at modermælken følger spædbarnets behov i forhold til mængde og sammensætningen, og ændres hele tiden både i forhold til næringsstoffer og væske. Derfor varierer sammensætningen i modermælken også imellem dage, tidspunkter af dagen, fra amning til amning samt fra start til slut i den enkelte amning. Desuden er modermælken også forskellig fra kvinde til kvinde (Nilsson et al., 2013, p. 42).

Spædbørn, der ammes, har gennemsnitligt en lavere vægtøgning fra to til tre måneders alderen og resten af spædbarnets første leveår sammenlignet med spædbørn, der ernæres med modermælkserstatning (Lindhardt & Kjeldsen, 2013). En forklaring på dette kan være, at modermælkserstatning ikke på samme måde som modermælk kan tilpasse sig spædbarnets varierende behov, idet der opstår en divergens i væksten hos spædbørn, der ernæres med henholdsvis modermælk og modermælkserstatning. Hertil ses det, at modermælkserstatning har et højere indhold af protein sammenlignet med modermælk (Schack-Nielsen & Michaelsen, 2007b; Sundhedsstyrelsen, 2015a, p. 18). Det formodes således, at dette er årsagen til, at spædbørn, der ammes, har en langsommere vægtøgning (Ibid.). Ud over at amning er fordelagtig ernæring, findes amning også at have op til flere helbredsmæssige fordele (Nilsson et al., 2013, p. 18). Amning er med til at stimulere spædbarnets eget immunsystem (Hanson et al., 2003; Nilsson et al., 2013, p. 20). Generelt findes amning at beskytte spædbarnet mod infektionssygdomme som eksempelvis mellemørebetændelse, luftvejsinfektioner samt diarré (Nilsson et al., 2013, p. 21). Både et amerikansk og dansk studie indikerer, at fuld amning ligeledes har en beskyttende effekt mod at udvikle allergi hos spædbørn (Friedman & Zeiger, 2005; Schack-Nielsen & Michaelsen, 2007a). Derudover har to metaanalyser undersøgt sammenhængen mellem amning og nogle former for kræft hos børn, hvor amning ses som en beskyttende faktor (Martin, Gunnell, Owen, & Smith, 2005; Martin, Middleton, Gunnell, Owen, & Smith, 2005). Et dansk studie antyder, at der kan være en sammenhæng mellem amning og spædbørns kognitive udvikling (Schack-Nielsen & Michaelsen, 2007a). Ligeledes findes amning at kunne have en styrkende effekt på spædbørns intelligens

(Victora et al., 2016). Dette kan skyldes, at der tidligt i spædbarnets liv etableres et samspil mellem mor og spædbarn, da oplevelser af omsorg og kontakt til andre påvirker udvikling både følelsesmæssigt og socialt (Brodén, 2004, p. 18). Spædbarnets første leveår er således essentiel for evnen til at skabe relation til andre mennesker (Ibid.). Amning har en vigtig betydning for, at der bliver skabt en nær relation mellem spædbarn og moren samt at sikre spædbarnets grundlæggende erfaringer om, hvordan der interageres med andre mennesker. Der findes derfor folkesundhedsvidenskabelige fordele ved at anbefale amning som den foretrukne ernæringsform for spædbørn.

Derudover findes amning at have helbredsmæssige fordele for moren, herunder nedsætter amning risikoen for forskellige kræftformer (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 2002; Victora et al., 2016). Desuden nedsætter amning muligvis risikoen for udviklingen af type 2-diabetes sammenlignet med mødre, som ikke ammer (Ip et al., 2007, pp. 119–120). Ligeledes ses der en tendens til, at der er en sammenhæng mellem ikke at amme og fødselsdepression (Ip et al., 2007, pp. 130–131). Ammevarighedens påvirkes af mange elementer, herunder de sociodemografiske og psykosociale faktorer. De nybagte mødres socioøkonomiske status påvirker ammevarigheden, idet jo højere socialgruppe mødrene tilhører, jo længere er ammevarigheden (Kronborg, 2006, pp. 2–4). Ældre kvinder og kvinder med højere uddannelsesniveau har ligeledes en længere ammevarighed. Nybagte mødre, som ikke ryger, ammer i længere tid end nybagte mødre, som ryger. Desuden ammer overvægtige mødre i kortere tid. De nybagte mødres psykosociale faktorer er ligeledes associeret med ammevarigheden, herunder morens egen intention om at ville amme (Ibid). Morens self-efficacy påvirker amningen, da morens tiltro til at kunne håndtere amning påvirker ammeperiodens varighed. Den nybagte mors viden og sikkerhed i forhold til mængde af mælk er en selvstændig faktor, som påvirker ammevarigheden positivt for førstegangsfødende. Endelig viser det sig, at morens opfattelse af netværkets syn på hendes amning har en positiv påvirkning på ammeperioden (Ibid.).

Grundet de ovenstående helbredsmæssige fordele for både spædbarnet og moren, samt de mange faktorer, der påvirker ammevarigheden, findes Sundhedsstyrelsens anbefalinger om amning, som den foretrukne ernæring til spædbørn, relevante. Hvortil det synes problematisk, at graden af tidligt ammeophør er stigende.

2.3. Har faren betydning for tidlig ammeophør?

Opfattelsen af forældreskab kan ligeledes formodes at have en betydning for amning (Brodén, 2004, p. 113). I forældreskabet synes det vigtigt, at samarbejdet forældrene imellem er godt, da forældrene i fællesskab skaber rammen for spædbarnet (Ibid.). Normen for hvordan rollerne som værende far og mor anses, afhænger med stor sandsynlighed af kulturelle og sociale tilhørsforhold (Brodén, 2004, p. 103). Farens rolle har været under forandring som følge af øget ligestilling mellem køn i samfundet (Brodén, 2004, p. 108; Madsen, 2003). Farens rolle har udviklet sig fra at være en baggrundsfigur til at være en central tilknytningsperson for spædbarnet (Ibid.). Der ses således en øget interesse hos faren i at bidrage, pleje og yde omsorg for spædbarnet (Ibid.). I tråd hermed opleves, at både moren og faren spiller en stor rolle for spædbarnet, og at tilknytningen til begge forældre er ligeværdig (Brodén, 2004, p. 109). Et svensk studie fra 2008 viser, at nybagte fædre generelt finder amning som værende godt og sundt for deres nyfødte spædbarn (Fägerskjöld, 2008). Dog beskriver nogle af fædrene en oplevelse af, at føle sig ubetydelig, idet moren varetager spædbarnets ernæring. En af fædrene beskriver paradokset om at ønske spædbarnet det bedste i form af amning, og samtidig erkende fordelene ved at ernære spædbarnet ved brug af flaske. Flasken gør, at denne far føler sig et skridt foran andre fædre, hvis spædbørn ammes, idet han fra spædbarnets fødsel har givet ernæring på lige fod med moren (Ibid.). Det er uklart, om denne udvikling i rollefordeling kan have en påvirkning på tidligt ammeophør i Danmark.

2.4. Udfordringer i forbindelse med ambulante fødsler og genindlæggelser

I 2009 og 2010 blev der af Sundhedsstyrelsen opsat rammer for, hvor længe en indlæggelse i forbindelse med fødsel bør vare. Flergangsfødende, med ukomplicerede fødsler, hjemsendes normalt efter fire til seks timer efter fødslen. Førstegangsfødende med ukomplicerede forløb tilbydes dog indlæggelse i op til 48 timer efter fødslen (Sundhedsstyrelsen, 2011). Dette betegnes som værende ambulante fødsler (Ibid.). Modermælken løber normalvis til inden for de første to til fire dage (Bang, 2013). Dette betyder dermed, at flere nybagte mødre udskrives før amningen er etableret, og før mælken er løbet til.

Sundhedsstyrelsen anbefalede i 2009, at der blev etableret et sikkerhedsnet, der skulle sikre, at familier, der blev tidligt hjemsendt, havde mulighed for at tage kontakt til sundhedsprofessionelle

efter hjemsendelse. Ved kontakt kan den sundhedsprofessionelle forsøge at vurdere om spædbarnets ernæring og trivsel (Sundhedsstyrelsen, 2011).

Sikkerhedsnettet, som blev anbefalet fra 2009, består af en telefonisk kontakt mellem familie og jordemoder dagen efter hjemsendelse, to jordemoderbesøg og sundhedsplejerskebesøg på tredje og femte dagen efter fødslen (Sundhedsstyrelsen, 2011). I 2013 ses en stigning i genindlæggelser af spædbørn grundet mistrivsel og/eller fejlnæring. I 2009 blev 1,6 procent genindlagt og frem til 2013 er tallet steget til 2,3 procent (Sundhedsdatastyrelsen, 2015). En gennemgang fra 2011 indikerer, at regioner og kommuner har svært ved at imødekomme det ønskede sikkerhedsnet. Det viser sig, at samtaler med jordemødre efter fødslen ikke altid imødekommes, samt at sundhedsplejerskerne oftest først er i kontakt med familierne op til syv dage efter fødslen (Sundhedsstyrelsen, 2011). Strukturen omkring indlæggelse ændres til værende kortere, og der opleves udfordringer ved at opretholde det anbefalede sikkerhedsnet i forhold til hjemmebesøg af henholdsvis jordemoder og sundhedsplejerske (Ibid.). Mangel på opretholdelse af sikkerhedsnettet kan forudsættes at have en indflydelse på tidligt ammeophør.

Med afsæt i stigningen i genindlæggelser og udfordringer med at imødekomme anbefalingerne reviderede Sundhedsstyrelsen i 2013 ”Anbefalinger for svangreomsorgen” fra 2009, for at øge fokus på at forebygge genindlæggelser af nyfødte grundet manglende trivsel og gulsot (Sundhedsstyrelsen, 2013b). I takt med den negative udvikling af genindlæggelser besluttede Sundhedsstyrelsen i 2011 at indføre vækstkurver fra World Health Organization (WHO). Disse kan anvendes til at følge spædbørns vækst, og derved afspejle væksten hos et sundt og raskt spædbarn. Vækstkurven kan således opspore vækstforstyrrelser hos spædbarnet (Sundhedsstyrelsen, 2015b, pp. 6–7). Trods øget fokus på at forebygge genindlæggelser kan det ses på tallene frem til 2015, at procentdelen synes tilnærmelsesvis uændret, idet der er 2,2 procent, der er blevet genindlagt (Sundhedsdatastyrelsen, 2015). Der kan sættes spørgsmålstegn ved, om tidlig hjemsendelse efter fødsel er forbundet med tendensen til tidligt ammeophør samt stigningen i genindlæggelser grundet mistrivsel og/eller fejlnæring.

Når Sundhedsstyrelsens nyeste anbefalinger i ”Anbefalinger for svangreomsorgen” ses i sammenhæng med udviklingen frem til 2015, hvor flere stopper tidligt med amning, kan det antydes, at disse anbefalinger ikke er blevet veletableret. Dette kan være en risikofaktor for

mistrivsel og/eller fejlnæring og behov for genindlæggelse. Hertil kan det overvejes, hvorvidt tidlig udskrivelse påvirker ammepercenten negativt. Hvis ikke de familier, der udskrives kort efter fødslen, får den fornødne hjælp, som indebærer at blive fulgt op af hospitalet og sundhedsplejersken, kan det medføre en større usikkerhed hos familien. Dette kan have den konsekvens, at familierne grundet usikkerhed ophører amning inden for de første uger efter fødslen, og vælger at supplere med eller overgå til modermælkserstatning (Rollins et al., 2016). Dette kan ligeledes medføre en negativ spiral, hvis familierne vælger at supplere med modermælkserstatning, idet dette betyder, at kvindens bryst ikke stimuleres til at producere mælk. Mælkeproduktionen vil derved falde, hvis der suppleres med modermælkserstatning uden at stimulere brystet (Rollins et al., 2016). Ved supplering med modermælkserstatning, vil mælkeproduktionen falde over tid, og dermed ikke kunne opfylde spædbarnets behov (Nilsson et al., 2013, p. 79). For at forhindre denne negative spiral må det forventes, at sundhedsvæsenets tilbud omkring amning sikrer, at mødrene får den nødvendige viden og støtte til at opretholde amning uden supplering af modermælkserstatning.

I forbindelse med nye retningslinjer, som skal implementeres, kan det være fordelagtigt at anvende en model til at belyse forskellige elementer til en forståelse af disse, som påvirker implementering af politiske beslutninger. En model til dette kunne eksempelvis være ”Den integrerede implementeringsmodel”, som netop kan være med til at bidrage til synliggørelsen af centrale elementer til forståelsen af hvilke, som påvirker implementering af politiske beslutninger (Winter & Lehmann Nielsen, 2013, pp. 22–23). Modellen indeholder blandt andet ”Ledelse”, ”Markarbejdernes evner og vilje/interesser” samt ”Målgruppeadfærd” er generelle og kan anvendes på forskellige politikområder, hvor modellens elementer kan variere afhængig hvilken politiktype det omhandler (Winter & Lehmann Nielsen, 2013, p. 21).

2.5. Betydningen af informationsformidling om amning

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at sundhedsprofessionelle rådgiver og formidler information, der omhandler blandt andet amning (Nilsson et al., 2013, p. 3). Ved kommunikation mellem sundhedsprofessionelle, eksempelvis jordemødre og sundhedsplejerske, og lægfolk, de gravide, kan der opstå udfordringer. Dette kan ifølge den amerikanske psykiater Arthur Kleinman (Kleinman) skyldes forskel på, hvor fokus inden for sundhedsområdet befinder sig (Jensen, 1997, pp. 27–29). Lægmandsperspektivet er karakteriseret ved subjektivitet og er oplevelses- og hverdagsorienterende (Timm, 1997, p. 25). Hvorimod det sundhedsprofessionelle perspektiv tager sit afsæt i en

autoriseret uddannelse, hvor medicinsk rationalitet og videnskab står i centrum (Jensen, 1997, pp. 27–29). Kleinman argumenterer for, at der kan opstå kommunikationsproblemer, hvis ikke der tages højde for forskellige opfattelser af en given situation, og modpartens perspektiver kan fremstå irrationelle (Kleinman, 1981, pp. 71–73). I forhold til information omkring amning kan det dermed betyde, at der kan opstå en konflikt i måden hvorpå de nybagte mødre og de sundhedsprofessionelle forstår helheden omkring amning. De sundhedsprofessionelle opbygger deres viden gennem uddannelse og vidensdeling, og er dermed en mere homogen gruppe, sammenlignet med lægfolket, der fremstår som en mere heterogen gruppe. De nybagte mødres viden bygger på informationer givet fra henholdsvis sundhedsprofessionelle, andre kvinder samt personlig erfaring. De nybagte forældres sociale netværk, som består af venner og familie, har en betydning for amning, idet mange beslutninger bliver taget i samspil med netværket (Nilsson et al., 2013, p. 54). Det sociale netværk har en betydning for de valg, som forældrene træffer samt om valgene kan gennemføres (Sundhedsstyrelsen, 2013a, p. 173).

Sundhedsstyrelsens publiceret i 2013 ”Amning – en håndbog for sundhedspersonale”. Formålet var at sikre, at de sundhedsprofessionelle tager udgangspunkt i den nyeste viden omkring amningens fordele, når de rådgiver gravide og nybagte forældre om amning (Nilsson et al., 2013, p. 13). Med afsæt i stigningen i tidligt ammeophør kan der derfor stilles spørgsmål ved, om den anbefalede rådgivning tildeles gravide og nybagte forældre og om denne er fyldestgørende. Desuden om rådgivning er den bedste eller mest optimale metode at benytte for at mindske tidligt ammeophør.

Siden 2012 er der i Danmark årligt gennemført LUP, som sætter fokus på kvinders oplevelser i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel med sundhedsprofessionelle (Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, 2017). Af undersøgelsen fra 2015 fremgår det, at 30 procent af de adspurgte kvinder ikke føler sig forberedt på amning under deres graviditet. Derudover føler næsten 20 procent af de adspurgte kvinder, at de ikke får den hjælp, de har brug for, for at kunne amme eller give modermælkserstatning til deres spædbarn, mens de er på hospitalet. Desuden oplever i alt 33 procent af kvinderne, at de i høj eller i nogen grad er i tvivl om noget vedrørende amning eller ernæring til deres spædbarn, efter de kommer hjem fra hospitalet (Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, 2015, pp. 9–10).

Efter resultaterne fra 2015 har regionerne haft fokus på blandt andet amning, herunder følgende fokuspunkter: tværfagligt og tværsektorielt fokus på amning, sikre bedre adgang til information om amning, tilbud om samtaler med en ammespecialist og uddannelse af sundhedsprofessionelle i vejledning om amning (Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, 2016, p. 4). I undersøgelsen fra 2016 fremgår det, at i alt 38 procent af kvinderne føler sig dårligt eller virkelig dårligt forberedt under graviditeten på at kunne håndtere amning (Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, 2016, p. 9). Sammenlignet med 2015 er det en stigning på over otte procentpoint i kvinder, som under graviditeten ikke føler sig forberedt på amning. I 2016 oplever 33 procent af kvinderne i høj eller nogen grad at være i tvivl om amning/ernæring til spædbarnet efter hjemkomst fra hospitalet (Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, 2016, p. 9). Dette er dermed ikke forandret siden 2015. I 2016 er der i alt 18 procent af kvinderne, som ikke oplever at få den hjælp, som de har brug for, for at etablere amning på hospitalet (Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, 2016, p. 10). Dette er en forandring på knap to procentpoint fra 2015.

Det er bemærkelsesværdigt, at en del af de adspurgte kvinder ikke føler sig tilstrækkeligt informeret omkring amning trods fokus herpå. Det kan derfor overvejes, hvordan information om amning bliver formidlet af sundhedsprofessionelle, og hvordan informationen bliver modtaget af de nybagte forældre. Ligeledes kan det overvejes om organiseringen omkring viden og støtte til kvinderne er optimalt struktureret. Ved anvendelse af resultaterne fra LUP må der være bevidsthed om, at empiri er indsamlet ved anvendelse af et spørgeskema (Region Hovedstaden, 2016). Det fremgår ikke klart, hvorledes de anvendte spørgsmål er blevet udvalgt, og om disse er valideret. Dette er væsentligt, da spørgsmålenes formulering kan være afgørende for, hvordan informanterne forstår de opstillede spørgsmål, og om der derved kan opstå skævvridning af data (Olsen, 2006, p. 68). Det kan således være forskelligt, hvorledes de nybagte mødre forstår og bevarer spørgsmålene, hvorfor deres svar ligeledes kan afspejle dette. Det kan formodes, at der kan opstå situationer, hvor de nybagte mødre kan have svært ved præcist at huske bestemte situationer i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel.

2.6. Hvordan påvirker samfundets holdninger og kultur tidligt ammeophør?

Information om samt støtte til amning til gravide og nybagte mødre synes at blive mindre og mindre (Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, 2017). Der ses en medikalisering af eksempelvis fødsel og sundhedsvæsenet generelt (Illich, 1982). Behovet for professionel støtte må derfor

forventes øget, hvilket ses som kontrast til, at de gravide og nybagte mødre oplever mangel på tilstrækkelig støtte og information. Amning anbefales, men gennem medikaliseringen kan nybagte mødre opleve udfordringer ved selv at varetage amning og aflæse spædbarnets signaler.

Medikalisering defineres som følgende: *"A process whereby more and more of everyday life has come under medical dominion, influence and supervision"* (Conrad, 1992, p. 210). Dette betyder, at der opstår en medikalisering af samfundet når områder, som tidligere var en naturlig del af livet, nu varetages af sundhedsvæsenet og herigennem gør individet afhængige heraf (Illich, 1982). Dette er, hvad der kan antages, at der er sket ved indførelsen af eksempelvis vækstkurven til spædbørn. Sundhedsprofessionelle vurderer dermed, om det enkelte spædbarn trives eller har brug for yderligere ernæring ud fra vækstkurven, i stedet for at vurdere spædbarnets generelle trivsel. En konsekvens af medikaliseringen kan dermed være, at der sker en medicinsk skadelig påvirkning af individets sundhed, hvis der er andre, som varetager den enkeltes helbred og sundhed, således at individets opfattelse af sig selv ændres til noget negativt (Illich, 1982). Risiko ved dette kan være, at sundhedsprofessionelle overtager vurderingen af spædbarnets tilstand ud fra få observationer, da nybagte mødre er i mindre kontakt med sundhedsprofessionelle. Dermed kan den enkelte mor miste kompetencen til eller troen på, at hun selv kan håndtere og varetage sit spædbarns behov. Hertil kan udviklingen omkring den manglende kompetence ligeledes være påvirket af, at kvinder i gennemsnit føder færre børn, sammenlignet med tidligere, hvilket medfører mindre adgang til at gøre sig erfaringer med spædbørn og amning (Danmarks statistik, 2017).

2.6.1. Tendens til normalisering af modernælkserstatning

Amning er det naturlige valg i forhold til ernæring af spædbørn (Nilsson et al., 2013, p. 11). Trods dette er der opstået en negativ tendens til, at samfundet ser skævt til mødre, der ammer offentligt. Dette kan medføre en yderligere usikkerhed omkring amning hos nybagte mødre. Flere mødre udtaler, at de i løbet af de senere år er blevet nervøse for at amme deres spædbørn uden for hjemmet (Ammenet, n.d.). Dette begynder til dels i 2011, hvor en mor blev bortvist fra en café på grund af amning. I 2013 afgjorde Ligebehandlingsnævnet², at caféer og restauranter gerne må forbyde amning. Denne lov skyldes, at amning ikke anses som en forskelsbehandling på grund af køn, men derimod handler om selve amningen og ikke ammende mødre generelt, som afvises. Nævnet

² Ligebehandlingsnævnet behandler klager uden for arbejdsmarkedet omhandlende forskelsbehandling på grund af køn, race og etnisk oprindelse (Ankestyrelsen, n.d.).

vurderede dermed, at hensynet til de øvrige kunders blufærdighed er det afgørende i denne sag (Ministeriet for Børn, 2013). Hertil kan det virke paradoksalt, at samfundet opfordrer mødre til at amme, og samtidig synes samfundet ikke at støtte mødre i at amme i det offentlige rum. Der opstår dermed en diskrepans mellem Sundhedsstyrelsens anbefalinger omkring amning og opfattelsen af, at amning ikke bør finde sted offentligt, for at respektere andres blufærdighed. Der fremkommer en skarp kontrast til, hvad Sundhedsstyrelsen anbefaler og hvad mødre oplever, når de nægtes eller begrænses i muligheden for at amme. Dette kan være med til at påvirke samfundets generelle holdning til amning, og dermed være med til at påvirke ammeprocenten, idet samfundets holdninger og værdier er med til at påvirke amning.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at spædbørn ammes fuldt til de er omtrent seks måneder, idet det er sundeste for spædbarnet (Nilsson et al., 2013, p. 3). En utilsigtet konsekvens ved at fremme amning kan være, at mødre vil kunne føle sig stigmatiseret af omverdenen ved at give deres spædbarn modermælkserstatning. Stigmatisering kan ske, når der er en uoverensstemmelse mellem et individs faktiske og tilsyneladende sociale identitet (Goffman, 2009, p. 83). Stigma er det sociale møde mellem det normale og afvigelsen. Det er ikke handlingen, som bliver stigmatiseret, men derimod den mening iagttageren tillægger netop den handling (Goffman, 2009, pp. 89–91). Mødre, der prioriterer at amme deres spædbørn, kan ende med at føle sig stigmatiseret, når der i det offentlige rum opstår en oplevelse af, at amme er blufærdighedskrænkende. Den nye tendens dermed virke modsat og kan medføre, at modermælkserstatning normaliseres og amning stigmatiseres. Det vil i den forbindelse synes naturligt, at Sundhedsstyrelsens anbefalinger styrker argumentationen for, at amning er det naturlige valg, og derved skaber en normalisering af dette. Trods dette er tidligt ammeophør stigende, hvilket kan være en antagelse om, at de familier, der vælger modermælkserstatning ikke stigmatiseres, idet modermælkserstatning normaliseres. En utilsigtet konsekvens ved at normalisere modermælkserstatning kan være, at amningens gavnlige effekter ikke i samme grad bliver formidlet til de nybagte forældre.

3. Fokusering

Den markante stigning i tidligt ammeophør kan være en indikator for, at der i Danmark er en udvikling i gang, hvor flere gravide og nybagte mødre fravælger eller opgiver amning efter kort tid. Sundhedsstyrelsen har gennem en revidering af ”Anbefalinger for svangreomsorgen” forsøgt at skabe et øget fokus på at styrke sundhedsvæsenets indsats i barselsperioden for, at nybagte mødre kan opnå tilstrækkelig viden om samt støtte til at lykkes med amning, gennem sundhedsvæsenets tilbud omkring amning (Sundhedsstyrelsen, 2013a, p. 170). Trods dette ses der en tendens til, at stigningen fortsætter og resultaterne fra LUP indikerer, at nybagte mødre ikke føler sig tilstrækkeligt støttet af sundhedsvæsenet og forberedt til at amme (Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, 2016, pp. 9–10). Denne udvikling er problematisk, idet amning har flere helbreds- og sundhedsmæssige fordele for både mor og spædbarn (Nilsson et al., 2013, p. 30). Det er derfor relevant at afdække, hvorledes sundhedsvæsenets tilbud på dette område kan styrkes for at imødegå den stigende tendens til tidligt ammeophør. Det er uklart om hospitalernes udbredte brug af tidlig hjemsendelse er forbundet med tendensen til tidligt ammeophør, hvorfor organiseringen af sundhedsvæsenets tilbud omkring amning må undersøges nærmere. Dette gøres med inspiration fra ”Den integrerede implementeringsmodel”, som kan være med til at bidrage til synliggørelsen af centrale elementer til forståelsen af hvilke, som påvirker implementering af politiske beslutninger (Winter & Lehmann Nielsen, 2013, pp. 22–23). ”Den integrerede implementeringsmodel” anvendes som et bidrag til at synliggøre nogle af de elementer, der kan have en påvirkning på, hvorledes det eksisterende tilbud omkring amning er organiseret i sundhedsvæsenet.

4. Formål

Formålet med specialet er at opnå indsigt i sundhedsvæsenets organisering af tilbuddet omkring amning til gravide og nybagte mødre, for derved at bidrage med forandringsforslag for at imødegå den stigende tendens til tidligt ammeophør.

5. Problemformulering

Følgende problemformulering skal søge at indfri specialets formål:

Hvordan kan organiseringen af sundhedsvæsenets tilbud omkring amning, med afsæt i ”Den integrerede implementeringsmodel”, bidrage til at imødegå den stigende tendens til tidligt ammeophør?

For at kunne udforme forandringsforlag ønskes det at opnå indsigt i lederes, sundhedsprofessionelles og nybagte mødres oplevelser og erfaringer med organiseringen af sundhedsvæsenets tilbud omkring amning, da disse er i direkte og daglige berøring med og påvirkning af tilbuddet. I indeværende speciale tages der udgangspunkt i Aarhus Kommunes tilbud omkring amning. Sammenkoblet med et systematiske litteraturstudie vil mulige forandringsforslag udarbejdes, som kan være med til at bidrage til at fremme amning.

Derved vil der være fokus på følgende forskningsspørgsmål i arbejdet med at belyse problemstillingen:

- 1. Hvilke oplevelser og erfaringer har ledere, sundhedsprofessionelle og nybagte mødre af organiseringen af Aarhus Kommunes tilbud omkring amning?*
- 2. Hvilke elementer kan ud fra ovenstående samt et systematisk litteraturstudie være med til at fremme amning i forhold til det nuværende tilbud i Aarhus Kommune?*

6. Begrebsafklaring

Organiseringen defineres i indeværende speciale som værende strukturen og organiseringen af et offentligt tilbud med udgangspunkt i ”Den integrerede implementeringsmodel”.

Sundhedsvæsenets tilbud defineres i dette speciale, som værende omhandlende alle offentlige tilbud omkring amning. Ligeledes betegnes *Aarhus Kommunes tilbud* som værende både de kommunale og regionale tilbud, som de gravide og nybagte mødre, som er bosat i Aarhus Kommune, tilbydes omhandlende amning i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel.

Tidligt ammeophør defineres i følgende speciale som værende nybagte mødre, der inden for de første to uger efter fødslen er stoppet med at fuld amme.

7. Specialets forståelsesramme

I det følgende præsenteres specialets paradigme, forskningstype, videnskabsteori og design, som tager udgangspunkt i specialets problemformulering og besvarelsen af denne. Disse fremstilles for at skabe indsigt i overvejelserne omhandlende specialets forståelsesramme og genereringen af den indsamlede empiri til at besvare problemformuleringen, for dermed at kunne følge processen i indeværende speciale. Ligeledes er formålet at skabe transparens, idet videnskabsteoriske grundantagelser har indvirkning for de resterende valg og trin i forskningsprocessen (Juul & Pedersen, 2012, pp. 399–400).

7.1. Det fortolkningsvidenskabelige paradigme og den forstående forskningstype

Specialets formål er at bidrage til at imødegå den stigende tendens til tidligt ammeophør. Ønsket er at forstå, hvordan sundhedsvæsenets tilbud omkring amning er organiseret, og hvorledes disse kan forbedres set ud fra lederes, sundhedsprofessionelles og nybagte mødres oplevelser og erfaringer med tilbuddet. Specialet lægger sig op af det fortolkningsvidenskabelige paradigme i besvarelsen af indeværende problemformulering. Inden for det fortolkningsvidenskabelige paradigme er fokus på, at viden og indsigt i sociale forhold er essentiel for at kunne opnå indlevelse i og forståelse for sociale fænomener (Launsø, Olsen, & Rieper, 2014, p. 61). Dette paradigme bygger på teorier, metoder og empiri, der kan bidrage til en forståelse af menneskelige handlinger. Under det fortolkningsvidenskabelige paradigme er fokus på menneskers beskrivelse af sig selv, begivenheder de oplever, deres aktiviteter og handlinger samt de erfaringer, de gør sig (Ibid.). I indeværende speciale ønskes der en forståelse af, hvorledes sundhedsvæsenets tilbud omkring amning er organiseret. Den indsamlede empiri omkring lederes, sundhedsprofessionelles og nybagte mødres oplevelser og erfaringer, kan give indblik i, hvorledes de enkelte beskriver deres oplevelser af, perspektiver på og erfaringer med sundhedsvæsenets tilbud. Dernæst anvendes dette til at opnå indsigt i, hvordan sundhedsvæsenets tilbud omkring amning, til gravide og nybagte mødre, kan forbedres, og derved bidrage til at imødegå den stigende tendens til tidligt ammeophør.

Til at søge viden om det fænomen, som forskeren ønsker at undersøge, anvendes den forstående forskningstype, hvilket oftest helt eller delvist baseres på de udforskede menneskers perspektiv. Hertil må forskeren engagere sig i at fortolke de udsagn, der ytres, og hvor forforståelse konstrueres af det sociale fænomen, som undersøges. Undervejs i erkendelsesprocessen genskabes og

rekonstrueres denne (Launsø et al., 2014, pp. 23–27). Sundhedsvæsenets tilbud omkring amning er det fænomen, som specialet ønsker at undersøge og søge viden om. Dette for at opnå større indsigt i sundhedsvæsenets tilbud omkring amning, og hvorledes lederes, sundhedsprofessionelles og nybagte mødres oplevelser og erfaringer er med tilbuddet.

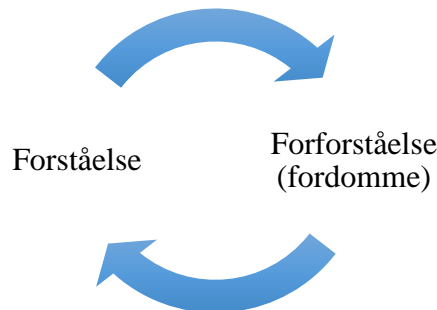
7.2. Den hermeneutiske videnskabsteoretiske position

Med afsæt i specialets problemformulering ønskes at fremtolke den indsamlede empiri med anvendelse af egen forforståelse. Hertil findes den hermeneutiske videnskabsteoretiske position anvendelig. Hermeneutik betyder fortolkningskunst samt fortolkning (Juul, 2012, p. 107). Begrebet fortolkning bygger ikke på empiriske observationer eller målinger, men på forskerens evne til at fremtolke den mening, der gemmer sig i eksempelvis en social handling eller tekst (Juul, 2012, p. 109). Ved ønsket om at anvende en hermeneutisk tilgang er det muligt i specialets undersøgelse, at indfange lederes, sundhedsprofessionelles og nybagte mødres oplevelser og erfaringer af sundhedsvæsenets tilbud omkring amning.

Ud fra den filosofiske hermeneutiske videnskabsteoretiske position argumenterer den tyske filosof Hans-Georg Gadamer (Gadamer) for, at menneskers viden om et givent fænomen, hverken bør, kan glemmes eller tilsidesættes, når det pågældende fænomen ønskes undersøgt eller forstået (Dahlager & Fredslund, 2015, p. 157). Gadamer hævder, at det udforskende subjekt ikke kan adskilles fra det udforskede objekt. Ifølge Gadamer er fordomme et aktivt element i forståelsen (Ibid.). Da specialegruppen aktivt anvender egen forforståelse, vil den filosofiske hermeneutik være den videnskabsteoretiske position i indeværende speciale. I tråd hermed mener Gadamer, at fordomme er nødvendige, for at kunne forstå et fænomen (Dahlager & Fredslund, 2015, p. 161). Hvorfor denne videnskabsteoretiske position ligeledes findes anvendelig til at opnå en større forståelse for lederes, sundhedsprofessionelles og de nybagte mødres oplevelser og erfaringer med sundhedsvæsenets tilbud omkring amning.

Et fælles grundlag i de hermeneutiske skoler er den hermeneutiske cirkel (Dahlager & Fredslund, 2015, p. 159). Den hermeneutiske cirkel hviler på en forståelse af, at en specifik mening kun kan forstås med enkelte dele ved at se dem i en helhedssammenhæng og samtidig kun kan forstå helheden ud fra delene, som skaber helheden (Ibid.). Ved den filosofiske hermeneutik er både subjekt og objekt integreret i den hermeneutiske cirkel, og disse kan ikke adskilles fra hinanden i

denne optik (Dahlager & Fredslund, 2015, p. 160). Ifølge Gadamer består den hermeneutiske cirkel af forforståelse, som ligeledes betegnes fordomme, og forståelse (Ibid.).



Figur 1: Den hermeneutiske cirkel.

Som forskere af nærværende speciale har specialegruppen en viden og forforståelse om problemfeltet. Desuden har specialegruppen en holdning, en historisk og kulturel baggrund, som specialegruppen bør være bevidste om i resultatbearbejdningen og benytte aktivt og kritisk i analysefaserne. Dette er i den hermeneutiske cirkel udtryk for forskerens situation og horisont (Dahlager & Fredslund, 2015, p. 160). Med situation forstås den enkeltes sted og udgangspunkt for at forstå emnet, hvortil horisont forstås, som den enkeltes rækkevidde for udsyn om emnet, og kan ændres til en ny forståelse/horisont (Ibid.). De nybagte mødre, som deltager i interviewundersøgelsen, har ligeledes en individuel situation og horisont. Processen i den hermeneutiske cirkel anvendes ved, at fund fra de afholdte interviews analyseres op imod specialegruppens forforståelse og viden om problemfeltet. Hermed opstår en såkaldt horisontsammensmeltning (Gadamer, 2004, p. 367). Herefter fortsætter den cirkulære proces ved at fundene sættes i sammenhæng med fund fra studier af lignende karakter. Processen fremstår dermed som en cirkulær vekselvirkning mellem praksis og teori, informanter og forskere. Denne proces fortsætter til, der opstår en ny forforståelse og horisontsammensmeltning, og de enkelte dele i processerne sættes sammen til en helhed (Birkler, 2007, p. 98; Gadamer, 2004, p. 291).

I analysearbejdet vil der løbende være en cirkulær proces mellem forståelse/forforståelse og fortolkning, hvorfor specialegruppen er opmærksom på egen forforståelse samt aktiv anvendelse af denne i resultatbearbejdningen. For indeværende speciale betyder dette, at specialegruppens forforståelse vil være med til at opnå forståelse af mekanismerne bag ved sundhedsvæsenets tilbud omkring amning, ledes, sundhedsprofessionelles og de nybagte mødres perspektiver herpå og

tilbuddets betydning for ammeindsatsen. Derved kan der generes ny viden omhandlende hvorledes den stigende tendens til tidligt ammeophør kan imødegås, og specialegruppens forforståelse vil aktivt og bevidst blive brugt igennem hele specialet.

7.2.1. Specialegruppens fælles forforståelse

Med udgangspunkt i den filosofiske hermeneutik er forskerens egen forforståelse med til at påvirke forskningsprocessen, idet denne spiller sammen med forståelsen af det, som udforskes (Dahlager & Fredslund, 2015, p. 163). For aktivt at bruge forforståelse er der, inden for den filosofiske hermeneutik, fire metodiske principper. Det første princip er, at forskeren skal gøre sig bevidst om sin egen forforståelse, idet den er en del af forskningen (Dahlager & Fredslund, 2015, p. 163). Andet metodiske princip er, at forskeren aktivt skal bruge sin forforståelse for derved at påvirke forståelseshorisonten (Dahlager & Fredslund, 2015, p. 164). Tredje princip er, at forskeren må forsøge at sætte sig i den andens sted og derved forstå den andens forforståelse og horisont, hvor forskeren altid i denne proces tager sin egen forforståelse med (Dahlager & Fredslund, 2015, p. 166). Sidste og fjerde princip består af, at forskeren skal gøre sig bevidst om spørgsmålenes struktur og herigennem aktivt kunne påvirke og udfordre deres horisont. Ved at stille spørgsmål og indgå i dialog opstår en åbenhed, som er central i den filosofiske hermeneutik (Dahlager & Fredslund, 2015, pp. 169–170).

Som led i første metodiske princip har specialegruppen klarlagt og bevidstgjort egen forforståelse, først hver for sig og derefter i fællesskab. Hertil er specialegruppen bevidst om, at tidligere og nuværende uddannelsesforløb samt personlige oplevelser er med til at påvirke den enkeltes forforståelse. Ligeledes har det indledende arbejde i specialeprocessen været med til at påvirke specialegruppens fælles forforståelse. Specialegruppens forforståelse over for amning er, at det kan være svært at etablere, men at det er muligt for de fleste at amme. Dog kan nogle mødre fravælge amning grundet usikkerhed eller fordi det i starten synes at være et nemmere valg at give modermælkserstatning. Ved brug af modermælkserstatning er der mulighed for at styre mængde, og ligeledes kan flere hjælpe til, hvilket kan bidrage til større frihed for moren. Derudover er forforståelsen, at der er en generel opfattelse af, at modermælkserstatning ernæringsmæssigt er tilsvarende modermælk.

Specialegruppens forforståelse omhandlende nybagte mødre er, at alle vil deres børn det bedste, dog kan mangel på overskud og ressourcer være en årsag til tidligt ammeophør. Derudover kan viden,

manglende søvn og troen på sig selv være elementer, der påvirker forældres usikkerhed i forbindelse med amning. Desuden er nybagte mødre påvirket af eget netværk samt uddannelsesniveau.

Slutteligt er specialegruppens forforståelse i forhold til sundhedsvæsenets tilbud omkring amning, at dette punkt er et blandt mange i mødet mellem sundhedsprofessionelle og gravide og/eller nybagte forældre, samt at dette kan blive nedprioriteret i den enkelte samtale, hvis fokus er andetsteds. Hvis amning ikke har været fokus i den pågældende samtale, bliver dette ikke nødvendigvis taget op ved næste møde med en sundhedsprofessionel. Derudover er specialegruppens forforståelse, at der kan være forskel i hvad retningslinjerne foreskriver, og hvad der praktisk forekommer. En af grundene til dette kan muligvis være mangel på ressourcer og prioritering i arbejdsopgaver både fra de sundhedsprofessionelle og deres ledere. Trods øget fokus på amning er opfattelsen, at der til stadighed ikke er tilstrækkeligt fokus på amning, hverken fra tilbuddet i sundhedsvæsenet eller fra sundhedsprofessionelle.

Ovenstående forforståelse anvendes aktivt undervejs til at indsamle empiri; i forberedelsen, i mødet med informanterne, i resultatbearbejdningen og fortolkningen af den indsamlede empiri. Specialegruppens åbenhed og nysgerrighed kommer til udtryk i problemformuleringen. Derudover vil spørgsmålene til informanterne blive stillet med udgangspunkt i at komme bag om egen forforståelse. Hvorledes der konkret vil blive arbejdet med forforståelsen i indeværende speciale vil blive uddybet i metodeafsnittet (Jf. afsnit 9).

7.3. Casestudie som specialets design

Med afsæt i ønsket om at forstå, findes casestudie som design aktuelt at anvende, idet det herved er muligt at opnå en større indsigt i indeværende problemstilling. Et casestudie undersøger et fænomen i den sociale kontekst, hvor fænomenet udfolder sig. Det vurderes relevant, når der antages at være en sammenhæng mellem fænomenet og den sociale kontekst (Antoft & Salomonsen, 2007, p. 32). Sociologen Robert K. Yin (Yin) definerer casestudie som følgende:

“A casestudy investigates a contemporary phenomenon (the “case”) in depth and within its realworld context, especially when the boundaries between phenomenon and context may not be clearly evident.” (Yin, 1984, p. 16).

I casestudier søges at opnå dybdegående forståelse af et fænomen, ved at foretage en omfattende beskrivelse, analyse og fortolkning af fænomenet i sin helhed og kontekst. Casestudiet er særlig relevant at anvende, når fænomenet ikke tydeligt lader sig afgrænse fra konteksten som fænomenet indgår i (Launsø, Olsen, & Riper, 2011, pp. 96–99). Ved anvendelse af casestudie som forskningsdesign er det muligt at inddrage konteksten når fænomenet, der ønskes undersøgt, er sundhedsvæsenets tilbud omkring amning. Desuden er casestudie velegnet til at indfange sociale processer, som eksempelvis udviklingsprocesser og gennemførelse af indsatser (Launsø et al., 2011, p. 99).

Da ønsket er at undersøge, hvorledes Sundhedsstyrelsens anbefalinger for amning, i ”Anbefalinger for svangreomsorgen” er implementeret i sundhedsvæsenet, og hvorledes dette kan forbedres, findes det relevant at anvende en case. En case kan relatere sig til en generel sammenhæng, som den er en del af. Det findes derved relevant at opstille en typisk case, med afsæt i et etableret teoretisk univers (Antoft & Salomonsen, 2007, pp. 44–45). En typisk case er interessant at anvende, når det ønskes at vurdere nyetablerede teoretiske sammenhænges robusthed. Der kan anlægges en teoretisk tilgang, hvor det overordnede formål er at generere ny empirisk viden, med afsæt i teoretisk viden (Antoft & Salomonsen, 2007, p. 33). Den teorifortolkende tilgang muliggør en diskussion af generaliserbarhed ved casens fund. Denne casestudietype tager afsæt i eksisterende teorier og skaber struktur i en given case (Antoft & Salomonsen, 2007, pp. 38–41). For specialet findes denne type anvendelig, da teori danner ramme om analysen, og derved bidrager til at imødegå den stigende tendens til tidligt ammeophør gennem mulige forandringsforslag. Den teoretiske casestudietype relaterer sig til specialets filosofiske hermeneutiske videnskabsteoretiske position, hvor empiri indsamles og bearbejdes med plads til forforståelse og fortolkning.

7.3.1. Udvalgelse af Aarhus Kommune som specialets case

Ved gennemgang af resultaterne fra LUP 2016 fremgår det, at der er et landsdækkende problem ved, at mødre oplever, at de ikke har den fornødne viden eller støtte for at få amning veletableret. Aarhus Universitetshospital skiller sig ud, da 45,7 procent af kvinderne føler sig dårligt forberedt under graviditeten på at kunne håndtere amning. Ligeledes føler 37,6 procent af kvinderne, at de i høj eller nogen grad oplever at være i tvivl om amning/ernæring af barnet efter de kommer hjem fra hospitalet (Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, 2016, pp. 9–10). Det findes interessant at opstille Aarhus som case, da op mod halvdelen af kvinderne, der har født på Aarhus

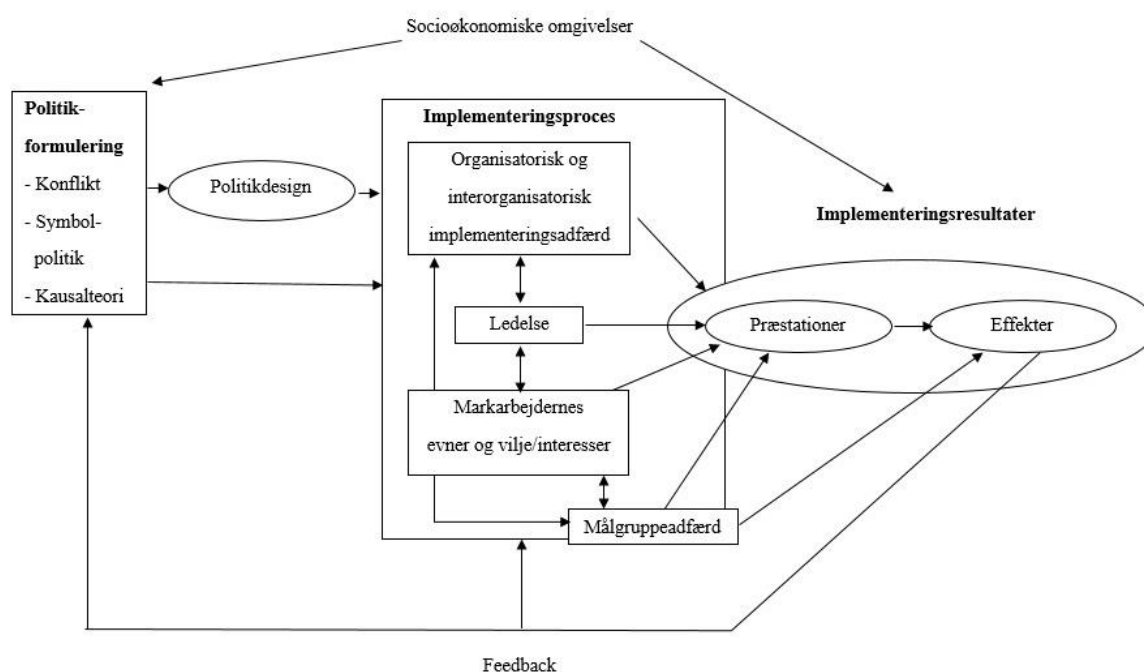
Universitetshospital, ikke føler sig forberedt til at amme og mere end hver tredje kvinde er i tvivl om amning efter hjemkomst, og dermed ligger over Aarhus Universitetshospital over landsgennemsnittet. Det ønskes derfor at undersøge sundhedsvæsenets tilbud omkring amning i Aarhus Kommune, herunder hvordan ledere, sundhedsprofessionelle og nybagte mødre oplever Aarhus Kommunes tilbud omkring amning. Hermed kan casen beskrives, analyseres og fortolkes. Til indsamling af empiri vil der tilegnes viden om, hvorledes Region Midtjyllands og Aarhus Kommunes tilbuddet omkring amning er organiseret, interviewundersøgelse med ledere, sundhedsprofessionelle og nybagte mødre samt et systematisk litteraturstudie. Metodisk anvendes der forskelligartet empiri i casen, da dette i kombination med en praksisnær tilgang kan være med til at højne autenticitetsgraden af undersøgelsen. Dette skyldes, at der ved en praksisnær tilgang er behov for åbenhed over for endnu ukendte, og derved nye, informationer og retninger i undersøgelsen (Launsø et al., 2011, p. 99).

8. "Den integrerede implementeringsmodel" som teoretisk referenceramme

Med afsæt i ønsket om at opstille en typisk case, med en teorifortolkende tilgang, anvendes "Den integrerede implementeringsmodel" som teoretisk referenceramme. Dette for at danne ramme om resultatbearbejdningen samt hvilke påvirkninger en forandring kan have.

Ved anvendelse af modellen som ramme benyttes en deduktiv tilgang. Ved en deduktiv tilgang tages udgangspunkt i teorien, som udleder udsagn om verden (Høyer, 2013, p. 21).

Modellens elementer er generelle og kan anvendes på forskellige politikområder, hvor disse kan variere afhængigt af, hvilken politiktype det omhandler. Antagelserne bag modellen er, at implementeringsprocessens succes afhænger af de deltagende aktørers interesse og incitament i implementeringen samt kapaciteten, herunder eksempelvis økonomi og arbejdstimer, hos implementeringsaktører (Winter & Lehmann Nielsen, 2013, p. 21). Modellen skal ikke betragtes som en implementeringsteori, men derimod bidrage til at synliggøre forskellige centrale elementer til forståelsen af hvilke elementer, som påvirker implementering af politiske beslutninger, hvorfor den også kan bruges som analysemodel (Winter & Lehmann Nielsen, 2013, pp. 22–23). Specialet ønsker at analysere hvilke centrale elementer, der er med til at påvirke Aarhus Kommunes tilbud omkring amning. "Den integrerede implementeringsmodel" anvendes som et bidrag til at synliggøre nogle af de elementer, der kan have en påvirkning på, hvorledes det eksisterende tilbud omkring amning er i Aarhus Kommune.



Figur 2: "Den integrerede implementeringsmodel" (Winter & Lehmann Nielsen, 2013, p. 18).

”Den integrerede implementeringsmodel” består af fire elementer, som påvirker hinanden. Første element er ”Politikformulering”, som omhandler selve formuleringen af politikken, der ønskes udført (Winter & Lehmann Nielsen, 2013, pp. 18–19). Andet element i modellen er ”Politikdesign”, som omhandler måden hvorpå politiske love og beslutninger er designet, og som oftest består af blandt andet mål, elementer til at nå målet samt hvem der varetager opgaverne i forhold til blandt andet ressourcer (Winter & Lehmann Nielsen, 2013, pp. 19, 41–47). Tredje element er ”Implementeringsprocessen”, som består af fire underpunkter. Første underpunkt er ”Inter- og intraorganisatorisk adfærd”, som betyder hvordan forskellige myndigheder, forvaltninger samt afdelinger i samme forvaltning arbejder sammen om fordelingen af eksempelvis ansvar og opgaver (Winter & Lehmann Nielsen, 2013, p. 19). Andet underpunkt omhandler ”Ledelse” af markarbejderne, da ledelsen skal videreformidle nye politiske love eller beslutninger til medarbejder, således at de kan omsætte dem til handling (Winter & Lehmann Nielsen, 2013, p. 20). Tredje underpunkt omhandler ”Markarbejdernes evne og vilje/interesse”, da disse er i direkte kontakt med målgruppen, hvorfor de har en stor betydning for implementering af politiske love og beslutninger. Markarbejdernes arbejde er påvirket af individuelle skøn, som påvirkes af blandt andet viden, interesse og holdninger (Winter & Lehmann Nielsen, 2013, pp. 20, 103–104). Fjerde og sidste underpunkt er ”Målgruppeadfærd”, som har en afgørende effekt på implementering, idet størstedelen af politiske love og beslutninger har til formål at påvirke målgruppens adfærd. Ofte er målgruppens adfærd påvirket af samspelet med medarbejderne. Politiske love og beslutninger omsættes her til effekter, med mindre målgruppen vælger af afvige fra disse politiske love og beslutninger, og dermed ikke agerer efter hensigten (Winter & Lehmann Nielsen, 2013, pp. 20, 165–168). Sidste element i ”Den integrerede implementeringsmodel” er ”Implementeringsresultater”. Effekterne af implementeringerne er afhængig af de præstationer, som er udfaldet af de fire underpunkter under ”Implementeringsprocessen”, hvor effekterne i høj grad påvirkes af ”Målgruppeadfærd”. Desuden påvirker omgivelserne samt den socioøkonomiske situation ligeledes implementeringsprocessen (Winter & Lehmann Nielsen, 2013, p. 18). Disse to elementer medtages ikke i indeværende analyse, da det ikke er vurderet realistisk at indsamle tilstrækkelig viden herom i løbet af specialeprocessen. Dog vil elementerne blive berørt under afsnittet ”Forandringsforslag til at fremme amning” (Jf. afsnit 11.2), idet der er bevidsthed om, at disse spiller en væsentlig rolle i muligheden for at implementere forandringsforlag omkring amning i Aarhus Kommune.

9. Metode

Til at opnå viden om og indsigt i specialets case, sundhedsvæsenets tilbud omkring amning for gravide og nybagte mødre i Aarhus Kommune, beskrives i metoden hvorledes empiri indsamles og dernæst bearbejdes og fortolkes med udgangspunkt i ”Den integrerede implementeringsmodel”. I det følgende redegøres for specialets metodiske valg, herunder specialets systematiske litteratursøgning, som skal bidrage til at udfolde de empiriske fund ud til en bredere kontekst. Dette skal ske i samspil med specialets interviewundersøgelse, som anvendes til at undersøge lederes, sundhedsprofessionelles og nybagte mødres oplevelser og erfaringer med Aarhus Kommunes tilbud omkring amning. Den indsamlede empiri skal endelig føre til udarbejdelsen af forandringsforslag til at imødegå den stigende tendens til tidligt ammeophør.

9.1. Rolle og anvendelse af ”Den integrerede implementeringsmodel”

”Den integrerede implementeringsmodel” anvendes til at synliggøre centrale elementer, der kan have en påvirkning på, hvorledes det eksisterende tilbud omkring amning er i Aarhus Kommune. Dette med henblik på at opnå forståelse for, hvorledes strukturen af tilbuddet til at understøtte amning er organiseret, for derved at imødegå den sigende tendens til tidligt ammeophør. Specialegruppen har ikke fokus på implementering af en ny politisk beslutning, men ønsker, med udgangspunkt i det eksisterende tilbud omkring amning fra Aarhus Kommune at imødegå den stigende tendens til tidligt ammeophør. ”Den integrerede implementeringsmodel” anvendes som refleksionsramme til mulige forandringsforslag til at fremme amning.

Ved anvendelse af ”Den integrerede implementeringsmodel”, som er præsenteret under afsnittet ”Teoretisk referenceramme” (Jf. afsnit 8), vil modellens første to elementer: ”Politikformulering” og ”Politikdesign” samt det første underpunkt i tredje element: ”Implementeringsprocessen”; ”Inter- og intraorganisatorisk adfærd” blive samlet og tilsammen blive præsenteret som Aarhus Kommunes tilbud omkring amning gennem graviditet, fødsel og barsel. De resterende underpunkter til ”Implementeringsprocessen”; ”Ledelse”, ”Markarbejdernes evner og vilje/interesse” og ”Målgruppeadfærd” anvendes til at analysere den indsamlede empiri fra interviewundersøgelsen sammen med fundene fra det systematiske litteraturstudie. På baggrund af denne analyse opstilles forandringsforslag, der under analysen fremkom, som svarer til modellens ”Implementeringsresultater”. Disse elementer vil dermed danne ramme om resultatbearbejdningen

af interviewundersøgelsens og det systematiske litteraturstudiets fund, og derved bidrage til besvarelse af specialet problemformulering.

9.2. Litteratursøgning for indeværende speciale

Til besvarelse af specialets problemstilling er der udarbejdet et systematisk litteraturstudie, som er en metode til indsamling af evidensbaseret empiri på et område, som skal bidrage til at udfolde de empiriske fund til en bredere kontekst.

I specialets tidlige fase foretages en indledende bevidst tilfældig søgning. Dette er en strategi, hvor der søges mere ubevidst for at lade sig inspirere og følge sine indskydelser (Rienecker & Stray Jørgensen, 2014, p. 150). Denne har været med til at påvirke specialegruppens forforståelse, idet den viden, som er blevet indhentet i denne fase, er blevet en del af specialegruppens forforståelse, og medtages i resten af specialet. Den indledende søgning har informeret specialets initierende problem samt problemanalyse.

Efterfølgende foretages en systematisk litteratursøgning til at belyse specialets problemformulering, for i kombination med interviewundersøgelsen at kunne bidrage til forandringsforslag for at imødegå den stigende tendens til tidligt ammeophør. Derudover blev der anvendt kædesøgning. Kædesøgningen kan anvendes til at føre fra en god reference til en anden, og derved er det muligt at følge argumenternes udvikling (Rienecker & Stray Jørgensen, 2014, pp. 148–149).

9.2.1. Indledende litteratursøgning

Indledningsvist er der foretaget søgning efter eksisterende litteratur til at opnå en indføring i specialets problemfelt med et evidensbaseret fundament. Denne søgning foretages ud fra en række fritekstsøgninger via udvalgte hjemmesider og databaser. Disse søgninger bidrager til relevante danske og internationale kilder, der kan belyse specialets initierende problem samt problemanalyse. Som led i dette foretages der kædesøgning, af de fremsøgte kilder, for derved at sikre identifikation af kilder.

9.2.2. Systematisk litteratursøgning

Efter den indledende søgning foretages systematisk søgning med henblik på at fremsøge evidensbaserede studier til besvarelse af indeværende problemformulering.

De systematiske søgninger udføres i følgende databaser; PubMed, Embase, Cinahl og Cochrane. PubMed medtages, idet det er den største medicinske database inden for sundheds- og behandlingsområdet (Hørmann, 2011; Aalborg Universitetsbibliotek, n.d.). PubMed er derfor med til at sikre en bred reference i litteratursøgningen. Embase og PubMed hører begge under Medline, hvorfor der kan forekomme studier som går igen. Dog er Embase medtaget, idet den primært består af kvantitative studier inden for biomedicin, social videnskab og sygepleje, samtidig består denne database af europæisk litteratur (Hørmann, 2011, pp. 36–46). Cochrane er medtaget, da denne database er med til at sikre en høj evidens. Databasen består hovedsageligt af studier med lægevidenskabeligt indhold af høj evidens samt et stort antal af systematiske reviews (Hørmann, 2011, pp. 36–46). Slutteligt er databasen Cinahl benyttet, idet denne database indeholder sygeplejefaglige og biomedicinske studier (Cinahl, n.d.).

Den systematiske søgning tager afsæt i ønsket om at afdække danske og internationale sundhedsvæseners tilbud til at fremme amning, hvortil specialets søgespørgsmål er som følgende: *Hvordan kan sundhedsvæsenets tilbud være med til at fremme amning?*

Søgningen bygges op af to blokke, som dækker over; *amning* og *sundhedsvæsenets struktur*. I PubMed blev der tilføjet en tredje blok; *change*, da søgning med to blokke resulterede i en bred søgning. Med to blokke i PubMed fremkom et væld af studier, som ikke blev fundet relevante at medtage til videre vurdering, da fokus ikke var på specialets søgespørgsmål. Således blev den tredje blok medtaget, for at opnå en struktureret søgning. Bloksøgningen udarbejdes for at skabe overblik over relevante søgeord for søgestrategien. For at skabe transparens i søgningen vil den anvendte søgestrategi blive beskrevet og nærmere uddybet i søgebilaget (Jf. bilag 1). I en bloksøgning inddeles de forskellige facetter i blokke, der kan udvides, indsnævres, fjernes eller der kan tilføjes endnu en blok til søgestrategien (Buus, Kristiansen, Tingleff, & Rossen, 2008). En søgestrategi er med til at sikre en ensartet og systematisk søgning i alle databaser, hvor boolske operatører benyttes. ”OR” er anvendt til at udvide den enkelte facet, mens den boolske operator ”AND” er anvendt til at kombinere facetterne og indsnævre søgningen (Buus et al., 2008). I indeværende speciale udarbejdes bloksøgningen med inspiration fra PICO-modellen for at synliggøre facetterne i

den systematiske søgning (The Joanna Briggs Institute, 2011), hvor kun P (Problem) og Co (Context) anvendes ved henholdsvis Cochrane, Cinahl og Embase, idet en blok mere vil afgrænse søgestrategien i disse databaser. Som nævnt, anvendes ligeledes I (Intervention), i databasen PubMed. Nedenstående tabel 1 viser en oversigt over facetterne P (Problem) og Co (Context) til den systematiske søgning.

| Facet 1 (P: Problem) | Facet 2 (Co: Context) |
|----------------------|---------------------------|
| Amning | Sundhedsvæsenets struktur |

Tabel 1: Oversigt over de to facetter, som anvendes til det systematiske litteraturstudie.

Det forsøges i den systematiske litteratursøgning at opbygge samme søgestrategi for alle anvendte databaser. Dette gøres ved at søgningerne bygges op med kontrollerede emneord og fritekstsøgninger. Der anvendes forskellige databaser, som hver har forskellige kontrollerede emneord, hvilket betyder, at der er afsøgt relevante emneord for hver enkelt database, frem for at overføre de samme ord fra database til database. Dette gælder til gengæld ikke fritekstsøgninger, da de ikke er underlagt indeksering (Buus et al., 2008). Fritekstsøgning dækker over en ukontrolleret søgning, som dermed resulterer i diverse hits (Ibid.). I indeværende speciale er fritekstsøgningen anvendt, hvis kontrollerede emneord ikke findes dækkende for den enkelte blok.

9.2.3. Udvalgelse af studier

For at sortere i de studier, der fremkom ved den systematiske litteratursøgning, opstilles in- og eksklusionskriterier inden søgningen påbegyndes (Børllum Kristensen & Sigmund, 2007). Disse kriterier opstilles for at sikre studierne relevans i forbindelse med specialets videre resultatbearbejdning. Da specialet undersøger, hvorledes den stigende tendens til tidligt ammeophør kan imødegås, inkluderes studier, som fokuserer på amning i koblingen med sundhedsvæsenet. Dette med henblik på at hente inspiration til, hvorledes danske og internationale ammetilbud kan påvirke forandringsforslag til at fremme amning.

Fokus er på, hvorledes fuld amning kan fremmes hos gravide og nybagte mødre, hvorfor det prioriteres, at studierne har relevans for udførelsen af specifikke ammetilbud. Yderligere er det et inklusionskriterie, at studierne skal fokusere på ammetilbud relateret til spædbørn, da indeværende problemstilling fokuserer på at imødegå tidligt ammeophør.

De opstillede in- og eksklusionskriterier ses i nedenstående tabel 2.

| Inklusionskriterier | Eksklusionskriterier |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Sundhedsstruktur omkring amning • Ammetilbud til gravide og nybagte mødre • Fokus på ammetilbud relateret til spædbørn | <ul style="list-style-type: none"> • Generel sundhedsstruktur • Ammetilbud til nybagte mødre efter 6 måneder efter fødsel • Kun fokus på at forlænge ammevarigheden |

Tabel 2: Oversigt over in- og eksklusionskriterier til det systematiske litteraturstudie.

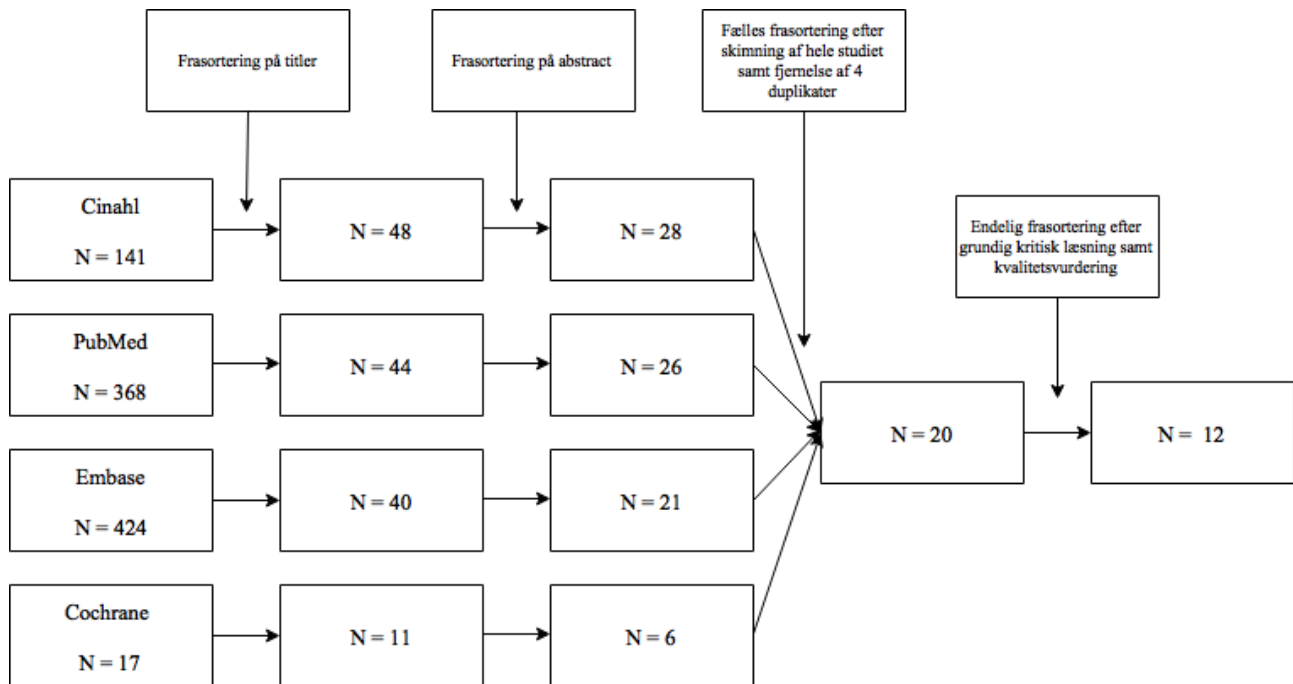
Udvælgelsen af relevante studier ud fra den systematiske litteratursøgning foregår i flere faser. Der fremsøges samlet i de forskellige databaser 950 hits. Disse studier vurderes af specialemedlemmerne gennem flere faser. I første fase vurderes titel på baggrund af de opsatte in- og eksklusionskriterier, hvilket resulterede i 143 studier. Herefter læses og vurderes de udvalgte studiers abstracts på baggrund af de opsatte in- og eksklusionskriterier. I denne fase er 81 studier medtaget. De studier, som medtages på abstract, skimtes igennem, hvoraf 24 studier er medtaget. Heraf er 4 duplikater fjernet, hvorfor 20 studier medtages til gennemlæsning. Til sidst gennemlæses og vurderes de resterende studier for, hvorvidt disse er anvendelige i specialets videre resultatbearbejdning. Dette giver i alt følgende 12 studier:

- Breastfeeding best start study: Training midwives in a 'hands off' positioning and attachment intervention (Law, Dunn, Wallace, & Inch, 2007).
- Breastfeeding Education Program (Mellin, Poplawski, & Gole, 2011).
- Does breastfeeding education affect nursing staff beliefs, exclusive breastfeeding rates, and Baby-Friendly Hospital Initiative compliance? The experience of a small, rural Canadian hospital (Martens, 2000).
- Effectiveness of an implementation strategy for a breastfeeding guideline in Primary Care: cluster randomised trial (Martín-Iglesias et al., 2011).
- Evaluation of a lactation intervention program to encourage breastfeeding: A longitudinal study (Gau, 2004).
- Hospital and Other Influences on the Uptake and Maintenance of Breast-Feeding - the Development of Infant-Feeding Policy in a District (Bruce, Khan, & Olsen, 1991).

- Impact of Baby-Friendly Hospital Practices on Breastfeeding in Hong Kong (Tarrant et al., 2011).
- Impact of health education on knowledge of, attitude to and practice of breastfeeding among women attending primary health care centres in Almadinah Almunawwarah, Kingdom of Saudi Arabia: Controlled pre-post study (Hanafi, Shalaby, Falatah, & El-Ammari, 2014).
- Integrating lactation consultants into primary health care services: Are Lactation Consultants Affecting Breastfeeding Success? (Thurman & Allen, 2008).
- The Effectiveness of Primary Care- Based Interventions to Promote Breastfeeding: Systematic Evidence Review and Meta-Analysis for the US Preventive Services Task Force (Guise et al., 2003).
- Turning policy into practice: More difficult than it seems. The case of breastfeeding education (Smale, Renfrew, Marshall, & Spiby, 2006).
- What primary health professionals need to promote breastfeeding (Whelan, McEvoy, Eldin, & Kearney, 2011).

Slutteligt vurderes de udvalgte studier ved hjælp af relevante tjeklister (Jf. bilag 2) i forhold til studiernes design, og derudfra vurderes studiernes kvalitet. De anvendte tjeklister er STROBE-tjeklisten, som bliver brugt til observationelle studier (Vandenbroucke et al., 2007), PRISMA-tjeklisten, som bliver anvendt til systematiske reviews (Moher, 2009), CONSORT-tjeklisten, som anvendes til randomiseret kontrolleret studier (RCT) (Consort Statement, 2010) samt COREQ-tjeklisten, som anvendes til kvalitative studier (Tong, Sainsbury, & Craig, 2007).

Nedenstående flowdiagram viser en oversigt over udvælgelsesprocessen.



Figur 3: Flowdiagram over udvælgelsesprocessen i det systematiske litteraturstudie.

9.3. Interviewundersøgelse for indeværende speciale

Til at undersøge lederes, sundhedsprofessionelles og nybakte mødres oplevelser og erfaringer med Aarhus Kommunes tilbud omkring amning og dermed bidrage til besvarelse af specialets problemstilling, findes den semistrukturerede interviewundersøgelse anvendelig. Dette giver mulighed for, at disse informanter kan bidrage til en indsigt og forståelse af, hvad der er vigtigt i forhold til deres erfaringer og oplevelser omkring amning og Aarhus Kommunes tilbud omkring amning. Derved bliver de afholdte interviews en måde at forstå informanterne på, med afsæt i deres oplevelser og behov (Brinkmann & Tanggaard, 2015, pp. 30–31). I de følgende afsnit belyses og begrundes de valg, som er truffet i forbindelse med den semistrukturerede interviewundersøgelse.

9.3.1. Rekruttering af informanter

Med afsæt i specialets problemstilling ønskes at rekruttere ledere, sundhedsprofessionelle og nybakte mødre som informanter til interviewundersøgelsen. Disse informanter kan bidrage med indsigt i deres oplevelser og erfaringer med amning og Aarhus Kommunes eksisterende tilbud omkring amning, og kan derved være med til at bidrage til indsigt i og forståelse for forskellige niveauer i ”Den integrerede implementeringsmodel”.

Som informanter ønskes ledere medtaget, idet ledelsen af sundhedsprofessionelle og videreformidlingen af information til sundhedsprofessionelle er vigtige elementer for det daglige arbejde med Aarhus Kommunes tilbud omkring amning. Ved at rekruttere disse til interviewundersøgelsen er der mulighed for at opnå indsigt i, hvorledes ledelsen hjælper de sundhedsprofessionelle med at prioritere deres arbejdsgange, samt få et indblik i hvordan Aarhus Kommune arbejder med implementering, når der eksempelvis skal indarbejdes nye ammeanbefalinger.

For udvælgelsen af ledere fra henholdsvis Aarhus Universitetshospital samt sundhedsplejen i Aarhus Kommune kræves, at disse har en stilling med daglig ledelse inden for området. Lederne vil blive kontaktet telefonisk eller per mail, hvor de får informationer om specialets formål, samt hvad deres deltagelse kan bidrage til. Disse ledere kontaktes med henblik på interview, da den ansvarlige jordemoder for Aarhus jordemoderpraksis på Aarhus Universitetshospital forventes at kunne bidrage med en forståelse for og beskrivelse af, hvorledes deres tilbud om amning fungerer i den daglig gang. Derudover findes en ledende sundhedsplejerske central at interviewe, da en sådan leder forventes at have overblik og indsigt i, hvorledes Aarhus Kommunes tilbud omkring amning fungerer, og hvordan tilbuddet implementeres i praksis. I praksis findes det dog ikke muligt, at foretage interview med den ansvarlige jordemoder fra Aarhus jordemoderpraksis på Aarhus Universitetshospital, dog modtages hendes accept af Fødeafdelingens deltagelse. Grundet dette, er der i indeværende speciale kun inddraget en ledende sundhedsplejerske.

Sundhedsprofessionelle inddrages som informanter til interviewundersøgelsen for at opnå indsigt i sundhedsprofessionelles oplevelser og erfaringer af sundhedsvæsenets tilbud omkring amning i Aarhus Kommune, samt deres daglige arbejde hermed. Kriterierne for disse er, at de i deres daglige arbejde er med til at varetage svangreomsorgen i Aarhus Kommune samt have daglig kontakt med gravide og nybagte mødre. Den ledende sundhedsplejerske vil være behjælpelig i rekrutteringen af sundhedsplejersken, ved at videreformidle en skriftlig beskrivelse af indeværende speciales formål, som er udarbejdet af specialegruppen. Dernæst etableres der telefonisk kontakt med sundhedsplejersken, for uddybning af specialets formål og samtidig fastsættelse af dato for afvikling af interview. I praksis møder to sundhedsplejersker op fra Aarhus Kommune. Interviewet afholdes med begge sundhedsplejersker, da specialegruppen finder det centralt, at der ved hvert interview både er en interviewer samt observatør- og referentrolle.

Kontakten til jordemoderen formidles gennem specialegruppens netværk. Dernæst etableres der telefonisk kontakt for præsentation af specialets og interviewundersøgelsens formål samt fastsættelse af dato for afvikling af interview.

Som bidrag til indsigt i målgruppens adfærd, rekrutteres nybagte mødre som informanter, for derved at opnå indblik i deres oplevelser og erfaringer omkring Aarhus Kommunes tilbud om amning. Kriterierne for de nybagte mødres deltagelse er, at det skal være mødre, der har født deres første barn ambulat på Aarhus Universitetshospital inden for de sidste to måned på interviewdagen. De nybagte mødre er dermed ikke påvirket af ammehistorier fra tidligere børn eller et eventuelt indlæggelsesforløb, hvor situationen har fordret andet fokus, eller hvor de sundhedsprofessionelle har en større rolle end ved ambulante fødsler. Begrundelsen for tidsperspektivet er, at jo længere tid siden amning er påbegyndt, jo sværere kan det være at huske og reflektere over amning. Hertil skal mødre ved hjemrejse have et ønske om at amme, idet intentionen formodes essentielt for at få en veletableret amning. Hvorvidt mødre på datoen for de enkelte interviews ammer er ikke essentielt, idet mødrenes forskellige situationer vil kunne give et indblik i, de oplevelser og udfordringer de siden fødslen har haft i forbindelse med amning. Ligeledes tages der ikke højde for de nybagte mødres alder og uddannelsesniveau i udvælgelsesfasen, da disse faktorer nødvendigvis ikke påvirker amningetablering, men kan være med til at påvirke varigheden af ammeperioden (Jf. afsnit 2).

Det er en længere proces at komme i kontakt med sundhedsplejersken, hvorfor det ikke findes muligt, ud fra specialets tidsmæssige aspekt, at opnå rekruttering af nybagte mødre gennem sundhedsplejersken. Det besluttes derfor at rekruttere nybagte mødre gennem hjemmesiden Facebook. Ved anvendelse af dette medie som rekrutteringsform, er specialegruppen bevidste om, at det ikke er den foretrukne metode at anvende, da det ikke er muligt at kontrollere, hvilke nybagte mødre, der reagerer på specialegruppens opslag. Trods denne viden vurderes det aktuelt at anvende denne metode, da der findes diverse facebookgrupper bestående af større grupper af nybagte mødre. Specialegruppens medlemmer udformer derfor et offentligt opslag på Facebook, som deles i forskellige relevante facebookgrupper for at nå ud til flere nybagte mødre. Ved denne metode har det for specialegruppen været muligt at undgå kendskab til de rekrutterede nybagte mødre, hvilket anses som en styrke for interviewundersøgelsen.

9.3.2. Interviewguide

Med afsæt i specialets problemformulering udarbejdes en interviewguide, hvor åbne spørgsmål tilstræbes, forud for interviewenes udførelse. Interviewguiden betragtes som et afsæt for interviewerens, og ikke en stringent opskrift, således at informantens svar og fortællinger kan forfølges (Kvale & Brinkmann, 2009, p. 144).

Det er forsøgt at få spørgsmålene i interviewguiden til både at bidrage tematisk og dynamisk til at besvare problemformuleringen. Det tematiske omhandler, at spørgsmålet bidrager til at producere viden om forskningsemnet, hvorimod det dynamiske handler om interviewsamspillet, herunder at gøre spørgsmålene letforståelige i dagligdagssprog (Kvale & Brinkmann, 2009, pp. 153–157). Udover at stille specifikke spørgsmål er aktiv lytning en vigtig del af et interview for at kunne stille opfølgende spørgsmål. Opfølgende spørgsmål kan eksempelvis være en opfordring til en uddybning af et svar, mere sonderende eller fortolkende spørgsmål (Kvale & Brinkmann, 2009, p. 157). I praksis gøres dette ved, at der spørges ind til et eksempel på den situation, som informanten beskriver.

Der opstilles tre interviewguides, som henholdsvis anvendes til lederen, de sundhedsprofessionelle og de nybagte mødre (Jf. bilag 3). Disse opbygges således, at de indeholder en kolonne med henholdsvis temaer, analytiske spørgsmål og uddybende spørgsmål. Nedenfor i tabel 3 ses et eksempel fra interviewguiden til de nybagte mødre.

| Tema | Analytisk spørgsmål | Uddybende spørgsmål |
|----------------------|---|---|
| Første amning | Hvordan er nybagte mødres oplevelse af deres første amning? | Vil du fortælle om, da dit barn blev lagt til for første gang? <i>Hvem var tilstede ved første amning? Hvordan forløb det? Fandt barnet selv til brystet eller fik det hjælp til at komme til brystet?</i> |

Tabel 3: Eksempel på opsætningen af interviewguiden for de nybagte mødre.

Den første kolonne med temaer tjener som en hjælp for interviewereren til at navigere rundt i interviewguiden. De analytiske spørgsmål anvendes som en hjælp til specialegruppen i forhold til den videre analyse for at sikre, at de forskellige temaer udgør brugbare spørgsmål hertil. Ligeledes bruges de analytiske spørgsmål til at operationalisere specialets problemformulering og forskningsspørgsmål ned til spørgsmål, som følgelig kan operationaliseres ned til spørgsmål, som bliver anvendt til selve interviewet. De uddybende, dybdegående og åbne spørgsmål formuleres i hverdagssprog, for at skabe spontane og indholdsrige beskrivelser (Kvale & Brinkmann, 2009, p. 152). I udformningen af de tre interviewguides, er der bevidsthed om, at specialegruppens forforståelse er inddraget i udformningen af de konkrete temaer, analytiske spørgsmål samt uddybende spørgsmål. Dette er anvendeligt for at få be- eller afkræftet nogle af de forståelser som for specialegruppen er blevet erkendte undervejs i processen. Det er derved i de semistrukturerede interviews muligt at anvende specialegruppens forforståelse aktivt i mødet med informanterne. Dette gøres ved udformning af interviewspørgsmål til interviewguiden for at komme bagom egen forforståelse.

De tre interviewguides pilottesttes inden første interview. Dette for at afprøve og sikre forståelse af spørgsmål samt som en hjælp til interviewereren for herigennem at forbedre indsamling af empiri. Efter pilottestningen kan der eventuel være en revidering af de anvendte spørgsmål (Christensen, Schmidt, & Dyhr, 2008, p. 66). Der findes dog ikke behov for større ændringer af de pågældende interviewguides.

9.3.3. Afvikling af interviews

Før afviklingen af interviewene vurderes lokaliteten for interviewene inden for de forskellige informantgrupper. De nybagte mødre tilbydes, at interviewene kan afholdes hos dem privat, eller med mulighed for at finde et passende sted i Aarhus. Derved kan ulige magtforhold imødekommes, som let opstår i et forskningsinterview (Kvale & Brinkmann, 2009, pp. 50–52). Inden hvert interview sendes en besked, for at sikre ens forståelse om det aftalte tidspunkt og placering for interviewene. Interviewene med de nybagte mødre afholdes hjemme hos dem selv, det samme gør sig gældende i tilfældet med jordemoderen. Interviewet med de to sundhedsplejersker og den ledende sundhedsplejerske afholdes på deres arbejdsplads.

Ved hvert interview deltager to fra specialegruppen, hvoraf den ene vil fremstå som interviewer og den anden som observatør og referent. Interviewerens rolle er at udføre interviewet med udgangspunkt i interviewguiden. Observatør- og referentrollen består i at være behjælpelig med at holde overblik over interviewguiden og stille eventuelt uddybende spørgsmål. Dette vurderes ligeledes som værende en hjælp til intervieweren, idet der efter endt interview diskuteres interviewerens spørgeteknik og opfølgende spørgsmål med mere.

I forbindelse med afviklingen af interviewene er det vigtigt at få skabt en behagelig atmosfære og en tryk situation, for at skabe et rum med en tillidsfuld ramme (Brinkmann & Tanggaard, 2015, p. 32). Hvis det opnås at få skabt trykke rammer omkring interviewet kan det bidrage til, at informanten får øget lyst til at fortælle om de pågældende emner (Christensen et al., 2008, p. 69). For at opnå dette vil der indledningsvist, før interviewstart, blive foretaget smalltalk indtil intervieweren og observatøren vurderer, at den første eventuelle nervøsitet er aftaget. Dernæst foretages en briefing, for at definere rammerne for interviewet, samtykkeerklæringen (Jf. bilag 4) og formålet med interviewet (Kvale & Brinkmann, 2009, pp. 148–150). I den forbindelse understreges, at informanternes deltagelse er værdifuld i forhold til at få en indsigt i deres specifikke oplevelser og erfaringer med Aarhus Kommunes tilbud omkring amning, samt eventuelle spørgsmål som informanten måtte have. Undervejs i interviewene, er det som interviewer vigtigt at være nysgerrig, for at signalere at informanten kan forsætte sin fortælling (Ibid.). Dette gøres ved, at den pågældende interviewer fra specialegruppen aktivt udviser nysgerrighed for informantens fortælling, eksempelvis ved at nikke anerkendende samt anvende ”ja” og ”mmm”. Dernæst stilles der sondrende spørgsmål, for at opnå præcise beskrivelser, og anvende fortolkende spørgsmål, for at sikre informantens forståelse af svarerne (Brinkmann & Tanggaard, 2015, p. 156). Ligeledes bliver der mod slutningen spurgt ind til, om informanterne har yderligere at tilføje. Dette for at sikre, at alle perspektiver og overvejelser medtages i den videre undersøgelse. Afrundingsvis udførtes en debriefing (Kvale & Brinkmann, 2009, p. 49). Ved debriefing italesættes de samme ting, som indledningsvist ved briefing.

9.3.4. Datahåndtering

Efter hvert interview bliver interviewet diskuteret af specialegruppen. Dette for at få en vurdering af interviewet, som kan bruges i fortolkningen og analysen af interviewet (Christensen et al., 2008, p. 72). Alle interviewene optages på lyd. Dette for at få en detaljeret registrering af alt fra interviewet,

såsom stemmeføring, latter og pauser (Christensen et al., 2008, p. 72). For at klargøre empiri, som en del af analyseprocessen, til videre analyse udføres transskribering på hvert interview.

Transskribering betragtes som en oversættelse fra det mundtlige til det skrevne sprog med fortolkning, idet der i denne proces medtages vurderinger, eksempelvis kan ironi og det nonverbale sprog misforstås i denne proces (Kvale & Brinkmann, 2009, pp. 199–200). Derfor forsøges det, at transskribere interviewene så ordret som muligt med eksempelvis pauser, betoning, gestikulationer og følelsesudtryk, der bliver medtaget. Dette for at være tro mod interviewdeltagernes udsagn. For at skabe transparens opstilles der en transskriptionsguide (Jf. bilag 5). Transskriberingen af interviewene foretages samme dag som interviewets gennemførelse, dette for at sikre en frisk erindring af interviewene i tilfælde af eksempelvis dårlig lyd kvalitet af optagelserne. Hver transskribering læses og lydfilet høres af alle specialets gruppemedlemmer og i tilfælde af uenighed, findes der i fællesskab enighed om transskriberingen af det pågældende interview.

9.3.5. Analysestrategi for det semistrukturerede forskningsinterview

Som tidligere nævnt, befinder indeværende speciale sig inden for den filosofiske hermeneutiske videnskabsteoretiske position, hvor formålet er at komme fra konkrete beskrivelser til meningsfortolkning, for derigennem at gengive den nye forforståelse af, hvordan personer erfarer. Hertil kan den hermeneutiske analysestrategi benyttes, idet den kan avendes til at beskrive betydningen, som personer tillægger konkrete oplevelser (Martinsen & Norlyk, 2011). Analysen består af en dekontekstualisering, hvor dele af materialet bliver taget ud af helheden, hvorefter det bliver rekontekstualiseret, idet materialet bliver sat sammen på en ny måde (Dahlaget & Fredslund, 2015, p. 175). Processen styres af problemformuleringen. Hensigten med analysen er at skabe mulighed for dialog og en ny forforståelse. I forskerens møde med det undersøgte opstår en horisontsammensmeltning og ikke blot en gengivelse af det undersøgte eller forskerens egen forståelse (Ibid.). Den valgte analysemetode indebærer følgende fire trin:

Trin 1: Helhedsindtryk

Første trin har til formål at skabe et helhedsindtryk af den udførte dataindsamling. Dette kan gøres ved at lytte til de optagede interviews eller gennemlæse det transskriberede materiale for derved at skabe et helhedsindtryk af den indsamlede empiri (Dahlaget & Fredslund, 2015, p. 176). I praksis

vil dette gøres ved, at specialegruppen hører og gennemlæser de transskriberede interviews. Ligeledes italesættes de oplevelser, som hvert medlem af specialegruppen har erfaret gennem interviewet. Derved bliver specialegruppen bevidste om, om det er det samme udfald af interviewet, som gruppen har opnået.

Trin 2: Meningsbærende enheder identificeres

Andet trin har fokus på, hvad selve meningen i det pågældende interview indeholder. De fremkomne meninger opdeles i meningsbærende enheder. Disse enheder skal bidrage til, at overflødig empiri og centrale temaer inddeles i forskellige kategorier. Disse kategorier bliver tildelt koder for derved at skabe et overblik og en struktureret opdeling af interviewet. Til disse meningsbærende enheder kan der findes inspiration fra teori, hverdagsprog eller interviewpersonens egen fortælling (Dahlager & Fredslund, 2015, p. 176). Efter afholdte interviews og efter gennemførelse af analysestrategiens første trin, vil specialegruppen opstille meningsbærende enheder med afsæt i de pågældende interviews. Disse meningsbærende enheder vil både være nye temaer samt de opstillede temaer i interviewguiden. Til praktisk at håndtere kodningen af den indsamlede empiri er der anvendt softwareprogrammet NVivo pro 11.

Trin 3: Operationalisering

Det tredje trin indebærer en operationalisering af kategorierne fundet i andet trin. I dette trin gennemgås kategorierne, hvorefter deres fokus ekspliciteres. Eksempelvis hvis en kategori dækker over flere egenskaber, kan den med fordel inddeles i underkategorier, eller nogle kategorier kan slås sammen til en (Dahlager & Fredslund, 2015, p. 176). Hvis en given kategori både indeholder viden om eksempelvis graviditet og amning i forhold til den sundhedsprofessionelles rolle, så vil denne kategori blive inddelt i underkategorier for at søge at finde ind til den egentlig mening i den pågældende enhed.

Trin 4: Rekontekstualisering

Analysemetodens sidste trin består af en rekontekstualisering og hermeneutisk fortolkning. Ved hermeneutisk fortolkning indebærer en rekontekstualisering af empirien, at det pågældende ses og relateres til dens helhed og i dens kontekst. I dette trin knyttes kategorierne fra foregående trin

sammen, og her vil fokus være på, hvordan kategorierne forholder sig til hinanden. Desuden er fokus ikke på, hvad den pågældende tekst siger, men derimod hvordan den pågældende tekst kan forstås i forhold til problemformuleringen (Dahlager & Fredslund, 2015, p. 177). I det fjerde trin vil de forskellige kategorier blive samlet, for at skabe relation mellem helhed og kontekst. Her vil kategorierne således blive anvendt i forhold til specialets problemformulering, for at opnå en forståelse og viden med henblik på det egentlige fokus for specialet. Dette gøres ved hele tiden at holde analysen op imod og holde fokus på specialets problemformulering. I dette sidste trin inddrages ligeledes det systematiske litteraturstudies fund i analysen og udarbejdelsen af mulige forandringsforlag.

I udarbejdelse af analysen forsøger specialegruppen bevidst at arbejde med egen forforståelse, da interviewene bevidst og ubevidst påvirkes af egen forforståelse. Aktivt benyttes forforståelsen når meningsbærende enheder identificeres samt når kategorierne operationaliseres. Under rekontekstualiseringen anvendes den hermeneutiske cirkel konkret på den måde, at fund fra de afholdte interviews analyseres op imod specialegruppens forforståelse og viden om problematikken i problemformuleringen. Hermed opstår en horisontsammensmeltning da den cirkulære proces ved, at fundene sættes i sammenhæng med fund fra studier af lignende karakter. Processen er en cirkulær vekselvirkning mellem praksis og teori, informanter og forskere. Denne horisontsammensmeltning sker undervejs i interviewene samt i den videre resultatbearbejdning, som ligeledes inddrager det systematiske litteraturstudie.

9.4. Forskningsetiske overvejelser

Ved gennemførelse af kvalitative undersøgelser bør etiske problemstillinger, som kan opstå i processen, overvejes og italesættes for hvorledes disse håndteres (Creswell, 2007, p. 56). I forskning kan etiske problematikker opdeles i mikro- og makroetiske problematikker. Makroetik omhandler etik i en større samfundsmæssig kontekst, hvor magtrelationen i forhold til publicering af forskning dominerer. Mikroetiske problematikker omhandler de individer, der indgår i forskningen, og indeholder eksempelvis informeret samtykke samt fortrolighed (Brinkmann & Tanggaard, 2015, pp. 473–475).

Ved anvendelse af Aarhus Kommune som case analyseres casen og de overvejelser og beslutninger, der er taget i kommunen i forhold til organiseringen af tilbuddene omkring amning. Dermed

forsøges det at iagttage det, der er tænkt, gjort, skrevet og følt, under udarbejdelse af tilbuddet omkring amning gennem de forskellige organisatoriske beslutningsled i Aarhus Kommune. Som forskere er der derved ikke direkte kontakt med dem, som har udformet denne struktur. Det er derfor vigtigt, som forskere, at forholde sig varsomt og opmærksomt i arbejdet med en sådan case. På samme vis som med andet videnskabelig empiri, kommer forskerens aktive selektions-, bearbejdnings- og fortolkningsarbejde til udtryk i analysen (Duedahl & Jacobsen, 2010, pp. 73–75).

Da specialegruppen i indsamling af empiri og resultatbearbejdningen er påvirket af forforståelsen, kan der både bevidst og ubevidst ske det, at specialegruppen medtager elementer og analyserer på anden vis end hvad andre forskere eventuelt ville gøre. For at sikre at andre kan følge forskerens arbejdsgang i forskningsprocessen, er det vigtigt at forskeren underbygger og dokumenterer validiteten af fortolkninger, i videst omfang, samt sikre reliabiliteten af forskningsprocessens forskellige faser (Duedahl & Jacobsen, 2010, pp. 73–75).

Da specialet indeholder interviews med nybagte mødre, som kan have oplevet udfordringer med amning, er det vigtigt at overveje hvordan og hvorledes, der spørges ind til emnet. Derfor italesættes det over for de nybagte mødre, at deres deltagelse er anonym og tavshedspligt sikres. I tråd hermed vil spørgsmålene stilles på en neutral og åben måde for, at følelser ikke provokeres hos de nybagte mødre. Ligeledes kan det være et følsomt område for de sundhedsprofessionelle at italesætte amning, hvis dette nedprioriteret i forbindelse med deres arbejde. Dette kan skyldes, at sundhedsprofessionelle kan opleve at have dårlig samvittighed, hvis dette nedprioriteres. Derfor italesættes fra starten, at interviewene ikke har til tilsigtet at stille sig kritik over for deres daglige arbejde.

Den ledende sundhedsplejerske, de sundhedsprofessionelle og de nybagte mødre underskriver før interviewenes start samtykkeerklæringer med informationer om specialets formål samt informanternes rettigheder (Jf. bilag 4). Disse gennemgås med informanternes inden afvikling af interviewene. Herunder at deltagelsen er frivilligt og at samtykket til enhver tid kan trækkes tilbage (Creswell, 2007, p. 58). Det er i interviewsituationen vigtigt at tage højde for det asymmetriske magtforhold, som opstår under interviewet, da det kan have betydning for udfaldet af interviewet (Kvale & Brinkmann, 2009, pp. 50–52). For at imødekomme dette undlader hele specialegruppen at være til stede under interviewene samt sørger for at præsentere funktionerne af de to deltagende specialemedlemmer. Ligeledes forsøges spørgsmålene formuleret så enkelte og letforståelige for ikke at tilføje fagtermer til det asymmetriske magtforhold. Hvis fagtermer anvendes, kan det

forhindre, at der opnås dybdeindsigt og forståelse, som der tilstræbes gennem interview. Dette kan eksempelvis skyldes, at de nybagte mødre finder sproget uforståeligt.

I forhold til tavshedspligt lægges der vægt på, at de informationer, der fremkommer under interviewene, kun er tilgængelige for specialegruppen og kun anvendes til besvarelse af specialets problemformulering. Hertil understreges det overfor informanterne, at de indgår som anonyme i specialet. Dette betyder, at navne og andre personlige informationer ikke fremkommer nogle steder (Creswell, 2007, p. 59). Dog vil det kun være de nybagte mødre og sundhedsplejerskerne, der fremstår med koder. De nybagte mødre får koder, for at sikre deres anonymitet på baggrund af deres fortællinger, hvorimod sundhedsplejerskerne får koder for at adskille de to sundhedsplejersker. Den ledende sundhedsplejerske og jordemoderen tildeles ikke koder, idet der kun indgår en enkelt af hver. Lederen og de sundhedsprofessionelle er informeret om, at deres absolutte anonymitet ikke er mulig, grundet deres respektive jobfunktioner i Aarhus Kommune. Personfølsomdata undlades i indeværende speciale. De interviewede informeres ligeledes om, at lydoptagelserne og transskriberingerne vil blive destrueret efter endt specialeforløb.

10. Analyse af Aarhus Kommunes eksisterende tilbud omkring amning

I følgende afsnit vil speciales empiriske fund fra interviewundersøgelsen og det systematiske litteraturstudie blive fremstillet. Først følger en præsentation og analyse af specialets case, Aarhus Kommunes tilbud omkring amning i graviditet, fødsel og barsel. Dernæst sammenholdes fundene fra det systematiske litteraturstudie og interviewundersøgelsen med det eksisterende tilbud i Aarhus Kommune. ”Den integrerede implementeringsmodel” anvendes som refleksionsramme til at synliggøre centrale elementer, der kan have en påvirkning på, hvilken betydning organiseringen i Aarhus Kommune har. Derved genereres viden om, hvordan forandringsforslag til organiseringen kan udformes og bidrage til at imødegå den stigende tendens til tidligt ammeophør.

Ved anvendelse af ”Den integrerede implementeringsmodel” (Jf. afsnit 8), vil modellens første to elementer: ”Politikformulering” og ”Politik design” samt det første underpunkt i tredje element: ”Implementeringsprocessen”; ”Inter- og intraorganisatorisk adfærd” blive samlet og i fællesskab anvendes til at præsentere Aarhus Kommunes tilbud omkring amning i graviditet, fødsel og barsel. De resterende underpunkter for ”Implementeringsprocessen”; ”Ledelse”, ”Markarbejdernes evner og vilje/interesse” samt ”Målgruppedadfærd” vil blive anvendt til at analysere den indsamlede empiri fra interviewundersøgelsen sammen med studierne fra det systematiske litteraturstudie. På baggrund af analysen, af de empiriske fund, anvendes den opnåede viden til at udforme forandringsforslag, som svarer til modellens ”Implementeringsresultater” og derved bidrage til besvarelse af specialet problemformulering.

10.1. Analyse af specialets case - Aarhus Kommunes eksisterende tilbud omkring amning

Til at synliggøre nogle af de centrale elementer, der kan have en påvirkning på, hvilken betydning organiseringen af Aarhus Kommunes tilbud omkring amning har, må der opnås indsigt i organiseringen af det eksisterende tilbud. Derved kan der genereres viden om, hvordan forandringsforslag kan bidrage til at imødegå den stigende tendens til tidligt ammeophør ved at ændre i organiseringen og derved fremme amning.

Af ”Den integrerede implementeringsmodel” fremgår det, at ”Politikformulering” omhandler udformning af politikken, der ønskes udført (Winter & Lehmann Nielsen, 2013, pp. 18–19). I forhold til Aarhus Kommunes tilbud omkring amning kan politikformuleringen i dette tilfælde

eksempelvis være Sundhedsstyrelsens publicering af ”Anbefalinger for svangreomsorgen”. Heraf er det op til den enkelte region at vurdere, hvorvidt denne ønsker at implementere disse anbefalinger, hvorfor Sundhedsstyrelsens publikation ”Anbefalinger for svangreomsorgen” er vigtigt at medtænke, når eventuelle forandringer skal foretages i Aarhus Kommune. Sundhedsstyrelsens anbefalinger danner baggrund for, hvilke tilbud den enkelte region og kommune tilbyder til borgeren. Sundhedsstyrelsens anbefalinger ses løbende debatteret i den offentlige debat omhandlende det evidensbaserede grundlag for nogle af sine anbefalinger. Her kan som eksempel nævnes Lægeforeningen, der i en artikel udtaler, at Sundhedsstyrelsen ikke er uafhængig, da nogle af Sundhedsstyrelsens midler kommer fra medicinalindustrien (HPV Vaccine Info, 2014). Et andet eksempel er anbefalingerne om, at forældre ikke bør samsove med deres spædbørn, for at beskytte barnet mod vuggedød. Der findes ikke gennemgående evidens for at anbefale dette (Jordemoderforeningen, 2013). I England findes der en uafhængig institution, National Institut for Health and Care Excellence (NICE Institute), som varetager udarbejdelsen af anbefalinger inden for forskellige fagområder på et multidisciplinært, evidensbaseret grundlag (National Institute for Health and Care Excellence, n.d.). For at Sundhedsstyrelsens anbefalinger kan fremstå uafhængige og evidensbaseret, kunne det være en mulighed, at Sundhedsstyrelsen blev en uafhængig institution på samme vis som NICE Institute.

Elementet ”Politikdesign” i ”Den integrerede implementeringsmodel” er måden, hvorpå politiske love og beslutninger er designet, og som oftest består af mål, elementer til at nå målet samt hvem, der varetager opgaverne i forhold til blandt andet ressourcer (Winter & Lehmann Nielsen, 2013, pp. 19, 41–47). Med afsæt i Sundhedsloven og Sundhedsstyrelsens anbefalinger er det op til den enkelte region at beskrive tilrettelæggelsen af svangreomsorgen for gravide, fødende og barslende i regionen (Region Midtjylland, 2012, pp. 7–8). Dette gøres eksempelvis i Region Midtjyllands ”Fødeplan 2012 – Region Midtjyllands planer og visioner for svangreomsorgen” (Fødeplanen), som udarbejdes under rådgivning fra Sundhedsstyrelsen (Sundhedsstyrelsen, 2012). Heri fremgår, at Fødeplanen selv udgør beslutningsgrundlaget for, hvorledes regionsrådet prioriterer og planlægger svangreomsorgen i regionen samt belyser udfordringer og forslag til, hvordan der fortsat kan ske udvikling af svangreomsorgen. Her beskrives, hvorledes der i regionen arbejdes hen mod, at alle nyfødte regionalt skal sikres den bedst mulige start på livet. For at sikre dette, lægger Fødeplanen op til, at alle kommende og/eller nybagte forældre samt nyfødte skal sikres sammenhængende forløb præget af høj kvalitet i alle tilbud i forbindelse med både graviditet, fødsel og barsel. Til at

opnå dette skal der, ifølge Fødeplanen, opstilles et tilstrækkeligt basistilbud med mulighed for at differentiere i forhold til den enkeltes behov, ressourcer og ønsker. For at sikre denne sammenhæng, er det vigtigt, at der er et velfungerende og integreret samarbejde mellem almen praksis, hospitaler og kommuner (Region Midtjylland, 2012, pp. 7–8). Gennem tilbuddene er det Fødeplanens mål, at kommende forældre skal forberedes til så vidt muligt at tage ansvar for eget liv. Herigennem bliver forældrene klædt på til at kunne takle mulige udfordringer, der følger ved at blive forældre, hvor forældrenes mestringsevner understøttes (Ibid.). Der tilbydes i regionen forældre- og fødselsforberedende kurser, herunder omkring amning, hvor familierne forberedes til amning af deres spædbørn (Ibid.).

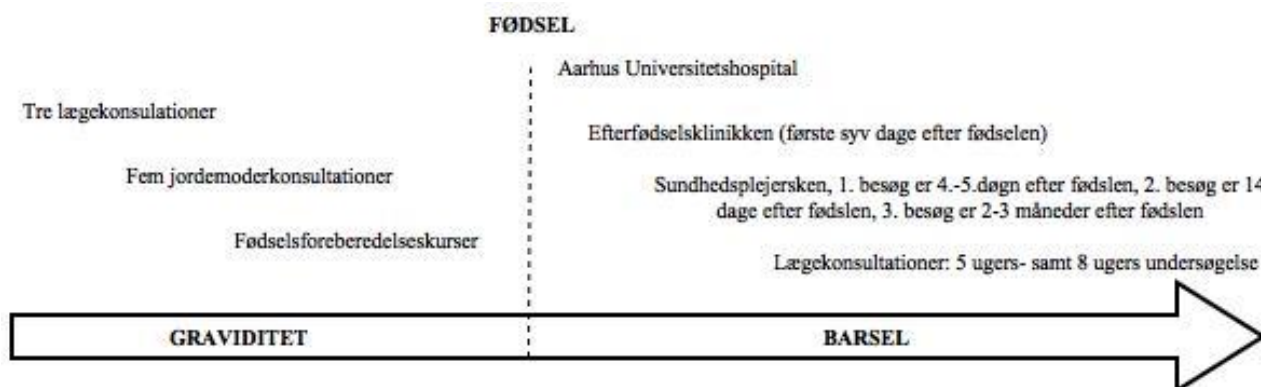
I Fødeplanen angives, at der findes økonomiske udfordring i at kunne tilbyde den tilstrækkelige omsorg inden for svangreomsorgen. Dette betyder, at fødestederne tilstræber at fastholde kernetilbud om at prioritere fokus på selve fødslen. Denne prioritering har ifølge Fødeplanen eksempelvis haft den konsekvens, at der er indført ambulante fødsler (Region Midtjylland, 2012, pp. 14–15). ”Inter- og intraorganisatorisk adfærd” omhandler, hvordan forskellige myndigheder, forvaltninger samt afdelinger i samme forvaltning arbejder sammen om fordelingen af eksempelvis ansvar og opgaver (Winter & Lehmann Nielsen, 2013, p. 19). Hvorvidt prioriteringen af selve fødslen og indførelsen af ambulante fødsler har betydning for, hvorledes strukturen af tilbuddet til at understøtte amning er organiseret i Aarhus Kommune, må derved findes i Sundhedsaftalen i Region Midtjylland. Dette med henblik på at få indsigt i hvilke arbejdsopgaver, der varetages af hvem i Aarhus Kommune, for derved at forstå det eksisterende tilbud i forhold til det videre arbejde med ”Den integrerede implementeringsmodels” elementer; ”Ledelse”, ”Markarbejdernes evner og vilje/interesser” og ”Målgruppeadfærd”.

10.1.1. Sundhedsaftalen i Region Midtjylland – betydningen for det eksisterende tilbud i Aarhus Kommune

Sundhedsaftalen er en aftale, der er indgået mellem Region Midtjylland, de 19 kommuner i regionen og praksissektoren omkring den gensidige forpligtelse og samarbejde inden for sundhedsområdet (Region Midtjylland, n.d.). Sundhedsaftalen medvirker til at sikre faglig kvalitet ved de tværgående forløb. Målet er, at aftalen skal understøtte den enkelte borgers behov for en indsats, der er sammenhængende og af høj kvalitet uafhængigt af indsatsens karakter eller antal af kontakter (Region Midtjylland, 2012, p. 18).

Sundhedsaftalen fra 2011-2014 medførte store ændringer i forhold til tilbuddet til nybagte mødre, som kan have betydning for den første ammeetablering. Dette ses ved, at der inden for udskrivelse ved normal fødsel blev fokuseret på at skabe sammenhæng og koordination i overgangen fra fødested til hjemmet, styrkelse af familiedannelse og barnets trivsel samt forebyggelse af genindlæggelser (Region Midtjylland og de 19 kommuner, 2011, pp. 37–38). Fødestedet har ansvar for mor og spædbarn efter udskrivelse, og indtil familien har haft kontakt med sundhedsplejersken, hvilket oftest er omkring fem til syv dage efter fødslen (Ibid.). Ved ambulante fødsel kontakter fødestedet familien inden for 24 timer efter udskrivelse. Dernæst tilbyder sundhedsplejersken et hjemmebesøg efter aftale med familien afhængigt af behov (Ibid.).

I 2015 blev der udformet en ny sundhedsaftale gældende for 2015-2018, som fortsat har fokus på at skabe en tryk og sammenhængende udskrivelse for nyfødte, med fokus på at optimere kommunikationen i det tværfaglige samarbejde i regionen. Derudover at opnå en bedre overgang til sundhedsplejen efter udskrivelse (Region Midtjylland og de 19 kommuner, 2015, pp. 78–80). Aarhus Kommunes tilbud til gravide og nybagte mødre, ser således ud som nedenstående figur 4 illustrerer.



Figur 4: Oversigt over Aarhus kommunes tilbud til gravide og nybagte mødre.

Ud fra ovenstående figur fremgår det, at gravide i Aarhus Kommune tilbydes tre graviditetsbesøg hos den praktiserende læge, og efterfølgende to konsultationer efter fødsel. Dette findes i overensstemmelse med Sundhedslovens bekendtgørelse om antal helbredsundersøgelser af gravide (Sundheds- og Ældreministeriet, 2009). Figurens øvrige elementer er et tilbud, som ikke er en del af Sundhedslovens bekendtgørelse i forhold til graviditet, fødsel og barsel. Tilbuddene er som nævnt

udarbejdet gennem henholdsvis Fødeplanen og Sundhedsaftalen i Region Midtjylland, og udgør Aarhus Kommunes tilbud i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel.

Aarhus Universitetshospital tilbyder gravide forskellige kurser i graviditeten (fødselsforberedelseskurser), som de efter ønske kan deltage i (Aarhus Universitetshospital, 2017a). Et af disse kurser omhandler amning, og her anbefales det at deltage fra uge 28-38 i graviditeten (Aarhus Universitetshospital, 2017b). På dette hold er fokus på de første døgn efter hjemkomsten med et nyfødt barn, herunder eksempelvis samtale om, hvornår hjemrejse forefindes, om mælkeproduktionen er tilstrækkelig og hvorledes det er muligt at vurdere barnets trivsel (Ibid.). Efter fødsel og hjemsendelse fra hospitalet er det Efterfødselsklinikken, der kan kontaktes af de nybagte forældre inden for den efterfølgende uge, ved behov for hjælp om eksempelvis ammeetablering. Derefter overtages funktionen af sundhedsplejen med to hjemmebesøg inden for de første 14 dage (Aarhus Kommune, 2017, pp. 1–2). Derudover er der mulighed for telefonisk rådgivning af sundhedsplejersken alle ugens dage, året rundt (Ibid.). Ovenstående viden om Aarhus Kommunes tilbud omkring graviditet, fødsel og barsel - herunder amning, er systematisk fremsøgt gennem eksisterende viden herom. Ud fra denne viden fremstår tilbuddet i Aarhus Kommune omkring amning som et tilbud, hvor der lægges op til at understøtte amning både i graviditeten, ved fødslen og i barselsperioden. Planlægningen og prioriteringen af svangreomsorgen i Aarhus Kommune har fokus på at skabe tilbud omkring amning til gravide og nybagte mødre.

10.2. Det systematiske litteraturstudies fund

I nedenstående afsnit præsenteres det systematiske litteraturstudies 12 studier. Disse fund skal sammenkoblet med interviewundersøgelsen indgå i den samlede analyse, af de empiriske fund, for at nå frem til hvilke elementer, der kan være med til at fremme amning.

10.2.1. Studiepræsentation af det systematiske litteraturstudie

Nedenstående matrix viser de 12 studier, som gennem den systematiske litteratursøgning blev fremfundet til specialets systematiske litteraturstudie. Matrix skal bidrage til et samlet overblik over den eksisterende evidens omkring sundhedsvæseners organisering af ammetilbud samt tiltag til at kunne fremme amning. Derved anvendes litteraturstudiets fund i resultatbearbejdningen og udarbejdelsen af forandringsforlag. Matrix har fokus på formål, design, metode/intervention, fund samt studiernes egen vurdering af mulige styrker/svagheder.

Matrix over det systematiske litteraturstudies fund

| Nr. | Titel og reference | Land | Formål | Design | Metode/intervention | Fund | Styrker/svagheder |
|-----|--|----------|---|---|---|---|--|
| 1. | Breastfeeding best start study: Training midwives in a 'hands off' positioning and attachment intervention (Law et al., 2007). | England. | Formålet med studiet var at undersøge om en fire timers undervisningsworkshop i "hands off" teknik og tilkobling af barn og bryst, øger jordemoderens viden om og problemløsningskompetencer inden for amning. | Randomiseret kontrolleret forsøg på fire hospitaler, med en præinterventionsmåling og en postinterventionsmåling. | Forsøgsgruppen bestod af jordemødre, som gennemførte en fire timers undervisningsworkshop om amning med fokus på effektive ammestillinger, tilkobling mellem barn og bryst samt brug af praktiske formidlingsmetoder. | Studiet viste, at en fire timers workshop var mere effektiv sammenlignet med det eksisterende tilbud. | Studiet havde ikke en kontrolgruppe bestående af jordemødre uden tidligere undervisning. |
| 2. | Breastfeeding Education Program (Mellin et al., 2011). | USA. | Formålet med studiet var at undersøge, om gennemførelsen af et uddannelsesprogram omkring amning, herunder en amme protokol, en ressourcevejledning og pædagogiske præsentationer, kunne have indflydelse på viden, komfortniveau og holdninger til amning blandt sundhedsprofessionelle og ammeprocenten af eksklusiv amning på hospitalet stiger. | Quasi-eksperimentel forsøg, med en præinterventionsmåling og en postinterventionsmåling. | Forsøgsgruppen bestod af obstetrikere, børnelæger og sygeplejersker. Undervisningsprogrammet var sammensat af tre elementer, der omfattede: Implementeringen af en amme protokol, udviklingen af en "ammeguide" og en pædagogisk præsentation udviklet af en tværfaglig gruppe. | De sundhedsprofessionelle udviste signifikant øget niveau af viden og komfort i forbindelse med amningsproblemer efter uddannelsen. Derudover rapporterede de ammende mødre en øgning i observationer fra sygeplejerskerne. | Resultater fra de sundhedsprofessionelle er begrænset, grundet en lille interventionsgruppe (i alt 53 sundhedsprofessionelle). |
| 3. | Does | Canada. | Formålet med studiet | Ikke- | De | Statistisk signifikant | Interventionen fandt sted i |

| | | | | | | | |
|----|--|----------|---|--|--|--|--|
| | breastfeeding education affect nursing staff beliefs, exclusive breastfeeding rates, and Baby-Friendly Hospital Initiative compliance? The experience of a small, rural Canadian hospital (Martens, 2000). | | var at evaluere på effektiviteten af en ammeuddannelse bestående af 1½-timers undervisning af alle sygeplejersker. | randomiseret kontrolleret forsøg, med en præinterventionsmåling og en postinterventionsmåling. | sundhedsprofessionelle modtog 1½ times undervisning og efterfølgende en valgfri skriftlig opgave inden for de efterfølgende måneder. | stigning i overholdelse af ”Baby-Friendly Hospital Initiativ” på interventionsstedet. Dog oplevede sygeplejerskerne frustration over ikke at have tid til at bruge den tilegnede viden til at hjælpe de ammende, hvis der var udfordringer. | de sundhedsprofessionelles arbejdstid og krævede deltagelse af alle sygeplejersker. Trods manglende måling af en samlet ændring i ammefrekvensen ændres holdningen til ammeprotokollen positivt. Ændret praksis var målbare og signifikante. |
| 4. | Effectiveness of an implementation strategy for a breastfeeding guideline in Primary Care: cluster randomised trial Susana (Martín-Iglesias et al., 2011). | Spanien. | Formålet med studiet var at definere hvorvidt anvendelsen af indførelse af træningssession, uddeling af information, overordnet ammevejleder til de sundhedsprofessionelle om ammevejledning i primær omsorgen er mere effektivt end det eksisterende tilbud. | Randomiseret kontrolleret forsøg, med en præinterventionsmåling og en postinterventionsmåling. | Implementering af en ammevejledning med yderligere støtte til uddannelse og information rettet mod de sundhedsprofessionelle, der giver omsorg, indebærer en større integration af vejledningens anbefalinger i klinisk praksis. | Øget viden, færdigheder og holdninger, der nødvendige for, at de sundhedsprofessionelle kan vejlede i amning. Retningslinjer kan være nyttige i den løbende uddannelse af sundhedsprofessionelle og som en støtte til beslutningstagning under konsultationer. Retningslinjerne er et ekstra værktøj, der skal bruges, så sundhedsprofessionelle får den nødvendige kompetence til at orientere mødre. | En af begrænsningerne i undersøgelsen er, at en dobbelt blindet forsøg ikke kunne anvendes til interventionen. |
| 5. | Evaluation of a lactation intervention | Taiwan. | Formålet med studiet var at evaluere gennemførelsen af en | Quasi-eksperimentelt forsøg, med en | Interventionsgruppen deltog i et amme fremmende | Resultaterne viste, at de eksklusive og overordnede | Undersøgelsen var en 3-årig longitudinel undersøgelse og mere |

| | | | | | | | |
|----|--|----------|---|--|---|--|---|
| | program to encourage breastfeeding: A longitudinal study (Gau, 2004). | | ændring i amningspolitikken på syv hospitaler i overensstemmelse med "Ten Steps To successfull Breastfeeding", til at vurdere hospitalets indflydelse på praksis om amning. | måling under hospitalsopholdet, ved to uger efter fødsel, en og to måneder postpartum. | program med udgangspunkt i "Ten Steps To successfull Breastfeeding". | ammefrekvenser i forsøgsgruppen var højere end kontrolgruppen. Yderligere viste ammeffrekvensen generelt en stigende tendens år for år. Resultaterne viste også, at forsøgsgruppen scorede højere i viden om amning end kontrolgruppen. Det gjorde ligeledes gældende for positive holdninger til amning med stigende score år for år. Resultaterne viste også, at højere score afspejlede bedre viden om amning, samt længere ammevarighed. | stringent, hvilket gav bedre testkapacitet. Hospitalerne (syv) blev tilfældigt valgt og viste ingen statistisk fejl for casen i hverken forsøgs- eller kontrolgruppernes demografi, hvilket indikerer høj grad af homogenitet, hvorfor selektionsbias kan udelukkes. Denne undersøgelse kan give sundhedsprofessionelle en videnbaseret intervention samt amnings-databank. |
| 6. | Hospital and Other Influences on the Uptake and Maintenance of Breast-Feeding - the Development of Infant-Feeding Policy in a District (Bruce et al., 1991). | England. | Formålet var at identificere hindringer og kilder til støtte til etablering og vedligeholdelse af amning. | Tværsnitsundersøgelse. | Spørgeskema til jordemødre og interview samt spørgeskema til nybagte mødre. Spørgeskemaerne og interviewene omhandlede det eksisterende ammetilbud. | Manglende tid blev identificeret som en hindring for at give mødre den bedste vejledning i forbindelse med amning. | Tværsnitsundersøgelsen er foretaget lokalt og kan muligvis ikke overføres til andetsteds i landet eller i andre lande. |
| 7. | Impact of Baby- | Kina. | Formålet med studiet | Kohortestudie | Anvendelsen af seks | Større brug af "Baby- | Frafaldet var lavt, da |

| | | | | | | | |
|----|---|----------------|---|--|--|--|---|
| | Friendly Hospital Practices on Breastfeeding in Hong Kong (Tarrant et al., 2011). | | var at undersøge eksponeringen for effekten af ”Baby-Friendly Hospital Initiativ” blandt mødre, og vurdere hvorvidt det påvirker amningens varighed. | af mødre, prospektivt i op til 12 måneder. | ”Baby-Friendly Hospital Initiativ”: Amningstiltag inden for en time efter fødslen, eksklusiv amning i forbindelse med indlæggelse, amning ud fra efterspørgelse, ingen revner eller sårede brystvorter og information om ammende støttegrupper, der gives ved udskrivning. | Friendly Hospital Initiativ” øgede de nybagte mødres chancer for stadig at amme otte uger efter fødslen. | empiri blev indsamlet for 87,6 procent, og det var stor kohorte. Derudover blev empiri om brugen af ”Baby-Friendly Hospital Initiativ” med undtagelse af trin ti indsamlet fra patientjournalen, hvilket minimerede mødrenes recall bias. Trods det at empiri om amningstid og eksklusivitet blev indsamlet prospektivt, var det selvrapporterede data. Det er muligt, at mødre ikke rapporterede præcist i forhold til varigheden af amning eller eksklusiv amning eller begge dele. |
| 8. | Impact of health education on knowledge of, attitude to and practice of breastfeeding among women attending primary health care centres in Almadinah Almunawwarah, Kingdom of Saudi Arabia: Controlled pre- | Saudi-Arabien. | Formålet med studiet var at afgøre, om et planlagt sundhedsuddannelsesprogram til gravide ville øge andelen af nybagte mødre, der fuld ammer og ligeledes forlænger ammevarigheden. | Kohortestudie. | 30 minutters undervisning af gravide omhandlende WHO's ammeanbefalinger. Spørgeskemaer blev udfyldt af begge grupper og af interventionsgruppen igen efter sundhedsuddannelse. Efterfødsels spørgeskemaer blev udfyldt af begge grupper. | Statistisk signifikant forskelle inden for interventionsgruppen før og efter sundhedsuddannelse og mellem de to grupper i alle parametre. Sundhedsuddannelsen forbedrede viden, holdning og praksis. | Da studiet blev udført i seks primære sundhedsplejecentre, kan resultaterne ikke generaliseres grundet forskelle i de sociodemografiske egenskaber hos kvinder, der deltager i sådanne centre. |

| | | | | | | | |
|-----|--|------|--|-------------------------------------|--|--|--|
| | post study (Hanafi et al., 2014). | | | | | | |
| 9. | Integrating lactation consultants into primary health care services: Are Lactation Consultants Affecting Breastfeeding Success? (Thurman & Allen, 2008). | USA. | Formålet med studiet var at analysere forskning, der specifikt involverer International Board Certified Lactation Consultant ³ (IBCLC) i ammerådgivningen, med fokus på forskning udført inden for ambulat og primærplejen, for at fastslå de nuværende beviser for udnyttelse af sundhedsprofessionelle med IBCLC. | Systematisk Review. | Fem studier omhandlende anvendelsen af sundhedsprofessionelle med IBCLC. | Der er begrænsede data som tyder på, at IBCLC kan fremme en længere varighed af amning, når de anvendes i primærsektoren. Selvom foreløbige fund indikerer nogle positive sammenhænge mellem IBCLC og ammevarigheden, kan pålideligheden og gyldigheden af udfaldet af disse undersøgelser ikke konstateres. | De fem studier havde betydelige begrænsninger. Prøvestørrelser var små, IBCLC blev anvendt i forskellige kapaciteter på tværs af undersøgelser, ammende resultatmålinger var dårligt definerede og flere undersøgelser manglede sammenlignelige parallelle kontrolgrupper. Kun to undersøgelser var udført som randomiserede kontrollerede forsøg. |
| 10. | The Effectiveness of Primary Care-Based Interventions to Promote Breastfeeding : Systematic Evidence Review and Meta-Analysis for the US Preventive | USA. | Formålet med studiet var at undersøge om intervention i primærplejen kan fremme initieringen og varigheden af ammeperioden. | Systematisk Review og Meta Analyse. | 22 randomiserede kontrollerede studier, otte ikke-randomiseret kontrollerede studier og fem systematiske reviews blev anvendt. | Uddannelsesindsatser og støtte til at fremme amning synes at forbedre initieringen af amning og varigheden af amning i op til seks måneder. Skriftligt materiale var ikke effektive til at øge initiering eller ammevarigheden. | Det systematiske review fremfører ikke selv svagheder og styrker. |

³ IBCLC er den eneste internationale anerkendte certificering i amning, som udgør omfattende klinisk erfaring med ammende kvinder, ammeundervisning og en endelig eksamination. Der skal foretages re-certificeringen hver 10 år (Thurman & Allen, 2008).

| | | | | | | | |
|-----|---|----------|---|--|---|--|---|
| | Services Task Force (Guisse et al., 2003). | | | | | | |
| 11. | Turning policy into practice: More difficult than it seems. The case of breastfeeding education (Smale et al., 2006). | England. | Formålet med studiet var at gennemføre en behovsanalyse til at bidrage til planlægning af fremtidig uddannelse af amning. | Kvalitativt interviewbaseret undersøgelse. | 73 individuelle interview og ni fokusgruppeinterviews med sundhedsprofessionelle. | Studiet indikerer, at der ikke kun må ske ændringer i uddannelse og praksis, men ligeledes store forandringer i holdninger og kultur. | Notering blev foretaget i stedet for fulde transskriptioner, hvilket kan betragtes som en begrænsning af studiet. Dog kan det ses som en styrke, at kvaliteten blev sikret ved, at noterne blev returneret til informanterne til kontrol og mulighed for rettelser. |
| 12. | What primary health professionals need to promote breastfeeding (Whelan et al., 2011). | Irland. | Formålet med studiet var at identificere problemerne for sundhedsprofessionelle omkring at støtte og fremme amning. | Tværsnitsundersøgelse. | Selvadministreret spørgeskema til sundhedsprofessionelle. | Sundhedsprofessionelle skal have viden om fordelene ved amning ud over at have færdigheder til at yde praktisk støtte. Sådan viden bør ydes ved træning, som opfylder hver enkelt gruppe af sundhedsvæsenets specifikke behov. | Svarprocenten for spørgeskemaundersøgelsen var 46 %, hvilket forskerne vurderer som lav. |

10.2.2. Primære fund i det systematiske litteraturstudie

Ti ud af 12 studier fandt, at undervisning af sundhedsprofessionelle er med til at fremme initiering af amning samt amningens varighed (Bruce et al., 1991; Gau, 2004; Guise et al., 2003; Law et al., 2007; Martens, 2000; Martín-Iglesias et al., 2011; Mellin et al., 2011; Smale et al., 2006; Thurman & Allen, 2008; Whelan et al., 2011). Omfanget af denne undervisning fremstår forskellig fra de enkelte studier, men fundene er de samme; at undervisning af sundhedsprofessionelle har en positiv virkning på amning. Studiet af Mellin, Poplawski, & Gole, 2011 tilføjer hertil betydningen af, at der bør sikres, at der er skriftlige retningslinjer som de sundhedsprofessionelle kan støtte sig op af, hvorfor disse skal være tilgængelige for alle og let forståelige (Mellin et al., 2011). Studiet af Hanafi, Shalaby, Falatah, & El-Ammari, 2014 havde til formål at undersøge vigtigheden af, at de nybagte mødre tilbydes fødselsforberedelse i graviditeten, for at kunne forberede sig bedst muligt på amning. Studiet konkluderede, at de gravide som havde deltaget i fødselsforberedelse var mere forberedt på at amme end kontrolgruppen, som ikke havde deltaget i fødselsforberedelse (Hanafi et al., 2014). Tre studier: Martens, 2000, Gau, 2004 og Tarrant et al., 2011 lægger vægt på betydningen at opbygge hospitaler, der arbejder ud fra WHO's "Baby-Friendly Hospital Initiativ"⁴, de dette er med til at øge de nybagte mødres chance for at vedblive med amning over længere tid (Gau, 2004; Martens, 2000; Tarrant et al., 2011). I det systematiske litteraturstudiets fund er der fremsøgt studier, som repræsenterer forskellige lande og består ligeledes af forskellige metoder til at undersøge studierne formål. Det gør sig gældende for alle studierne, at de undersøger interventioner, som er forbundet med sundhedsvæsenet med henblik på at kunne give nybagte mødre de bedste forudsætninger for en veletableret start på amning. Studierne fund skal dermed ses som et tillæg til de allerede eksisterende tilbud omkring amning i de angivne lande. Samlet set repræsenterer det systematiske litteraturstudie (Jf. matrix) en konklusion omkring; vigtigheden af at de sundhedsprofessionelle tilbydes undervisning ud over den, der er indgået som en del af de sundhedsprofessionelles uddannelse, at der er ensrettede retningslinjer, som de sundhedsprofessionelle kan støtte sig op af i forbindelse med ammevejledning og ud fra hospitalets kulturelle holdninger til amning, og at de gravide tilbydes fødselsforberedelse i graviditeten for at forberede dem på den forestående amning.

⁴ "Baby-Friendly Hospital Initiativ" er kendetegnet ved at være en international implementeringspraksis for at beskytte, fremme og støtte amning (World Health Organization, n.d.).

10.2.3. Metodisk kvalitet af det systematiske litteraturstudiets fund

De fremfundne studier blevet vurderet ud fra relevante tjeklister, samt ud fra specialegruppens samlede vurdering af kvaliteten. Dette for at kunne vurdere studierne anvendelse til videre analyse af Aarhus Kommunes eksisterende tilbud og bidrage til mulige forandringsforslag til at fremme amning. Studierne vurdering er med udgangspunkt i de respektive tjeklister, en samlet vurdering ud fra: under middel, middel eller over middel.

For de syv studier (studie 2, 3, 5, 6, 7, 8 og 12) hvis metodiske kvalitet er vurderet ud fra STROBE (Jf. bilag 2), vurderes det, at alle studierne ligger omkring middel.

For de to studier (studie 9 og 10), der er blevet kvalitetsvurderet ud fra PRISMA (Jf. bilag 2), vurderes studierne at ligge under middel, da der ses mangler i forhold til studierne præsentation af metode og resultater.

De to studier (studie 1 og 4), der metodisk vurderet ud fra CONSORT (Jf. bilag 2), vurderes at ligge omkring middel, da det er uklart, hvorpå randomisering er fundet sted i disse studier.

Studiet af Smale, Renfrew, Marshall, & Spiby, 2006 (studie 11) er det eneste kvalitative studie, som indgår i indeværende systematiske litteraturstudie. Dette studie er blevet metodisk vurderet ud fra COREQ (Jf. bilag 2). Studiet vurderes at ligge under middel, idet der ligeledes ses mangler i forhold til beskrivelse af metode og resultater.

Med afsæt i ovenstående gør det sig gældende for studierne, at deres formål, metode og resultater er velbeskrevet, hvorfor den metodiske kvalitet vurderes god inden for de fleste parametre. Der ses dog en tendens til, at punkterne omhandlende diskussion af finansiering og etiske spørgsmål ikke er beskrevet fyldestgørende, som de øvrige punkter i de anvendte tjeklister.

Der indgår studier af ældre dato (eksempelvis studie 6), hvorfor det er nødvendigt at være bevidst om dette, når inspiration hentes til mulige forandringsforslag, idet der kan være nyere evidens på området og implementeret nye tiltag. Det gør sig ligeledes gældende, at der indgår studier, hvis sundhedssystemer ikke synes sammenlignelige med det danske sundhedssystem (eksempelvis 5, 7 og 8). Dette ses dog ikke som en hindring for, at disse studier kan bidrage med inspiration til, hvilke elementer, der bør overvejes ved mulige forandringsforslag til at fremme amning.

De statistiske estimater er ikke medtaget i ovenstående matrix, idet studierne anvender disse forskelligt. Tre af studierne har blot statistiske beregninger med procent, som anses som en

svaghed for studierne (studie 1, 2, 6). Derimod har studie 7 en odds ratio⁵ med konfidensinterval⁶, hvorimod studie 8 har en odds ratio men ingen konfidensinterval.

Samlet set vurderes det systematiske litteraturstudies fund at være anvendelige til den videre resultatbearbejdning. Det systematiske litteraturstudie vil, i kombination med interviewundersøgelsen, således bidrage til mulige forandringsforslag på området.

10.3. Interviewundersøgelse af den ledende sundhedsplejerske, sundhedsprofessionelle og nybagte mødre

I det følgende præsenteres, hvordan analyseprocessen har udspillet sig for interviewundersøgelsen for at skabe transparens ved at tydeliggøre processen fra indsamling af empiri til bearbejdning heraf. Dernæst følger en præsentation af interviewundersøgelsens informanter, for at synliggøre hvorfra den indsamlede empiri udspringer. Interviewundersøgelsen skal bidrage til indsigt i den ledende sundhedsplejerskes, de sundhedsprofessionelles og nybagte mødres oplevelser og erfaringer med organiseringen af Aarhus Kommunes tilbud omkring amning. Dette med henblik på at opnå indsigt i hvilke elementer de tillægger betydning i organiseringen.

10.3.1. Analyseprocessen for interviewundersøgelsen

For at danne et *helhedsindtryk* af alle interviewene er der foretaget både gennemlytning og læsning af de transskriberede interviews. Ud fra helhedsindtrykket er der identificeret otte *meningsbærende enheder*, som er justeret undervejs. Disse er *operationaliseret* til syv temaer, med i alt 18 undertemaer. I sidste trin i analysestrategien er interviewene *rekontekstualiseret* ned til fire temaer med inspiration fra ”Den integrerede implementeringsmodel”, herunder med tilhørende ni undertemaer, som ses i nedenstående tabel 4. Temaerne vil blive udfoldet i de følgende afsnit.

⁵ Odds ratio sammenligner to proportioner, hvilket angiver en association mellem eksponering og outcome (Juul, 2013, pp. 87, 217).

⁶ Konfidensintervaller er udtryk for den tilfældige usikkerhed ved et estimat (Juul, 2013, p. 248).

| Temaer | Undertemaer |
|---|---|
| Ledelse | Håndtering og implementering af anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen |
| Markarbejdernes evner og vilje/interesse | Tid og prioritering – et vigtigt element for at sikre vellykket ammeetablering hos nybagte mødre Viden - et vigtigt element for at sikre vellykket ammeetablering hos nybagte mødre Diskontinuitet i patientforløbet |
| Målgruppeadfærd | Graviditet – betydning af at forberede sig på amning Usikkerhed – en udfordring for de nybagte mødres ammeetablering Sundhedsplejerskens rolle i beslutningsprocesser Hjælp som en tryghed for at sikre vellykket ammeetablering |
| Implementeringsresultater | Fremanalyserede forandringsforslag |

Tabel 4: Oversigt over temaer i interviewundersøgelsen.

Tematiseringerne, som indgår i analyseprocessen af interviewene fra citat til den endelige fortolkning, illustreres i nedenstående tabel 5. Først identificeres den meningsbærende enhed, *amning på egen hånd*, ud fra det enkeltstående citat, hvorefter den meningsbærende enhed efterfølgende operationaliseres til *udfordringer i forhold til amning samt håndtering af disse*. Slutteligt foretages en hermeneutisk fortolkning, hvor det endelige tema, *hjælp som en tryghed for at sikre vellykket ammeetablering*, forekommer.

| Interviewcitater | Trin 2: Meningsbærende enhed | Trin 3: Operationalisering | Trin 4: Rekontekstualisering og hermeneutisk fortolkning |
|---|------------------------------------|--|---|
| <i>”Så man tænkte, at så kan vi godt (!), vi var bare, jeg var mega bekymret for at tænke, jeg skal hjem med det her barn og nu skal jeg selv klare det hele (griner). Og det synes jeg var</i> | Amning på egen hånd. | Udfordringer i forhold til amning, samt håndtering af disse. | Hjælp som en tryghed for at sikre vellykket ammeetablering. |

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p><i>ret overvældende, men at man ligesom havde den mulighed og de var meget gode til sådan til at få det fremlagt på en måde, så man ikke følte, at det var en belastning for dem, hvis man gjorde. Så jeg tænkte, jamen så har vi altid den (!)...”.</i></p> | | | |
|---|--|--|--|

Tabel 5: Analyseproces - fra citat til rekontekstualisering (Jf. bilag 6).

Analyseprocessens rekontekstualisering og hermeneutiske fortolkning indebærer, at de empiriske fund ses og relateres til helheden og konteksten. Disse kategorier vil således i det følgende blive anvendt ved at holde analysen op imod og holde fokus på specialets problemformulering. Kategorierne vil dermed indgå i anvendelsen af underpunkterne til ”Den integrerede implementeringsmodel” i samspil med det systematiske litteraturstudies fund.

10.3.2. Præsentation af interviewundersøgelsens informanter

Interviewundersøgelsen består af ni semistrukturerede forskningsinterviews med henholdsvis en ledende sundhedsplejerske, to sundhedsplejersker, en jordemoder og fem nybagte mødre. Informanterne er kodet, for at beskytte deres identitet. Den ledende sundhedsplejerske og de sundhedsprofessionelle er informeret om, at absolut anonymitet ikke er muligt grundet deres jobfunktion i Aarhus Kommune. Nedenstående følger en præsentation af informanterne.

Den ledende sundhedsplejerske

- Den ledende sundhedsplejerske i Aarhus Kommune har været i denne funktion de sidste 17 år. Tidligere har hun arbejdet som sundhedsplejerske i Aarhus Kommune. Hun sidder som leder for 25 medarbejdere, som primært er sundhedsplejersker og derudover et par sekretærer. Som del af jobbet er hun med i en effektgruppe, som arbejder med fremtidens sundhedspleje.

De sundhedsprofessionelle

- Sundhedsplejerske 1 (S1) arbejder til daglig som sundhedsplejerske i Aarhus Kommune. Hun har ti års erfaring som sundhedsplejerske. For syv år siden tog hun uddannelsen som IBCLC.
- Sundhedsplejerske 2 (S2) arbejder til daglig som sundhedsplejerske i Aarhus Kommune. Hun har to års erfaring i faget, og er uddannet IBCLC for 11 år siden. Hun har tidligere arbejdet på barselgangen og neonatalafdelingen som sygeplejerske.
- Jordemoderen har to års erfaring og har i den periode arbejdet ved Aarhus Universitetshospital som jordemoder i jordemoderkonsultationen og på hospitalets fødeafdeling.

De nybagte mødre

- Nybagt mor 1 (NM1) er 32 år gammel og har en mellemlang videregående uddannelse. Hun bor med sin partner i en lejlighed i Aarhus Kommune. Hun blev mor syv uger inden interviewet til sit første barn og fuld ammer. Efter fødslen fik hun plads på Patienthotellet.
- Nybagt mor 2 (NM2) er 27 år gammel og har en lang videregående uddannelse. Hun bor sammen med sin partner i en lejlighed i Aarhus Kommune. Hun blev mor fem uger inden interviewet til sit første barn og ammer ikke længere sit barn. Efter fødslen fik hun plads på mor-barn-afsnittet (barselgangen) grundet overbelastning på Patienthotellet, dog med samme mulighed for hjælp som på Patienthotellet.
- Nybagt mor 3 (NM3) er 31 år gammel og har en lang videregående uddannelse. Hun bor ligeledes sammen med sin partner i Aarhus Kommune i en lejlighed. Hun blev mor en måned før interviewet til sit første barn og fuld ammer. Efter fødslen fik hun plads på Patienthotellet
- Nybagt mor 4 (NM4) er 25 år gammel og har en lang videregående uddannelse. Hun bor i en lejlighed i Aarhus Kommune sammen med sin partner. Hun er blevet mor seks uger før interviewet til sit første barn og ammer samtidig med, at hun supplerer med modermælk. Efter fødslen fik hun plads på Patienthotellet.
- Nybagt mor 5 (NM5) er 31 år gammel og har en lang videregående uddannelse. Hun bor i en lejlighed i Aarhus Kommune sammen med sin partner. Hun er blevet mor fire uger før interviewet til sit første barn og fuld ammer. Efter fødslen fik hun plads på afsnittet for

indlagte gravide grundet overbelastning på Patienthotellet, dog med samme mulighed for hjælp som på Patienthotellet.

10.4. Analyse af centrale elementer, der kan være med til at fremme amning

I det følgende vil der forekomme en samlet analyse af de empiriske fund fra henholdsvis det systematiske litteraturstudie og interviewundersøgelsen med afsæt i Aarhus Kommunes tilbud omkring amning. Dette til at genere viden om hvilke centrale elementer, der kan bidrage til at imødegå den stigende tendens tidligt ammeophør ved at ændre i den eksisterende organisering. Den samlede analyse vil blive opbygget omkring ”Den integrerede implementeringsmodels” element ”Implementeringsprocessens” underelementer; ”Ledelse”, ”Markarbejdernes evner og vilje/interesser” og ”Målgruppeadfærd”. Herunder vil de empiriske fund blive anvendt til at synliggøre centrale elementer, der har betydning for Aarhus Kommunes tilbud omkring amning, for på baggrund heraf at bidrage til forandringsforslag til at fremme amning.

10.4.1. ”Ledelse” af sundhedsplejen

Underpunktet ”Ledelse” omhandler, hvordan ledelsen skal videreformidle de nye politiske love eller beslutninger til markarbejdere, således at markarbejderne kan omsætte disse til handling (Winter & Lehmann Nielsen, 2013, p. 20). Markarbejderne dækker i det følgende over sundhedsprofessionelle, der i deres daglige praksis indgår arbejdet med amning. Måden hvorpå anbefalinger til de sundhedsprofessionelle udformes præsenteres for at give indblik i, hvad der kan påvirke deres daglige arbejdsgang.

Håndtering og implementering af anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen

Den ledende sundhedsplejerske fortæller, at sundhedsplejen er underlagt Sundhedsstyrelsens retningslinjer og foregår helt systematisk, når Sundhedsstyrelsen ændrer anbefalingerne. Ved mindre ændringer bliver disse oftest videreformidlet via mail og ændret i det skriftlige materiale, som sundhedsplejerskerne uddeler til de gravide eller nybagte mødre. Hvis der forekommer større ændringer, som eksempelvis i 2013, hvor familierne skulle have første barselbesøg på fjerde-femte dagen, nedsættes en arbejdsgruppe til at ændre på proceduren. Dog fremgår det af interviewet, at Sundhedsstyrelsen blot udformer anbefalinger, og det ikke er alle anbefalinger, som sundhedsplejen

følger eksakt. Eksempelvis anbefaler Sundhedsstyrelsen fem hjemmebesøg, som Aarhus Kommune politisk ikke er interesseret i at investere i, hvilket kommer til udtryk i følgende citat:

”... der ligger jo et helt bogværk omkring anbefalinger for eksempel, så siger Sundhedsstyrelsen, at der (ehm), de anbefaler, at der er fem hjemmebesøg til alle. Det følger vi ikke helt her i Aarhus, ikke altså. Den slags anbefalinger, det er jo en politisk fortolkning.” (Den ledende sundhedsplejerske).

Dermed kan der opstå en diversitet i, hvordan Sundhedsstyrelsens anbefalinger bliver fortolket og dermed hvilke anbefalinger, der bliver fulgt. Sundhedsstyrelsen har dermed gennem ”Politikformuleringen” til tider en betydelig rolle i forhold til implementeringen af nye anbefalinger, som ”Ledelsen” dermed skal sikre formidlingen af til de sundhedsprofessionelle. Eksempelvis mere konkrete anbefalinger, såsom ny anbefaling i forhold til D-vitamin, som direkte implementeret i sundhedsplejerskernes vejledning og rådgivning svarende til Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Det pointeres dog, at det ikke kan garanteres om forældrene ligeledes følger disse anbefalinger. Ved andre anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen er det derimod op til den enkelte region og/eller kommune at vurdere om disse ønskes implementeret. Dette er afhængigt af økonomi og politik det pågældende sted. I disse tilfælde er tilbuddet ikke nødvendigvis formuleret som en ”Politikformulering”. Det er derimod den enkelte region og/eller kommune, der bestemmer, hvordan tilbuddet skal udformes og tilbydes de enkelte borgere. Det bliver dermed en opgave, der tildeles de sundhedsprofessionelle ud fra prioritering og økonomi fra ”Ledelsen”. Netop økonomi kommer til udtryk flere gange i interviewet med den ledende sundhedsplejerske, som værende en begrænsning i forhold til, hvad Aarhus Kommune kan tilbyde. Derfor skal de sundhedsprofessionelle skal vejledes i, hvordan de skal prioritere deres tid i mødet med gravide og nybagte mødre.

10.4.2. ”Markarbejdernes evner og vilje/interesser” i mødet med de gravide og nybagte mødre

Markarbejderne kategoriseres som værende medarbejdere, der er i direkte kontakt med målgruppen, hvorfor de har en stor betydning for implementering af politiske love og beslutninger og dermed for de endelige ”Implementeringsresultaterne”. Markarbejdernes arbejde er påvirket af individuelle skøn, som påvirkes af blandt andet viden, interesse og holdninger (Winter & Lehmann Nielsen,

2013, pp. 20, 103–104). I forhold til de sundhedsprofessionelle er det eksempelvis op til den enkelte jordemoder og sundhedsplejerske at træffe beslutning om, hvordan information om og støtte til amning skal formidles til gravide og nybagte mødre. Denne beslutning, om hvorledes og i hvilket omfang informationen skal formidles, kan eksempelvis påvirkes af, at de sundhedsprofessionelle føler, at der hele tiden er en større efterspørgsel efter deres arbejdskraft, end de har mulighed for at yde. Denne følelse kan eksempelvis være påvirket af, at tiden i jordemoderkonsultationerne er blevet kortet ned, og der er pålagt flere arbejdsopgaver inden for den samme tidsramme. Derfor oplever de sundhedsprofessionelle, at der må prioriteres i arbejdsopgaverne og den information der formidles til gravide og nybagte mødre, hvilket kan påvirke omfanget af formidlingens indhold. Herved kan der opstå en følelse af utilstrækkelighed blandt de sundhedsprofessionelle, som påvirker deres adfærd i udførelsen af deres arbejde med gravide og nybagte mødre, inden for de rammer der er bestemt af ”Politikformulering” og gennem ”Ledelse”. Denne mulige nedprioritering af vidensformidling omkring amning vil kunne betyde, at ikke alle gravide opnår den fornødne viden omkring amning, hvilket ifølge studiet af Hanafi, Shalaby, Falatah og El-Ammari, 2014 har en gavnlig effekt for nybagte mødres håndtering af amning (Hanafi et al., 2014).

Tid og prioritering – et vigtigt element for at sikre vellykket ammeetablering hos nybagte mødre

De sundhedsprofessionelles adfærd påvirker den information, de konkrete handlinger samt de beslutninger, der tages, når eksempelvis gravide eller nybagte mødre informeres om amning. I interviewet med jordemoderen kommer det tydeligt til udtryk, at hun har oplevelsen af, at tiden i det daglige arbejde er sparsom både i jordemoderkonsultationerne og efter fødslen. I hendes arbejde gør den sparsomme tid, at hun i graviditeten anvender en strategi med at minimere information og vejledning, og henviser til fødselsforberedelseskurset omkring amning, til konkret at håndtere det tidspres hun oplever. Derved forsøger jordemoderen at uddelegere rådgivningen om amning over til fødselsforberedelseskurset og håber dermed på, at de gravide tager i mod dette tilbud som anbefalet. Hvis de gravide ikke deltager i denne fødselsforberedelseskursusgang, er der ellers ikke afsat tid til fokus på amning i graviditeten. Det kan være problematisk blot at sende gravide videre til et kursus i stedet for at italesætte amning i situationen med eksempelvis jordemoderen. Studiet af Whelan, McEvoy, Eldin og Kearney, 2011 viser, at sundhedsprofessionelle kan påvirke gravide og nybagte mødres beslutning om at amme eller fortsætte med amning både positivt og negativt (Whelan et al., 2011). Hvis ikke sundhedsprofessionelle prioriterer at tale med gravide om deres overvejelser i

forhold til at amme og formidler betydningen af at amme, kan det derved få en utilsigtet virkning på de gravides holdninger til amning. Studiet af Thurman og Allen, 2008 viser ligeledes, at støtte til amning fra sundhedsprofessionelle, kan bidrage til at overvinde udfordringer ved amning hos mødre og familier (Thurman & Allen, 2008). For gravide, der ikke tager i mod tilbuddet om at deltage i fødselsforberedelseskurset omkring amning, kan det dermed føre til et misforhold i forhold til de anbefalinger, der er om rådgivning under graviditeten, som udformes gennem Sundhedsstyrelsens ”Politikformulering” og fra ”Ledelsen”.

Tidspresset for jordemoderen kommer ligeledes til udtryk ved hendes beskrivelse om arbejdsopgaverne i forbindelse med fødsel:

”... jeg synes ikke vi har særlig meget tid, og vi skal have skrevet journal, og vi skal have syet kvinden, og vi skal måle blodtryk og sådan nogle ting man skal gøre. Så det med amning oplever jeg tit, bliver sådan lidt nedprioriteret. Vi håber på, de kan det selv, og det er selvfølgelig også derfor, de skal komme til noget forberedelse. Vi vil gerne hjælpe lidt, men vi har som jordemødre i hvert fald ikke vildt meget tid, så derfor er det er dejligt, når assistenterne kan have tid til at hjælpe lidt. Og dem må vi også gerne bruge til det, men det er ikke sådan, at jeg i hvert fald på Skejby oplever, at der er vildt meget tid til den der første amning. Der sådan lidt årrrh, hvis den ikke lige kører, så kan man godt blive lidt irriteret, fordi man skal nå en masse andre ting. I hvert fald hvis man ved, at der står en fødende, der står og venter på en også.”
(Jordemoderen).

I dette citat fremkommer, hvorledes den første amning håndteres på fødestuen og de stressmomenter jordemoderen samtidig oplever, og derfor værdsætter den hjælp hun kan få fra eksempelvis assistenten. Jordemoderen giver udtryk for en frustration over, at hun ikke har tid til alle sine arbejdsopgaver, som hun reelt ønsker at udføre. Ud fra de rammer hun oplever at skulle agere inden for, nedprioriterer hun sin tid til at hjælpe de nybagte mødre i gang med den første amning i forhold til de resterende arbejdsopgaver i forbindelse med fødsel. Herved tillægger jordemoderen ligeledes sit valg om prioritering en vis forventning om, at nybagte mødre har deltaget i det fødselsforberedelseskursus, som hun i graviditeten anbefaler gravide at deltage i. Derved kommer der til udtryk, at jordemoderen har et håb og en forventning om, at nybagte mødre

allerede er rustet til at etablere amning selv. Hvis ikke dette er tilfældet ser jordemoderen igen muligheden for at uddelegere ammevejledningen til sin assistent og får derved ikke selv mulighed for at rådgive og støtte nybagte mødre i forhold til ammeetablering. Tidsaspektet er et element, som sundhedsplejerskerne også italesætter, fordi de oplever, at de ligeledes er presset i forhold til, hvor mange forskellige arbejdsopgaver de skal nå på et hjemmebesøg. Dog bliver amning ikke på samme vis nedprioriteret af sundhedsplejerskerne, idet de første hjemmebesøg omhandler barnets trivsel, hvoraf fokus primært er på ernæring og vækst og derigennem amning. Disse frustrationer, som de sundhedsprofessionelle giver udtryk for, er ikke enkeltstående. I studiet af Martens, 2000 understøttes det ligeledes, at sundhedsprofessionelle netop udtrykker frustration over ikke at have den fornødne tid til at udøve deres viden grundet tidspresset i deres arbejde (Martens, 2000). Den frustration de sundhedsprofessionelle oplever grundet tidspresset, beskriver NM2 og NM3 ligeledes, idet de oplevede, at de ville have haft gavn af mere tilstedeværelse og observation af sundhedsprofessionelle. Tilstedeværelsen og observationen af sundhedsprofessionelle gjorde, at de nybagte mødre følte sig mere trygge ved amning samt mere modtagelig over for rådgivning og vejledning.

Mangel på tid tegner sig dermed som et væsentligt tema i forhold til muligheden for, at sundhedsprofessionelle kan indfri anbefalingerne omkring amning og imødekomme nybagte mødres behov for vejledning og støtte i forbindelse med amning. I tråd hermed italesætter sundhedsplejersken (S2), at mere tid ved hvert enkelt hjemmebesøg eller flere hjemmebesøg hos nybagte mor ville kunne fremme amning, idet sundhedsplejerskerne vil opnå mere tid til at observere amning, rådgive og støtte nybagte mor i at amme.

Viden – et vigtigt element for at sikre vellykket ammeetablering hos nybagte mødre

De to sundhedsplejersker, der er indgået i interviewundersøgelsen, er begge uddannet IBCLC, og bruger denne viden i forhold til deres daglige arbejde med nybagte mødre. Derudover vejleder sundhedsplejerskerne både nybagte mødre samt kollegaer i forhold til amning på baggrund af denne uddannelse. Jordemoderen, som også indgår i interviewundersøgelsen, som har sin viden om amning fra sin uddannelse og gennem sine to års erhvervs erfaring, italesætter, at hun begrænser informationsformidling i forhold til amning, idet hun vurderer, at der er andre

sundhedsprofessionelle, som er mere kompetente til at rådgive i forhold til hende, som følgende citat viser:

”Hun har meget bedre af, at hun får en grundig vejledning af hende, hun skal have kontakt med bagefter og ved alt omkring amning også andet end bare lige de første par dage.” (Jordemoderen).

Ovenstående citat indikerer, at jordemoderen oplever manglende kompetence til at udføre den rådgivning, hun ifølge anbefalingerne bør varetage. Det primære fokus er for hende på fødslen, hvorfor amning nedprioriteres blandt de øvrige arbejdsopgaver i hendes daglige rutine på fødegangen. Denne jordemoder er ikke nødvendigvis repræsentativ for alle jordemødre, men det findes problematisk, hvis nogle sundhedsprofessionelle har oplevelsen af ikke at have den fornødne viden til at kunne rådgive og støtte nybagte mødre, i forhold til det reelle behov, som nybagte mødre kan have i forhold til amning. Dette understøttes af studiet af Smale, Renfrew, Marshall & Spiby, 2006, der viser, at det ofte forventes, at jordemødre har ekspertviden om amning. Dog oplever jordemødrene i studiet, at de ikke finder sig selv kompetente til varetagelsen af amning (Smale et al., 2006).

Diskontinuitet i patientforløbet

Som beskrevet tidligere i analysen møder gravide og nybagte mødre flere forskellige sundhedsprofessionelle i hele forløbet. I forhold til amning kan gravide og nybagte mødre eksempelvis have kontakt med forskellige sundhedsprofessionelle. Ved de tre lægekonsultationer i graviditeten, må det forventes, at nogle gravide kan træffe forskellige praksislæger og praksissygeplejersker hver gang. Ved de fem jordemoderkonsultationer i graviditeten kan gravide ligeledes møde forskellige jordemødre undervejs. De forskellige fødselsforberedelseskurser i graviditeten, herunder kurset omkring amning kan forventes varetaget af nye sundhedsprofessionelle på samme vis, som ved fødslen og på Patienthotellet og endelig sundhedsplejersken efter hjemkomst, samt praktiserende læge igen.

Ovenstående illustrerer, hvordan der for henholdsvis gravide og nybagte mødre er mange forskellige sundhedsprofessionelle at forholde sig til i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel.

Disse sundhedsprofessionelle må alle forventes at have en dagsorden for det enkelte møde med den pågældende gravide og/eller nybagte mor. Ud fra anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen og Sundhedsaftalen i Aarhus Kommune kan der ligeledes være en forståelse af, hvorledes arbejdsdelingen er mellem forskellige sundhedsprofessionelle. For gravide og nybagte mødre betyder det, at der er megen information at forholde sig til fra hver enkelte sundhedsprofessionelle. For sundhedsprofessionelle ligger der en vigtig opgave i at sikre et sammenhængende patientforløb. Dette kan ofte være kompliceret, når flere sektorer og faggrupper er involveret, hvorfor det er vigtigt, at forløbet både er struktureret og sammenhængende (Maimburg, 2011). Ved oplevelsen af et struktureret og sammenhængende forløb, må det forventes, at der er mulighed for at få etableret tillid og tryghed i mødet mellem den sundhedsprofessionelle og gravide og nybagte mødre. Derudover er det muligt i det kontinuerlige møde at følge op på tidligere diskussioner og problemstillinger. Hvis der opstår diskontinuitet i forløbet, må det dermed antages, at der kan opstå en mangel på sammenhængen i patientforløb, og derved kan vigtig information gå tabt for de gravide og nybagte mødre.

I tilbuddet, hvor gravide og nybagte mødre møder mange forskellige sundhedsprofessionelle kan det antages ud fra jordemoderens beskrivelse, at sundhedsprofessionelle både grundet tid og oplevelsen af manglende kompetence inden for amning, til tider prioriterer at fokusere mindre på amning i arbejdet. Derved overlades information og vejledning om amning til andre sundhedsprofessionelle. Disse overvejelser antyder jordemoderen i interviewet, at andre sundhedsprofessionelle er mere kompetente til at varetage end hende. Hun foretager derved et valg om at begrænse sin rådgivning i forhold til amning, idet hun oplever, at gravide og nybagte mødre er i kontakt med mange forskellige sundhedsprofessionelle, som muligvis rådgiver forskelligt eller bedre end hende. Studiet af Smale et al., 2006 viser ligeledes, at modstridende eller forskelligartede råd og vejledning ofte er forvirrende for nybagte mødre i forbindelse med amning (Smale et al., 2006).

Jordemoderen lader det være op til andre sundhedsprofessionelle at sikre, at gravide tilegner sig den fornødne viden om amning inden fødsel og har dertil en forventning om, at gravide tilegner sig denne viden fra andre sundhedsprofessionelle i graviditeten. Jordemoderen fralægger sig derved en form for ansvar, hvilket kan føre til, at ikke alle gravide opnår viden om amning, hvis ikke de selv aktivt sikrer sig deltagelse i fødselsforberedelseskurset omkring amning. Denne viden om, hvorvidt

gravide har deltaget i kurset formidles nødvendigvis ikke videre til de sundhedsprofessionelle, som efterfølgende møder de gravide, og derved opstår der diskontinuitet i forløbet, hvis ikke der bliver samlet op på denne manglende viden senere hen. Modsat kan der gennem mødet med forskellige sundhedsprofessionelle også opstå forskelligartet eller modstridende informationer, både på tværs af faggrupper og på tværs af personer inden for den enkelte faggruppe. Dette vil kunne føre til, at der opstår et informationshul, hvor viden til gravide og nybagte mødre kan gå tabt. Ligeledes kan denne forskelligartet information opleves forskelligt af modtagerne. Nogle gravide og nybagte mødre vil opleve det som positivt med forskellig viden, som de kan navigere i efter behov. Andre vil kunne opleve det som forvirrende med den forskellige information og derved gøre det sværere for dem at navigere i alle disse råd i forbindelse med amning. Sundhedsplejersken fremstår for de nybagte mødre, som deltog i interviewundersøgelsen, som en god støtte i forhold til at vejlede i amning. Derimod fremgår det uklart for disse nybagte mødre i hvilket omfang, der i graviditeten har været fokus på amning i mødet med sundhedsprofessionelle. Deres udsagn om dette kan være påvirket af, at graviditeten ligger længere tilbage, og derfor kan der opstå udfordringer med hukommelsen omkring hvilke informationer, der er givet. Af udsagnene fremgår det, at det primært er i graviditeten, at der er forvirring omkring informationsmængden om amning.

Det er ligeledes mange forskellige sundhedsprofessionelle i spil, som enten kommer med forskelligartet information eller vurderer at egne kompetencer ikke er tilstrækkelige til at vejlede, og derfor undlader dette. I tilfælde af, at alle sundhedsprofessionelle tænker, at der er andre som varetager rådgivningen og støtten omkring amning, er gravide og nybagte mødre overladt til sig selv.

10.4.3. "Målgruppeadfærd" blandt gravide og nybagte mødre i forbindelse med amning

Fjerde og sidste underpunkt under tredje element i "Den integrerede implementeringsmodel" er "Målgruppeadfærd". Målgruppen har en afgørende effekt på implementering, idet størstedelen af de politiske love og beslutninger har til formål at påvirke målgruppens adfærd. Ofte er målgruppens adfærd påvirket af samspillet med markarbejderne (Winter & Lehmann Nielsen, 2013, pp. 20, 165–168). De politiske love og beslutninger omsættes her til effekter, med mindre målgruppen vælger af afvige fra de politiske love og beslutninger og dermed ikke agerer efter hensigten (Ibid.). I forhold til amning er det centralt for interviewundersøgelsen at få indsigt i, hvilke tanker de nybagte mødre har gjort sig omkring amning i deres respektive graviditeter. Derudover hvad de nybagte mødre har

erfaret at have haft behov for at opnå en veletableret amning. I tråd hermed er det væsentligt at få kendskab til, hvordan de nybagte mødre oplevede opstart på amning på Aarhus Universitetshospital og i eget hjem. Ligeledes hvilken kontakt de har haft med sundhedsprofessionelle under deres graviditet, fødsel og barsel, hvor der var fokus på amning.

De pågældende interviews med de nybagte mødre vil blive relateret til ”Målgruppeadfærd” og bidrage til indsigt i organiseringen af Aarhus Kommunes tilbud omkring amning.

Graviditet – betydningen af at forberede sig på amning

De fem nybagte mødre italesætter alle, at de i graviditeten havde et stort ønske om at amme. Dette indikerer, at de nybagte mødre havde et håb om, at de kunne amme. Samtidig fremgår det, at de nybagte mødres primære fokus i graviditeten var på graviditet og fødsel. NM1, som har oplevet ammeetableringen som mindst problemfyldt, giver udtryk for, at lysten til at amme steg i kraft af, at hun havde haft svært ved at blive gravid. Denne bemærkning skiller sig ud fra de andre nybagte mødres forklaringer, som handlede om en tro på, at de nok skulle lykkes med at amme. Hun beskriver, at hun havde et behov for, at føle sig kvindelig, hvilket kunne realiseres gennem amning. NM1 tillægger således amning en særlig værdi i form af, at amning er et vigtigt element i sin situation. Derudover indikerer hendes beretning, at hun tillægger amning en rolle i forhold til kønsroller, og at kvindeligheden i opfostring af et spædbarn blandt andet bygger på amning. Fortællingen kan indikere, at hun har gjort sig tanker om, at amning ikke blot er et ønske, men nærmere et behov, som hun ønsker stillet.

Gennem analyse af interviewundersøgelsen med de nybagte mødre, fremkommer det, at for at imødekomme ønsket om at amme vurderede tre af de nybagte mødre (N1, N2 og N4), at de ikke ville opsøge for meget viden på forhånd. NM1 forklarer baggrunden for dette således:

”Altså ikke sådan helt vildt meget, jeg har bare hele tiden tænkt, at jeg rigtig gerne ville amme. Men jeg har egentlig ikke sådan søgt helt vildt meget information om det inden (pause). Egentlig mest for, at jeg ikke skulle panikke over det eller sådan... Jeg tænkte, nogle gange kan man godt blive lidt for velinformeret omkring nogle ting, eller det kan sætte alt for mange tanker i gang, eller man kan blive for usikker eller et eller andet.” (NM1).

Udsnittet fra interviewet med NM1 fremhæver, at hun bevidst valgte at undgå for megen information omkring amning inden fødsel. Dette kan være et udtryk for, at NM1 har været nervøs for, grundet hendes udfordring med at blive gravid, at informationer kunne påvirke hende i en negativ retning. Dette ved at skabe for meget fokus på, hvordan en amning er, og hvordan den ikke bør være. En begrundelse for dette kan ifølge professoren Aaron Antonovsky (Antonovsky) være, at den nybagte mor ikke finder amning meningsfuldt at tilegne sig viden om i graviditeten og har en oplevelse af sammenhæng. Meningsfuldhed er et af Antonovskys tre elementer, som er under begrebet oplevelse af sammenhæng. Meningsfuldhed er den vigtigste af de tre begreber, da dette anses som motivationselementet. Desuden indbefatter meningsfuldhed de livsområder, som den enkelte finder som værende vigtige eller meningsfulde, og som den enkelte derfor bruger energi på og engagement i (Antonovsky, 2000, pp. 34–37). Hvis de nybagte mødre oplevede en større meningsfuldhed omkring amning, kunne de have haft større fokus på amning i graviditeten. Havde NM1 opsøgt eller tilegnet sig mere information i graviditeten, ville NM1 således have været bekendt med de positive fordele ved amning, og derfor kunne føle sig som en dårlig mor, hvis amning ikke kunne lade sig gøre. NM2, som ikke længere ammer, giver ligeledes udtryk for, at amning kun fyldte i begrænset omfang under hendes graviditet:

”Der var faktisk en amme-pjece til første jordemoderbesøg. Men det var bare sådan: ”Den kan du jo læse, når du får tid”. Også blev den ligesom lukket der. Og den fik jeg aldrig rigtig lige læst i. Fordi jeg synes egentlig bare den der fødsel var lige den jeg havde i hovedet. Og som flere af mine veninder sagde: ”Ej amning, det kan du bare tage til den tid, man kan alligevel ikke lære det, inden man sidder med et barn i hånden.”” (NM2).

Citatet fra NM2s interview indikerer, at hendes netværk i form af veninder, har spillet en rolle i forhold til at opsøge information om amning inden fødslen. Ligeledes giver hun udtryk for, at det er fødslen, der har fyldt mest i hendes graviditet.

Begge citater indikerer, at grundene til, at henholdsvis NM1 og NM2 ikke har haft fokus på amning under deres respektive graviditeter, bygger på forskellige årsager. Men fælles er, at de begge har lyst til at amme, men fokus har primært været på graviditet og fødsel.

Citatet fra NM2 indikerer således en boomerang effekt. En boomerang effekt dækker over, når eksempelvis en person ikke agerer efter hensigten, og i stedet gør det modsatte af, hvad den pågældende afsender ønsker (Ringold, 2002). Boomerang effekten kommer til udtryk i form af, at de sundhedsprofessionelle erfarer, at nybagte mødre mangler viden, for at deres amning kan lykkes. Med afsæt i NM1s beretning ses således et modsætningsforhold imellem de nybagte mødres opfattelse af, at det er bedre ”ikke at vide” for ikke at bekymre sig på forhånd, og de faglige idealer om, at viden kan tilegnes i form af eksempelvis pjecer.

Med afsæt i NM1s og NM3s beretninger kan det udledes, at en anden undervisningsform end eksempelvis en pjece omkring amning ville være at foretrække. I stedet for at anvende envejskommunikation gennem en pjece, kunne samtale med en sundhedsprofessionel omkring tanker om amning være en anden måde, hvorpå eksempelvis NM1 og NM3 kunne opnå yderligere viden om amning. Ligeledes italesætte tanker og nervøsitet i forhold til at tilegne sig viden om amning inden fødsel.

Det fremkommer i interviewundersøgelsen, at det kan være vanskeligt for de nybagte mødre at omsætte teori til praksis. Det handler derfor ikke blot om at de nybagte mødre tilegner sig viden, men også om hvordan de kan omsætte viden til praksis. Health literacy er et begreb, som netop omhandler at transformere information til handling, og udvikle kompetencer inden for sundhed. Metoderne til dette omhandler personernes adgang til information, og deres evne til at bruge den information effektivt (Nutbeam, 2000). I forhold til amning må det derfor omhandle, at de nybagte mødre ikke blot skal have mere information, men derimod modtage informationen på en sådan måde, at de kan omsætte den til handling ved behov. Eksempelvis ved at opnå kompetence til at finde de rigtige informationer på de rigtige tidspunkter.

I modsætning til NM1, NM2 og NM4 beskriver NM3, som har deltaget i ”Smertefri fødsel”⁷, at hun aktivt havde søgt information om amning inden fødsel. Dette indikerer, at hun havde en tro på, at et øget vidensgrundlag kunne lette amning, når hendes spædbarn kom til verden. Hendes ønske kommer til udtryk i følgende citat:

⁷ ”Smertefri fødsel” består af fødselsforberedelseskurser, hvor fokus er på, at den gravide tilegner sig konkrete fødeteknikker til en fødsel uden angst og smerte. ”Smertefri fødsel” er et tilbud med brugerbetaling (Bay, n.d.).

”Det var faktisk (navnet på veninden) (griner) der sagde: ”Jamen er der ikke sådan et sted, hvor I kan gå ind og læse om det hele”. Og så fandt jeg det her ammekursus og fødselsforberedelse, så det var vi til inden begge to egentlig. Og synes det var rigtig fint. Lige at få sådan introducerende.” (NM3).

Citatet indikerer, at NM3, trods ønske om at forberede sig på amning, har overset information om fødselsforberedelseskurset tilbudt af Aarhus Kommune om amning, som hun fik udleveret tidligt i graviditeten. Hun har dermed haft en form for proaktiv tilgang til amning, og adskiller sig på den måde fra de andre nybagte mødre, som har taget et aktivt valg om ikke at være opsøgende. På trods af denne tilgang har hun ikke selv været opmærksom på det tilbud, som Aarhus Kommune har. Denne forskelligartede tilgang hos de nybagte mødre, fremstår dog ikke som at have haft en betydning for, hvorvidt de har oplevet ammeetablering mere eller mindre problemfyldt. De nybagte mødres generelle oplevelser og udfordringer fremstår ligeledes ikke som værende påvirket af den forskelligartede tilgang. Derudover ses, at NM3 aktivt tilmeldte sig både ammekursus, fødselsforberedelse og ”Smertefri fødsel”. Dette kan være et udtryk for, at denne nybagte mor opsøger information og forsøger at indtage en aktiv og stillingstagende rolle i forhold til hendes egen graviditet, fødsel og barsel. I forhold til health literacy opsøger NM3 netop aktivt information i forhold til sin og sit spædbarns sundhed og forsøger at handle ud fra dette.

I følgende citat understreges en pointe i forhold til, hvordan NM4 har været til fødselsforberedelse, men giver udtryk for, at hun og hendes partner heller ikke ønskede for meget information inden fødsel. Hun skiller sig ud fra de andre, da hun modsiger sig selv i forhold til, hvad hun tænker at ville gøre i graviditeten, og hvad hun reelt gør.

”Ja (øhm). Det der med, at alle bøgerne, de er fandme så store, og det er jo lige før man skal vide hvordan man behandler sygdomme, hos et barn på tre år inden man har født. Hvor vi valgte at sige, det gider vi ikke at tage, og ja. Vi vidste heller ikke, om det blev en dreng eller en pige, og altså (ehm). Der valgte vi simpelthen bare at sige, at det ville vi ikke læse om, og hvis vi så stødte på noget, på et tidspunkt, hvor vi tænkte okay, hvad gør vi lige her, så må vi læse, så kigger vi på det. Men i første omgang, for eksempel sådan noget med, hvornår falder navlestumpen af, jamen den falder af, når den falder af, men det får man også informationer om. Men det var der ingen grund til

at læse om inden jeg havde født. Så vi vidste egentlig ikke rigtig så meget. Og det var faktisk rart, synes jeg.” (NM4).

Citatet indikerer, at mængden af information kan opleves som stor i graviditeten. Det tyder på, at NM4 finder informationerne svære at forholde sig til i forhold til, hvad der er relevant for hende som gravid at vide. Derudover kommer det til udtryk, at NM4 er undrende over, hvor meget viden, gravide bør og skal tilegne sig inden en fødsel. Dermed omhandler det ikke, hvor meget information de nybagte mødre kan opnå omkring amning for at få en veletableret amning. Det handler derimod om, at de nybagte mødre tilegner sig færdigheder omkring amning, som kan være svære at tilegne sig inde fødsel. Dermed handler det om, at de nybagte mødre, allerede i graviditeten, tilegner sig viden, som kan omsættes til færdigheder, således at de nybagte mødre har bedre forudsætning for at lykkes med at amme. Dette kan være en metode til at påvirke deres health literacy positivt.

De nybagte mødre har deltaget til fødselsforberedelseskurser, men ikke alle erindrer, hvorvidt amning har indgået i kurset. Dette gør sig gældende for NM2, NM3 og NM4, hvor det af interviewene fremgår, at de ikke husker, hvorvidt amning indgik i større eller mindre omfang af fødselsforberedelseskurserne. Denne tvivl hos de nybagte mødre kan både anses som værende en mangel i de afholdte kurser, hvis ikke der er lagt nok vægt på amning. Samtidig kan det også skyldes, at de nybagte mødre ikke har haft fokus på amning og derfor ikke forholdt sig til, hvad der er blevet undervist i under kurset. Det fremgår af interviewene, at det er disse nybagte mødre (NM2, NM3, NM4), som ikke kan huske omfanget af amningens betydning til fødselsforberedelseskurserne, der ligeledes italesætter, at de har oplevet det problematisk med ammeetableringen sidenhen. Dette er i overensstemmelse med studiet af Oliverir, Camacho og Tedstone, 2001, der finder at tre gange så mange førstegangsfødende, som deltog i fødselsforberedelse omkring eksempelvis ammestillinger og -teknikker, vist med en dukke, ammede længere og oplevede færre gener ved amning (de Oliveira, Camacho, & Tedstone, 2001). Der kan argumenteres for, at fødselsforberedelseskurserne kan fokusere mere på at inddrage færdigheder i undervisningen. Dette skyldes, at health literacy betyder mere end at transformere information og udvikle kompetencer inden for sundhed ved, at personernes adgang til information, og deres evne til at bruge den effektivt forbedres (Nutbeam, 2000). Noget kunne dermed tyde på, at fødselsforberedelseskurserne, ud fra de nybagte mødres udsagn, ikke fokuserer nok på de mere praksisnære informationer omkring eksempelvis vigtigheden af at amme, -teknikker og -stillinger.

Dette er i god overensstemmelse med de sundhedsprofessionelles opfattelse af, at nybagte mødre har viden omkring fordelene ved amning, men mangler kompetencerne til at kunne amme. Især nævner sundhedsplejerskerne, i interviewundersøgelsen, at det kommer bag på nybagte mødre, hvor ofte de skal amme, samt hvilke tegn de skal se efter for at se om deres spædbarn er i trivsel. Der ses hermed et problem i, at ikke alle de nybagte mødre har den information, som er intentionen. Ligeledes ses der et problem i, at de nybagte mødre, som er bevidste om informationen, som de har fået, ligeledes har problemer med at omsætte teori til praksis. Dette er i tråd med Antonovskys begreb oplevelse af sammenhæng, som lægger vægt på vigtigheden af, at en given situation, skal være meningsfuld for individet, for at der sker en handling (Antonovsky, 2000, pp. 34–37).

Usikkerhed - en udfordring for de nybagte mødres ammeetablering

De nybagte mødre fortæller alle, at amning ikke var, som de havde tænkt, og at det enten tager længere tid eller er sværere at få etableret, end de havde forventet. De nybagte mødre italesætter både direkte og indirekte en usikkerhed over for at amme. Ved den direkte usikkerhed kommer det frem i forhold til hyppighed og længde på den enkelte amning.

To af de nybagte mødre, NM2 og NM4, som har haft de største problemer med at etablere amning forklarer, at de ikke kunne have været bedre forberedt på amning, fordi det ifølge dem ikke er muligt at forberede sig på amning inden deres respektive spædbarn er blevet født. Der opstår derved en divergens imellem de nybagte mødres og de sundhedsprofessionelles perspektiver på, hvad og hvorfor det er vigtigt at have viden om amning inden fødsel. Dertil findes de sundhedsprofessionelles mening om, at det netop er den viden, som de nybagte mødre er aller mest usikre på, som ville være muligt at tilegne i graviditeten. Et eksempel herpå kan være hyppigheden af og længde på den enkelte amning. Derimod er forskellige ammestillinger og -teknikker elementer, som de nybagte mødre kendte til, men havde svært ved at omsætte til praksis, når de i situationen skulle anvende disse ved amning. Divergensen mellem de sundhedsprofessionelles og de nybagte mødres oplevelser kan forklares ved, at der kan være forskel på, hvor fokus inden for sundhedsområdet befinder sig (Jensen, 1997, pp. 27–29). Lægmandsperspektivet er, som tidligere nævnt, karakteriseret ved subjektivitet og er oplevelse- og hverdagsorienteret (Timm, 1997, p. 25), hvorimod det sundhedsprofessionelle perspektiv tager sit afsæt i en autoriseret uddannelse, hvor medicinsk rationalitet og videnskab står i centrum (Jensen, 1997, pp. 27–29). Kleinman

argumenterer for, at der kan opstå kommunikationsproblemer, hvis ikke der tages højde for forskellige opfattelser af en given situation (Kleinman, 1981, pp. 71–73). Der kan dermed ses en konflikt i måden, hvorpå de nybagte mødre og de sundhedsprofessionelle forstår helheden omkring amning. De nybagte mødres viden bygger på informationer fra henholdsvis sundhedsprofessionelle, andre kvinder samt personlig erfaring. Dette kan ses i overensstemmelse med forskellen på henholdsvis de nybagte mødres og de sundhedsprofessionelles rolle i mødet. Det er således vigtigt for de nybagte mødre at modtage den hjælp fra de sundhedsprofessionelle i forbindelse med at omsætte teori til praksis. Dette fremgår ligeledes af studiet af Gau, 2004, at ud fra den information nybagte forældre modtager, er det de sundhedsprofessionelles råd og vejledning i ammesituationen, der vægter tungest i forhold til at få etableret en vellykket amning (Gau, 2004). Dermed findes det aktuelt at have fokus på tid sammen med en sundhedsprofessionelle, da dette kan være med til at hjælpe de nybagte mødre til at omsætte teori til praksis.

De nybagte mødres bekymring om hvorvidt deres spædbarn får nok ernæring fylder meget. Det var eksempelvis også denne bekymring, som gjorde, at NM4 valgte at supplere med modermælkerstatning uden at tale med sundhedsprofessionelle om sine overvejelser derved. Det samme er gældende for NM2, som stoppede med at amme, idet smerterne blev for voldsomme ved amning, og hun frygtede for, at hun ikke kunne give sit spædbarn nok ernæring. Studiet af Ahluwalia, Morrow og Hsia, 2005 fandt, at mødre ofte stopper med at amme inden for den første måned efter fødsel, grundet ømme brystvorter og/eller manglende mælkeproduktion (Ahluwalia, Morrow, & Hsia, 2005). Havde NM2 opnået viden omkring eksempelvis korrekte ammestillinger og om hvornår mælken løber til, kunne hun måske have undgået at nå til beslutningen om at stoppe så tidligt i ammeforløbet. Inden hun nåede til at stoppe forsøgte hun telefonisk at komme i kontakt med sundhedsplejersker, dog uden held grundet helligdage. Ligeledes blev der forsøgt taget kontakt til private ammerådgivere uden held, hvorfor NM2 og partneren selv tog beslutningen om stoppe amningen og overgå til modermælkerstatning. Trods Aarhus Kommunes tilbud om sundhedsplejerskernes daglig telefontid, også i helligdage, så oplevede NM2, at det ikke var muligt at få fat på nogle sundhedsprofessionelle. En lignende situation opstod for NM4, som brugte internettet at finde frem til telefonisk ammerådgivning. Af denne vej fandt hun frem til Ammehjælpen, som er en ammerådgivning, der indgår som en del af Aarhus Kommunes tilbud omkring amning. Disse mødres oplevelser kan være et udtryk for, at de tilbud som Aarhus Kommune udbyder ikke er tydelige nok eller ikke tilgængelige for målgruppen, når de nybagte

mødre har brug for hjælp. Dette grundet at NM2 og NM4 aktivt måtte opsøge hjælp ved søgning på internettet, da de ikke var bekendte med, at de kunne opnå denne hjælp igennem Aarhus Kommunes eksisterende tilbud. Det fremgår ikke af interviewene, hvorvidt de sundhedsprofessionelle har italesat både tilbuddet omkring Ammehjælp og den daglige telefontid, men tydeligheden ved at de nybagte mødre ikke har været bevidste om disse muligheder tyder på, at der er informationer der ikke når ud til gravide og nybagte mødre.

Sundhedsplejerskens funktion hos de nybagte mødre i beslutningsprocessen

For sundhedsplejerskerne opleves det som en udfordring, at flere nybagte mødre tillægger deres netværk stor betydning i forhold til støtte og rådgivning omkring amning, hvis ikke disse nybagte mødre ligeledes finder støtten og rådgivningen hos sundhedsprofessionelle. Deres oplevelse er, at frustrationerne oftest deles med deres partner, og i fællesskab bliver beslutninger taget. Desuden er det i interviewundersøgelsen fundet, at de nybagte mødres familie og veninder ageret sparringspartnere undervejs i graviditeten og i den efterfølgende barselsperiode. Dette er i overensstemmelse med fundene i interviewundersøgelsen. Især de nybagte mødres egen mor har haft en rolle i forhold til, hvor sikre de nybagte mødre har følt sig med hensyn til amning. NM5 italesætter, at der hentes råd og sparring fra veninder, som ligeledes er blevet mor. Dette kommer til udtryk i følgende citat:

”... så er det ligesom man kommer med i sådan en loge, som man ikke vidste eksisterede, og alle ved, hvad man går igennem undtagen en selv (øh) og havde nogle barselsbesøg af nogle veninder, som havde sindssygt gode råd, altså sådan noget med, at hun havde været igennem alle mulige mystiske ting, hvor amning virkede og ikke virkede. Sådan med gode råd om hvad for noget plaster, og hvad for noget creme og sådan noget, og det var altså. Det hjalp rigtig meget egentlig.” (NM5).

Ovenstående citat indikerer, at den nybagte mor finder hjælp i sit netværk, som har befundet sig i lignende situationer. Eksempelvis kontakter NM4 de personer i hendes netværk, som har suppleret med modernmælkeserstatning eller har ernæret deres barn med modernmælkeserstatning. Dette gør hun både i graviditeten, men også da hun selv overvejer tanken om at starte med at supplere med modernmælkeserstatning på grund af tvivlen om spædbarnet får nok ernæring. Grunden til dette kan

tænkes at være for at møde en accept af de tanker og følelser, den nybagte mor har i den pågældende situationer.

Netop i sådan en situation, hvor den nybagte mor er i tvivl om amning i forhold til om spædbarnet får nok ernæring og overvejelserne om at supplere med modermælkserstatningen, giver sundhedsplejerskerne udtryk for, at de gerne vil være tættere på den nybagte mor. Således at sundhedsplejersken kontaktes i situationer omkring tvivlsspørgsmål i forhold til amning. Sundhedsplejerskerne oplever, at de ikke bliver inkluderet i frustrationer, fra nybagte mødre, omkring amning og først bliver inkluderet, når beslutningen om at overgå til modermælkserstatning er taget. I disse situationer føler sundhedsplejersken (S2), at hun blot kan støtte op om denne beslutning, som allerede er truffet. Sundhedsplejerskernes valg om at støtte op om de nybagte mødres beslutning, om modermælkserstatning, kan være præget af sundhedsplejerskernes frygt for at de nybagte mødre vil følge sig stigmatiseret hvis sundhedsplejerskerne giver udtryk for at amning er at foretrække.

Sundhedsplejerskerne har et ønske om at blive kontaktet tidligere og involveres mere i beslutningerne omkring ernæringen til de nybagte mødres spædbarn. Sundhedsplejerskerne kan være mere kompetente til at rådgive og støtte de nybagte mødre i at få en vellykket amning ud fra deres faglige viden, frem for netværket, som oftest rådgiver ud fra egen erfaring. Netværkets erfaring er ikke nødvendigvis sammenligning med den pågældende nybagte mors oplevelse og erfaring. Ved disse overvejelser fra sundhedsplejerskerne om inddragelse ved svære situationer, for de nybagte mødre, må det ud fra NM2s fortælling om ikke at kende til muligheden for telefonisk kontakt med og rådgivning af sundhedsplejersken, indikerer denne manglende formidling af tilbuddet. Selvom sundhedsplejerskerne gerne vil involveres mere, skal de nybagte mødre vide, hvordan og hvornår de kan involvere sundhedsplejerskerne i deres udfordringer og mulige frustrationer omkring amning. Sundhedsplejersker kan ved inddragelse være en støttende hjælp til at få amning til at fungere helt eller delvist. Dette understøttes af studiet de Oliveria et al., 2001, som beskriver, hvorledes mødre, der modtog besøg af sundhedsprofessionelle i hjemmet, fik mulighed for information om hyppigheden af amning, udskydelse af ibrugtagningen af sutteflaske og korrekt ammeteknik og –stillinger ammede længere end de, som ikke havde samme tilbud om hjemmebesøg (de Oliveira et al., 2001). Sundhedsplejerskernes råd og vejledning fungerer dermed som en positiv hjælp til at fremme amning, gennem deres tilstedeværelse, observation og støtte til

ammestillinger og –teknikker. Ved sundhedsplejerskernes tilstedeværelse kan de understøtte nybagte mødres praktiske håndtering af amning og hjælpe dem med at aflæse de enkelte situationer.

Hjælp som en tryghed for at sikre vellykket ammeetablering

For de nybagte mødre, i interviewundersøgelsen, var der en tryghed i, at der både på Patienthotellet og Efterfødselsklinikken var mulighed for at opsøge hjælp ved behov. De nybagte mødre giver udtryk for, at det var utrygt at tage hjem med sit spædbarn uden at have en sundhedsprofessionel ved hånden, dertil at det skabte tryghed for de nybagte mødre, at de kunne kontakte Efterfødselsklinikken de efterfølgende par dage, hvis de havde brug for hjælp. Dette italesætter NM1 i følgende citat:

”... jeg var mega bekymret for at tænke, jeg skal hjem med det her barn, og nu skal jeg selv klare det hele (griner). Og det synes jeg var ret overvældende. Men at man ligesom havde den mulighed, og de var meget gode til sådan til at få det fremlagt på en måde, så man ikke følte, at det var en belastning for dem, hvis man gjorde. Så jeg tænkte, jamen så har vi altid den mulighed. Men jeg jo, jeg tror det der med, at vi kom hjem og sådan skulle finde os selv, og der skete jo rigtig meget de der dage og sådan. Og bare det der med at komme hjem og nu er det os, der skal finde ud af det her, det tror jeg i sig selv mentalt har gjort rigtig meget.” (NM1).

Citatet indikerer, hvordan denne mor vender frygten ved at skulle hjem fra hospitalet, til at føle sig tryk med viden om, hvor hun kunne opsøge hjælp. Denne hjælp, hun vidste var tilgængelig, indgår som en del af det sikkerhedsnet Aarhus Kommune har for at sikre, at de nybagte mødres mulighed for hjælp ved behov. Sikkerhedsnet har i dette tilfælde, derfor haft den ønskede effekt, i forbindelse med tidlig udskrivelse. Samtidig kommer det også til udtryk gennem citatet, at det har haft en god virkning at komme hjem for ligesom at lære at stå på egne ben og tro på egen evne til at tyde sit spædbarns signaler og lykkes med amning. Denne hjælp, som de nybagte mødre får på Patienthotellet, giver dermed de nybagte mødre en tryghed. Samtidig kan denne hjælp også virke som en bekvemmelighed, der påvirker de nybagte mødres tro på egen evne negativt, idet de har mulighed for at tilkalde hjælp, i situationer hvor de ellers ville have troet på egne evne.

Muligheden for at kontakte Efterfødselsklinikken efter hjemkomst blev kun benyttet af NM4. Dette kan være en indikator for, at de nybagte mødre ikke har behov for hjælp, efter de er kommet hjem. Behovet for at kontakte Efterfødselsklinikken efter hjemkomst, forventes alle nybagte mødre ikke at have. Dog havde flere af de nybagte mødre, i interviewundersøgelsen, udfordringer med amning efter hjemkomst, og kunne muligvis have haft gavn af at kontakte Efterfødselsklinikken. Dette kan derfor være en indikator for, at det er sværere for de nybagte mødre at ringe til Efterfødselsklinikken frem for at opsøge kontakt til sundhedsprofessionelle, når de er i nærheden, som de er på Patienthotellet. Eksempelvis beskriver NM2, at hun i situationen, hvor hun forsøgte at kontakte sundhedsprofessionelle efter hun var kommet hjem, havde svært ved at se hvordan det skulle være muligt at forklare over telefonen, hvad hendes udfordringer i forhold til amning rent faktisk var. Ligeledes har denne mor, i situationen, oplevet at være meget frustreret og presset i forhold til udfordring med amning og derved give en følelse af ikke at slå til som mor og være i stand til at dække sit barns behov. Når behovet for at tage kontakt til sundhedsprofessionelle opstår, må det forventes at de nybagte mødre allerede har gjort sig overvejelser om, hvorledes situationen kan løses, og ligeledes har gjort forsøg herpå. Frustrationsniveauet, der derfor kunne være højt, når de nybagte mødre forsøger at finde kontaktinformationer til sundhedsprofessionelle. Er disse kontakter ikke let tilgængelige, kan det blive en uoverskuelig situation, der fører til andre lettere løsninger, der eksempelvis i situationen kan blive at give modermælkserstatning for at afhjælpe situationen og ernære sit spædbarn.

De nybagte mødre nævner alle, at amning har været mere udfordrende end forventet. Samtidig fortæller de nybagte mødre, at de modtager information og råd fra både sundhedsprofessionelle og netværk, hvorfor det er vigtigt for dem, at stole på sig selv og de beslutninger de tager undervejs, fordi de oplever de skal forsvare sig selv over for omverdenen.

Desuden skal de nybagte mødre kunne navigere rundt i de råd og vejledninger, som de modtager. Dette kræver ligeledes en tro på, at de beslutninger, der tages undervejs, er de rigtige for dem. De nybagte mødre giver udtryk for, at det over for deres netværk er nemmere at sortere i de gode råd, men derimod mere udfordrende, når det omhandler råd og vejledning fra de sundhedsprofessionelle. Dette kan skyldes, at der trods autonomi også er en usikkerhed omkring, hvilken af de sundhedsprofessionelle de nybagte mødre skal lytte til, når de oplever uoverensstemmelse i råd og vejledning. Derimod må det forventes, at de nybagte mødre er trygge ved eget netværk, i forhold til de råd, der gives der fra, og ofte bunder råd og vejledning i netværkets egne erfaringer og bygger på

kendskab til den enkelte nybagte mors situation. Dette kan dermed betyde, at de nybagte mødre til tider føler sig hørt og imødekommet af eget netværk og derfor ikke ser behovet i eksempelvis at kontakte en sundhedsprofessionel ved behov for hjælp. De nybagte mødre har brug redskaber for at agere i rollen som mor, i forhold til at tro på egne evner som mor. Begrebet self-efficacy defineres som troen på egen evne til at udføre bestemte handlinger. Self-efficacy påvirker, hvordan individet tænker, føler om sig selv, motiverer sig selv og handler (Bandura, 1986, p. 390). Individets self-efficacy er påvirket af fire faktorer; personlige erfaringer og succeser, modellering, hvor individet kan sammenligne sig selv med en sammenlignelig person og derigennem få en tro på selv sig, opmuntring og støtte fra andre samt hvordan individet oplever sin egen krop (Bandura, 1986). For at de nybagte mødre kan opnå en højere self-efficacy i forhold til amning, er det væsentligt, at de opnår personlige erfaringer og succesoplevelser netop omkring amning, og ikke blot trækker på andres erfaringer og succes. De nybagte mødre kan sammenligne sig med andre nybagte mødre, hvilket eksempelvis er muligt gennem netværk. Opmuntring og støtte kan de nybagte mødre opnå fra deres partner, netværk samt sundhedsprofessionelle. Sidste element i begrebet self-efficacy omhandler hvordan de nybagte mødre oplever deres egen krop og kan relateres til hvordan nogle af de nybagte mødre omtaler både fødsel og muligheden for at amme som naturligt og imponerende. Ved udfordringer med amning, kan dette være med til at skabe et negativt billede af de nybagte mødres krop.

Eksempelvis var det for NM2 en udfordring at navigere rundt i råd og vejledning, som hun modtog fra sundhedsprofessionelle. NM2 gav udtryk for frustrationer omhandlende netop disse forskellige råd og vejledning, samtidig med en usikkerhed på ammesituationerne. Hvis NM2 havde en oplevelse af mere støtte og opbakning kunne det være, at hun ville have haft mere self-efficacy i forhold til at amme.

10.5. "Implementeringsresultater" – fremanalyserede forandringsforslag

Sidste element i "Den integrerede implementeringsmodel" er "Implementeringsresultater".

Effekterne af implementeringerne er afhængig af de præstationer, som er udfaldet af de fire underpunkter under "Implementeringsprocessen". Derudover er effekterne i høj grad påvirket af "Målgruppeadfærd".

Gennem analysen er der fremanalyseret tre gennemgående tematikker, som ønskes diskuteret med henblik på at fremme amning. Tematikkerne er følgende; *styrkelse af health literacy*, *videreuddannelse af sundhedsprofessionelle og mere tid mellem sundhedsprofessionelle og nybagte mødre*. Disse diskuteres under afsnittet "Forandringsforslag til at fremme amning" (Jf. afsnit 11.2).

11. Diskussion

I de følgende afsnit præsenteres en diskussion af de metodiske valg, der er foretaget i indeværende speciale samt en diskussion af de forandringsforlag, der kan være med til at fremme amning, og derved imødegå den stigende tendens til tidligt ammeophør. Denne diskussion skal bidrage til vurdering af specialets styrker og begrænsninger, samt præsentation og diskussion af specialets forandringsforslagene.

11.1. Diskussion af de metodiske valg

I følgende afsnit diskuteres styrker og begrænsninger ved indeværende speciales design, videnskabsteori, teoretisk referenceramme og metoder.

11.1.1. Casestudie som design

Ved casestudiedesign er formålet at opnå en dækkende og fyldestgørende forståelse af et givent fænomen, ved anvendelse af omfattende beskrivelse, analyse og fortolkning samt inddragelse af forskellige datakilder (Launsø et al., 2011, p. 96). Specialets casestudie udgøres af Aarhus Kommunes tilbud omkring amning. Om der derigennem er opnået tilstrækkelig dækkende og fyldestgørende beskrivelse af tilbuddet kan overvejes. Ved eksempelvis anvendelse af observationsstudie til indsamling af empiri, ville det være muligt at opnå indsigt i de sociale processer, som foregår (Launsø et al., 2011, p. 115). I forhold til Aarhus Kommunes tilbud omkring amning kunne observationsstudie have bidraget til at opnå indsigt i det sociale møde mellem de sundhedsprofessionelle og gravide og/eller nybagte mødre.

Anvendelse af casestudiedesign har muliggjort at få en leders, sundhedsprofessionelles og nybagte mødres oplevelser og erfaringer om Aarhus Kommunes tilbud omkring amning, og derved være i stand til at analysere på det eksisterende tilbud med inddragelse af deres fortællinger. En svaghed ved anvendelse af casestudiedesign er, at der i undersøgelsen kun fokuseres på én eller få cases. Flere cases i et casestudie kan være med til at belyse ligheder og forskelligheder samt udlede mere robuste resultater (Antoft & Salomonsen, 2007, p. 44). Dermed kunne flere cases have bidraget til belysning af ligheder og forskelligheder i forhold til eksempelvis andre regioner og kommuner. Selvom der tages udgangspunkt i en enkelt case, kan casestudiet bidrage til den videnskabelige

udvikling gennem generalisering som supplement eller alternativ til andre metoder (Flyvbjerg, 2015, p. 497). Styrken ved et enkelt case er, at der kan arbejdes i dybden med den specifikke case, dog er det ikke muligt at udarbejde en bred analyse (Launsø et al., 2011, p. 99). Da indeværende speciale har omhandlet en enkelt case, har det medvirket til en fordybelse i Aarhus Kommunes tilbud omkring amning, hvorfor andre kommuner kan have andre tilbud og derfor have bidraget til opnåelse af anden empiri.

Hvorvidt specialets case er en typisk case kan diskuteres, idet der er taget udgangspunkt i en enkelt case. Med inddragelse af flere cases kunne det være muligt at vurdere de enkelte casetype.

Analytisk generaliserbarhed

Analytisk generaliserbarhed vurderes ud fra, om en undersøgelses resultater kan findes vejledende for, hvad der sker i en anden kontekst, og hvorvidt resultaterne har relevans (Antoft & Salomonsen, 2007, p. 49). Specialets analytiske generaliserbarhed forudsætter, at konteksten og målgruppen er sammenlignelige, hvorfor der i indeværende speciale har været tilstræbt at skabe transparens ved både beskrivelse af den metodiske tilgang, Aarhus Kommunes tilbud omkring amning samt udarbejdelse af analyse af de afholdte interviews. I tråd hermed forsøges den analytiske generaliserbarhed øget ved, at resultaterne analyseres og diskuteres med afsæt i det systematiske litteraturstudie samt ved anvendelse af teori.

11.1.2. Valg af hermeneutisk videnskabsteoretisk position og teoretisk referenceramme

Valg af hermeneutisk videnskabsteoretisk position

Den hermeneutiske videnskabsteoretiske position gjorde det muligt at analysere Aarhus Kommunes tilbud omkring amning med anvendelse af specialegruppens forforståelse. Derved blev der skabt mulighed for en horisontsammensmeltning, dog med risiko for at informanternes oplevelser og erfaringer tilsidesættes undervejs i fortolkningen. For at undgå dette, er der i de første trin af analysestrategien fokus på helhedsindtrykket af den udførte empiriindsamling og selve meningen i de pågældende interviews (Dahlager & Fredslund, 2015, p. 176). Derved sikres, at helhed og mening ikke går tabt i analysen, og først efterfølgende foretages fortolkning af den indsamlede empiri. Det vurderes, at horisontsammensmeltning er opstået i interviewundersøgelsen, da

specialegruppen har opnået en indsigt i informanternes horisont, som ellers ikke ville have været muligt. Der deles dermed en forståelse med interviewundersøgelsens informanter.

Det semistrukturerede interview indbefatter, at interviewet hverken indeholder et lukket spørgeskema eller en åben samtale, i stedet anvendes en interviewguide, der indeholder temaer og mulige spørgsmål, som kan stilles til den interviewede (Kvale & Brinkmann, 2009, p. 45). Efter afvikling af interviews blev det tydeligt for specialegruppen, at denne tilgang har været anvendelig, når informanterne var åbne og ønskede at fortælle deres oplevelser og erfaringer omkring amning. Ved informanterne, der var mere kortfattede i deres fortællinger, har det været udfordrende at undgå at anvende ledende og sommetider lukkede spørgsmål. De interviews, hvor informanterne var kortfattede, har fokus været på at sikre en god og tillidsfuld relation, i forsøg på at få informanterne til at vise sig udadvendt.

Valg af "Den integrerede implementeringsmodel" som den teoretiske referenceramme

"Den integrerede implementeringsmodel" er anvendt som teoretisk referenceramme til analysen af Aarhus Kommunes tilbud omkring amning. Ved anvendelse af modellen, som ramme for analysen, har specialet anvendt en deduktiv tilgang. Ved en deduktiv tilgang tages udgangspunkt i teori, som udleder udsagn om verden (Høyer, 2013, p. 21). Dette er valgt, da modellen er fundet gavnlig til at synliggøre centrale elementer i Aarhus Kommunes tilbud omkring amning, da modellens opbygning har inspireret til at følge processen fra Sundhedsstyrelsens anbefalinger frem til det eksisterende tilbud i Aarhus Kommune omkring amning. Det har med afsæt i disse fund været muligt at fremanalysere forandringsforslag til at fremme amning. Ved anvendelse af "Den integrerede implementeringsmodel", som teoretisk referenceramme, kan det ikke udelukkes, at specialegruppens medlemmer har haft fokus på at inddrage modellen i resultatbearbejdningen, hvorved andre relevante elementer i specialets empiri kan være blevet overset. For at have undgået dette, kunne der være anvendt en induktiv tilgang, hvor der udledes teori om verden fra empirien, som havde åbnet op for overvejelsen om og inddragelse af anden teori (Ibid.). Desuden kunne en supplerende teori være inddraget og derved have medvirket til, at specialet havde haft et andet fokus.

11.1.3. Den systematiske litteratursøgning som metode til at indsamle evidensbaseret viden

I indeværende speciale er den systematiske litteratursøgning beskrevet for at skabe transparens, ved at kunne følge hvorledes studierne er fremsøgt og frasortet eller udvalgt. Gennem litteratursøgningens beskrivelse samt søgebilag (Jf. bilag 1) er det muligt at genskabe den systematiske litteratursøgning. En søgestrategi er med til at sikre en ensartet og systematisk søgning i alle databaser (Buus et al., 2008). Hvorvidt de samme resultater vil opnås, hvis metoden gentages af andre forskere, vedrører reproducerbarheden (Ibid.). Til at opnå dette, må det sikres, at den systematiske litteratursøgning er transparent ved at udarbejde et udførligt metodeafsnit samt søgebilag for at skabe overblik over litteraturstudiets udarbejdelse.

Litteraturstudiets interne og eksterne validitet diskuteres i det følgende ud fra de metodiske beslutninger, der er truffet, da disse influerer på resultaterne af litteraturstudiet. Den interne validitet vurderes ud fra, om det tiltænkte er undersøgt, hvorimod den eksterne validitet vurderes ud fra, hvorledes resultaterne kan generaliseres til andre populationer (Juul, 2013, pp. 134–135).

Valg af databaser og søgestrategi til gennemførelse af det systematiske litteraturstudie

Den systematiske søgning er foretaget i henholdsvis PubMed, Embase, Cinahl og Cochrane. Disse databaser er udvalgt på baggrund af relevans til at kunne belyse nærværende problemfelt. Dog kan det ikke udelukkes, at der ved inddragelse af andre databaser ville være fremsøgt anden relevant litteratur, som dermed kan have påvirket den interne validitet af litteraturstudiet.

Ved søgningen i de forskellige databaser blev de indekserede termer sikret ved at anvende kontrollerede emneord (Rienecker & Stray Jørgensen, 2014, pp. 151–153). Det blev forsøgt at udføre søgningerne i databaserne stringent, for at sikre at de benyttede fagtermer blev anvendt ensartet. Dette fremgår af søgebilaget (Jf. bilag 1). Inden for hver enkelt database indekseres de identificerede kontrollerede emneord forskelligt. Det må derfor overvejes, om de anvendte kontrollerede emneord har samme meningsdannelse, da det ellers kan resultere i forskelligt indhold i hver database. Ligeledes bør det overvejes, om der kunne være opnået en mere dækkende søgning, hvis der havde været anvendt andre eller flere kontrollerede emneord, eller om dette blot ville føre til mere støj. Dog vurderes det, at den fremsøgte litteratur, fra de forskellige databaser, findes relevant, idet de pågældende studier var anvendelige til at underbygge specialets fokus. Havde det ikke været muligt at afdække problemstillingen ud fra de anvendte søgeord, ville det kunne påvirke

litteraturstudiets reliabilitet, herunder præcisionen ved identifikation af studier (Juil, 2013, pp. 106–107). Fritekstsøgning blev benyttet som supplement til den systematiske litteratursøgning inden for de enkelte blokke (Jf. bilag 1), for at øge præcision samt bidrage til, at søgningen dækkede specialets problemstilling. Fritekstsøgning kan bidrage til, at nyeste viden, som endnu ikke er indekseret med kontrollerede emneord, ligeledes fremsøges. Dette med henblik på at præcisere søgningen, hvortil der blev forsøgt opnået stringens ved at anvende de samme fritekstord under alle søgninger i databaserne.

I databasen PubMed valgte specialegruppen at tilføje en tredje facet, idet søgning på to facetter resulterede i en ufokuseret søgning. Denne søgning resulterede i et væld af studier, der ikke var relevante for specialets fokus. Opsætningen af en tredje facet kan være med til at påvirke den interne validitet, idet opsætningen af den strukturerede søgning således afveg fra den oprindelige søgestrategi. Ligeledes kan der argumenteres for, at den tredje facet kunne have været mere uddybende, for derved at få flere studier med i den systematiske søgning. Dog blev det vurderet at dette ville medføre yderligere støj og en mere ufokuseret søgning, hvorfor der kun anvendes et enkelt ord i facetten.

Til at specificere den systematiske litteratursøgning blev de boolske operatører ”AND” og ”OR” anvendt. Internt i blokkene blev ”OR” anvendt og ”AND” mellem de opstillede blokke. Den tredje boolske operator ”NOT” blev ikke anvendt. ”NOT” kan benyttes til at mindske støj, dog risikeres det ved anvendelse af denne at relevante studier uhensigtsmæssigt frasorteres. Ved at undlade ”NOT” vurderes søgestrategiens validitet øget.

Baggrund for udvælgelse og vurdering af det systematiske litteraturstudies fund

De fremsøgte hits, fra de fire databaser, blev systematisk gennemgået og vurderet i forhold til deres indhold og relevans for problemstillingen. De studier, som blev fundet relevante i forhold til besvarelse af problemformuleringen, blev af specialegruppen gennemlæst og kritisk vurderet. Dette med henblik på at undgå subjektive vurderinger fra specialegruppens enkeltmedlemmer. Trods den systematiske gennemgang og udvælgelse af de relevante studier, er der i udvælgelsesprocessen risiko for, at relevante studier overses. Dette skyldes, at studiernes relevans kan være blevet forbigået, når vurdering på titel og abstract finder sted. Dette blev derved forsøgt imødekommet

ved, at mindst to i specialegruppen gennemgik de samme studier, og herefter blev studierne diskuteret i forhold til, hvorfor det pågældende studie blev vurderet relevant eller irrelevant. Denne gennemgang og diskussion styrker den interne validitet.

Til kvalitetssikring af de udvalgte studier er der benyttet fire tjeklister: STROBE, PRISMA, CONSORT samt COREQ til at vurdere studiernes individuelle kvalitet. Ved anvendelse af tjeklister, er det vigtigt at gøre sig bevidst, at disse ikke kan stå alene i vurderingen af studiernes kvalitet. Dette skyldes, at trods studiernes mulighed for at opnå en høj kvalitetsscore, i de pågældende tjeklister, kan der til stadighed være en metodisk lav kvalitet. Dette skyldes, at tjeklisterne er anvendelige til afrapportering af undersøgelser, og ikke som en direkte kvalitets-tjekliste. En diskussion af de enkelte studiers validitet, reliabilitet og eventuelle bias findes derfor nødvendige for at højne nærværende litteraturstudies metodiske kvalitet. Denne diskussion kan også være med til at påvirke den eksterne validitet, idet der i denne diskussion kan fremgå, om de enkelte studier kan generaliseres til specialets sammenhæng.

11.1.4. Semistrukturerede forskningsinterviews som metode til indsamling af kvalitativ empiri

Interviewundersøgelsen har til formål at bidrage til viden om og forståelse af informanternes oplevelser, tanker, følelser og handlinger (Kvale & Brinkmann, 2009, pp. 41–42).

Interviewmetoden diskuteres med afsæt i kvalitetskriterierne, idet disse respekterer det særprægede ved den kvalitative forskning. Dermed tages der afsæt i transparens, gyldighed og genkendelighed (Brinkmann & Tanggaard, 2015, p. 522). Endelig vil forskningsetiske aspekter ved anvendelse af interviewundersøgelser diskuteres.

Valg af den semistrukturerede forskningsundersøgelse

Ved anvendelse af empiri indsamlet på individniveau ses både styrker og svagheder. Som alternativ til det semistrukturerede interview, kunne eksempelvis fokusgruppeinterview have været anvendt til indsamling af empiri. Ved anvendelse af fokusgruppeinterview har informanterne mulighed for at blive inspireret af hinandens fortællinger (Launsø et al., 2011, p. 149). Denne metode blev fravalgt, idet ønsket var at få de enkelte informanternes oplevelser og erfaringer af tilbuddet. Ligeledes at opnå indsigt i deres individuelle oplevelser af anning uden påvirkning af andre informanter. I tråd hermed kunne der være risiko for, at informanterne ville være tilbageholdende

over for at fortælle åbent og ærligt om deres perspektiver på kommunens tilbud omkring amning, hvis andre lyttede med. Fokusgruppeinterview er relevant at anvende, når ønsket er at opnå empiri gennem sociale interaktioner mellem fokusgruppens informanter (Brinkmann & Tanggaard, 2015, p. 137). Da ønsket var, at få indblik i den enkeltes livsverden, findes det relevant at anvende et individuelt interview. En given svaghed ved anvendelse af det semistrukturerede interview er, at det kan være svært at fastholde det forudgående forskningsmæssige tema, hvorfor intervieweren slutteligt kan sidde med interviews, som omhandler flere forskellige temaer, som kan være svære at sammenholde (Tanggaard & Brinkmann, 2015, p. 35). Overordnet set var dette ikke tilfældet i de pågældende interviews, hvilket kan forklares ved at der tidligt i specialeprocessen var et konkret fokus for interviewundersøgelsen. Eksempelvis findes referent- og observatørrollen at være medvirkende til at fastholde fokus omkring amning undervejs i interviewene.

Af de afholdte interviews, blev det erfaret, at nogle af de nybagte mødre var udfordrede på at huske deres første amning i detaljer. Dog oplevede specialegruppen, at de nybagte mødre alligevel formåede at tale sig varme, og komme i tanke om, eller bekræfte de fortællinger de tidligere tøvede på. Gyldigheden vurderes derved ikke at være påvirket i denne sammenhæng, da disse manglende specifikationer ofte var forbundet med en usikkerhed omkring bagateller, der ikke var af afgørende betydning for indeværende undersøgelse. For at mindske denne problematik så vidt muligt, var der ved beslutning om inklusionskriterierne et ønske om, at de deltagende mødre skulle have spædbørn, der ikke var mere end én måned gammel ved interviewafviklingen. Det var dog ikke muligt, at få kontakt til det fulde antal af nybagte mødre, der levede op til dette kriterie, hvorfor der blev åbnet op for, at de nybagte mødres spædbørn måtte være op til to måneder gamle ved datoen for interviewene. Ligeledes ville det have været at foretrække, hvis specialegruppen havde haft mulighed for, først at foretage interview med de nybagte mødre allerede i deres respektive graviditeter og dernæst i den efterfølgende barselsperiode. Dette skyldes, at de nybagte mødres fortællinger, om deres tanker i graviditeten, sandsynligvis farves af deres erfaringer med at få amning initieret eller præges af hukommelsen.

Til at supplere interviewene, kunne der være foretaget observationsstudier af mødet mellem de sundhedsprofessionelle og gravide og/eller nybagte mødre. Observationsstudier kan bidrage til, at der kan opnås direkte indblik i, hvad der foregår og hvilke sociale processer der udspiller sig (Launsø et al., 2011, p. 114). Derved ville det være muligt at få indblik i, hvordan tilbuddet omkring

amning udspiller sig i samtalen mellem eksempelvis jordemoderen og den gravide kvinde. Observationsstudiet kunne derved bidrage til en yderligere viden om tilbuddet omkring amning og således give indsigt i, hvordan tilbuddet udfoldes i Aarhus Kommune. En kombination af interviewundersøgelse og observationsstudie ville kunne medvirke til opnåelse af et mere fyldestgørende billede af det eksisterende tilbud i Aarhus Kommune. Det findes ligeledes at være i overensstemmelse med anvendelse af casestudiedesignet, da inddragelse af flere empiriske kilder bidrager til at nuancere billedet af fænomenet, som ønskes undersøgt (Antoft & Salomonsen, 2007, p. 32). Begrundelsen for at et observationsstudie ikke blev foretaget bygger på antagelsen om at specialegruppen ville kunne influere på eksempelvis mødet mellem sundhedsprofessionelle og gravide og/eller nybagte mødre, hvilket antages som værende en svaghed for inddragelse af dette. Måden hvorpå samtale om amning vil blive udfoldet i mødet, kan ligeledes formodes at blive fremstillet anderledes end normalt, hvis mødet ikke var observeret.

Metode til rekruttering af informanter til de semistrukturerede interviews

Indledningsvist blev der forsøgt taget kontakt til Aarhus Universitetshospitals fødeafdeling, for at forhøre om afdelingen kunne være behjælpelig med at skabe kontakt til nybagte mødre. Dette kunne de desværre ikke være behjælpelige med og opfordrede til opsøge nybagte mødre via den kommunale sundhedspleje. Kontakten til den kommunale sundhedspleje var tidskrævende, hvorfor det af specialegruppen blev vurderet, at denne kontakt primært skulle anvendes til at rekruttere sundhedsplejersker til undersøgelsen. De nybagte mødre blev derfor ikke fundet gennem denne kontakt. Dog blev det denne vej både muligt at rekruttere en ledende sundhedsplejerske og to sundhedsplejersker.

Rekrutteringen af de nybagte mødre blev foretaget gennem Facebook. Her udformede specialegruppen et offentligt opslag, der kort forklarede undersøgelsens formål samt en beskrivelse af inklusionskriterier for de ønskede informanter. Det lykkedes at rekruttere nybagte mødre, som ikke var kendt af nogle af specialegruppens medlemmer. Denne form for ”sneboldmetode” anvendes, når der ikke er nok informanter at rekruttere (Christensen et al., 2008, p. 68). Det var ikke ønsket at anvende denne metode til rekruttering af de nybagte mødre, da konsekvensen ved metoden er, at det ikke er muligt at opnå en strategisk udvælgelse af informanter med maksimal

variation. Dog lykkedes det at rekruttere nybagte mødre, bestående af både mødre, som initierede amning og mødre, som havde opgivet amning efter udskrivelse fra Aarhus Universitetshospital. Sundhedsplejerskerne blev udvalgt af den ledende sundhedsplejerske. Begge sundhedsplejersker var uddannet IBCLC konsulenter. Dette kan være med til at påvirke specialets resultater, idet den ledende sundhedsplejerske har udvalgt to sundhedsplejersker, som begge har videreuddannelse med fokus på amning. Derigennem kan disse have mere interesse i amning, hvorfor det kan have påvirket specialets gyldighed, da interview med sundhedsplejersker, som ikke er uddannet IBCLC kan have givet andre udtalelser. Om udvælgelsen af disse to sundhedsplejersker er bevidst udvalgt vides ikke, dog er det påfaldende at begge besidder denne uddannelse, idet der kun forefindes seks sundhedsplejersker med denne uddannelse i Aarhus Kommune.

Der kunne have været foretaget flere interviews med sundhedsprofessionelle, eksempelvis fra Patienthotellet, fødselsforberedelseskurset omkring amning samt praktiserende læger. Ifølge Sundhedsloven er det forebyggende helbredsundersøgelser, som foretages af de praktiserende læger, hvorfor det ikke blev prioriteret at foretage interviews med disse. Derimod kunne interviews med sundhedsprofessionelle, som arbejder på Patienthotellet og/eller afholder fødselsforberedelseskurset, have været med til at bidrage til indsigt i arbejdsgangen i dagene efter en fødsel samt i forberedelsen under graviditet.

Betydningen af interviewguidens udformning

Der blev udarbejdet tre interviewguides. En interviewguide betragtes som et afsæt for interviewereren, og ikke en stringent opskrift, således at informantens svar og fortællinger kan forfølges (Kvale & Brinkmann, 2009, p. 144). Specialets gyldighed kan påvirkes af interviewguidens udformning, da der stilles krav til åbne spørgsmål, der fordrer belysning af informanternes oplevelser og erfaringer med Aarhus Kommunes tilbud omkring amning. Dette med henblik på at kunne besvare specialets problemformulering.

Den pågældende interviewguides spørgsmål blev udformet med et ønske om at stille spørgsmål bag om specialegruppens forforståelse. Detaljegraden af spørgsmålene var derfor lav, og indeholdte kun få overordnede reflekterende spørgsmål. Dette med henblik på at fordre informanterne til at fortælle

deres oplevelser og erfaringer, og ligeledes for at give interviewerens større mulighed for at forfølge informanternes fortællinger, og derved opnå dybde i informanternes respektive svar.

Specialegruppen har som interviewere været uerfarne, og dermed kan det have påvirket interviewene, grundet den manglende erfaring kan de afholdte interviews være blevet foretaget på et uhensigtsmæssigt tidspunkt i processen, uhensigtsmæssig spørgeteknik anvendt eller misvisende spørgsmål være blevet stillet. Alle specialegruppens medlemmer har i processen afholdt interviews, for netop at blive bekendt med metoden og rollen som interviewer. Dette kan ligeledes have påvirket gyldigheden af specialet, idet det med fordel kunne have været den samme person, som foretog alle interviews. Hvis samme interviewer havde afholdt alle interviews, kunne det have været muligt at give feedback, som kunne bruges ved efterfølgende interviews, og ligeledes bidrage til dygtiggørelse af den pågældende interviewer.

Valget om at alle specialegruppens medlemmer skulle agere interviewer eller observatør/referent, på et givent tidspunkt i processen, har bidraget til erfaring og kompetenceudvikling for alle gruppens medlemmer. I processen med at afholde interviews, har det været muligt at udvikle specialegruppens individuelle interviewteknik gennem refleksion over de afholdte interviews, og gennem sparring med hinanden i gruppen. Dette er sket ved at lytte til de afholdte interviews, foretage evaluering af interviewteknik efter endt interview med fokus på eksempelvis understøttelse af informanternes tankerække med nik og opmuntring til at fortsætte samt overvejelser om, hvordan gruppens egen forforståelse er kommet til udtryk under afholdt interview. Ved disse refleksioner blev det muligt løbende at forbedre specialegruppens individuelle interviewteknik og derved opnå de bedst mulige interviews med righoldig empiri.

Interviewundersøgelsens kontekst – er det analytisk generaliserbart?

Specialets case Aarhus Kommunes tilbud omkring amning er implementeret med afsæt i Sundhedsstyrelsens ”Anbefalinger for svangreomsorgen”, i Region Midtjyllands fødeplan og dernæst operationaliseret ud, så det passer til det tilbud Aarhus Kommune ønsker at tilbyde gravide og nybagte mødre. Denne indsats er derved genkendeligt over for andre kommuners tilbud, da udgangspunktet for anbefalingerne er de samme. Dog er det for det enkelte fødested og den enkelte kommune op til dem, hvorledes de ønsker at organisere tilbuddet omkring amning, hvorfor der kan

være forskellige karakteristika, som ikke nødvendigvis er sammenlignelige med andre fødesteder og kommuner. Specialets beskrivelse af metoden og casen er med til at skabe transparens og påvirker specialets gyldighed og genkendelighed.

Valget af interviewundersøgelsens informanter

For lederen var inklusionskriterierne til interviewundersøgelsen, at denne skulle have indsigt i beslutningsprocesserne, når der eksempel kommer nye ammeråd, der skal implementeres i Aarhus Kommune. Dette for at få indblik i disse beslutningsprocesser, samt indblik i hvordan det sikres, at disse eventuelle ændringer i praksis inkorporeres i de sundhedsprofessionelles arbejdsrutiner. For de sundhedsprofessionelle gjorde det sig gældende, at de skulle have daglig kontakt med gravide eller nybagte mødre. Dette med henblik på, at få indsigt i deres oplevelser og erfaringer med at arbejde med det eksisterende tilbud omkring amning i Aarhus Kommune, samt for at få deres perspektiv på hvordan gravide og nybagte mødre tager imod og/eller selv opsøger viden og støtte omkring amning. For de nybagte mødre var inklusionskriterierne, at det skulle være førstegangsfødende, der havde født ukompliceret, vaginalt på Aarhus Universitetshospital inden for de sidste to måneder på interviewdagen. Derudover skulle de nybagte mødre være hjemsendt ambulantly, eller kun have opholdt sig på Patienthotellet. De nybagte mødre skulle ved hjemrejsen fra Aarhus Universitetshospital have et ønske om at amme. Disse kriterier blev sikret opfyldt, når mødre viste interesse for undersøgelsen på Facebook, ved at der blev stillet kontrolspørgsmål til deres fødselsforløb samt tidspunkt for fødslen. Derved blev det sikret, at alle de nybagte mødre levede op til inklusionskriterierne for at deltage i interviewundersøgelsen.

Da interviewundersøgelsen kun indbefattede førstegangsfødende, kan resultaterne for undersøgelsen kun være genkendelige til førstegangsfødende. Det vurderes ikke, at der ved de afholdte interviews er opnået datamætning (Christensen et al., 2008, p. 69). Da der fremkom nye synspunkter i det sidste interview. Specialegruppen kunne derfor have ønsket at rekruttere flere nybagte mødre, for dermed at få indsigt i fleres oplevelser og erfaringer med amning. Det samme er gældende for de sundhedsprofessionelle, hvor flere interviews med forskellige faggrupper, inden for de sundhedsprofessionelle, kunne have været med til at øge specialets gyldighed.

Resultatbearbejdning og fortolkning af den indsamlede empiri

Den indsamlede empiri, som er indhentet gennem interviewundersøgelsen, fortolkes med udgangspunkt i den udvalgte analysestrategi. Analysestrategien har indflydelse på, hvilken viden der produceres og dermed påvirkes gyldigheden af specialet.

Derudover er der foretaget fortolkning af den indsamlede empiri ved at anvende ”Den integrerede implementeringsmodel” til at indplacere de forskellige empiriske dele i forhold til modellens forskellige elementer, som influerer på hvorledes en implementering lykkes. Derved er det gjort muligt, at undersøge, hvor der opstår uoverensstemmelse mellem de forskellige elementer og dernæst komme med forandringsforslag til at imødegå den stigende tendens til tidligt ammeophør. Derved forsøger specialets gennem de empiriske fund, at udbrede resultaterne til mere en blot Aarhus Kommune.

Refleksiv objektivitet – specialegruppens refleksion over forforståelsens indvirkning på resultatbearbejdningen

Ved refleksiv objektivitet reflekterer forskeren over eget bidrag til den producerede viden, hvortil det er nødvendigt at forholde sig til egen forforståelse (Kvale & Brinkmann, 2009, p. 268). For specialet har det betydet, at det eksempelvis ved udarbejdelsen er forsøgt at komme bag egen forforståelse. Dette for at få informanternes oplevelser og erfaringer frem gennem interviewene og først derefter anvende forforståelsen aktivt i den videre analyse og fortolkning af empiri. Hertil er de tre interviewguides af flere omgange blevet gennemarbejdet, da det var udfordrende at formulere spørgsmål, der kommer bagom egen forforståelse, men kom til at bidrage til at forforståelsen blev tilbageholdt. I analyse og fortolkningen kom forforståelsen i spil, hvilket er i overensstemmelse med den hermeneutiske analysestrategi. Den refleksive objektivitet er indgået i processen ved, at der i analyse og fortolkning har været udfordret forskellige antagelser.

Bevidsthed om etiske overvejelser ved den kvalitative forskningsmetode

Ved kvalitativ forskning er der etiske forhold, som på henholdsvis mikro- og makroniveau, relaterer sig til det hensyn, som må tages til et enkelte individ, der deltager i undersøgelsen. Derudover nogle samfundsmæssige overvejelser omkring, hvordan den opnåede viden anvendes i sin helhed (Brinkmann, 2015, pp. 473–474).

I forhold til mikroetiske overvejelser blev informanterne, der deltog i interviewundersøgelsen anonymiseret ved, at de hver især fik tildelt koder, der gjorde, at deres identitet ikke kom til udtryk i nærværende speciale. Derved blev deres anonymitet opretholdt. I forhold til de sundhedsprofessionelle var de indforstået med, at deres ledere havde kendskab til deres deltagelse, idet kontakten til disse blev skabt gennem lederne. Grundet den ledende sundhedsplejerskes og de sundhedsprofessionelles jobfunktion, var det ikke muligt at opretholde absolut anonymitet. For at skabe en god atmosfære og oplevelse af at deltage i interviewundersøgelsen, blev der foretaget smalltalk før og efter interviewene. Derved blev der etableret en behagelig stemning og en relation mellem de enkelte informanter og specialegruppen, hvilket vurderes som skabende tryghed.

Den viden, der blev genereret igennem specialet, ved inddragelse af teori samt ved indsamling af empiri fra de semistrukturerede interviews og gennem det systematiske litteraturstudie, har bidraget til et evidensbaseret løfte af, hvorledes den stigende tendens til tidligt ammeophør kan imødegås. Denne opnåede viden bidrager ikke kun til en forandring af Aarhus Kommunes tilbud, men ligeledes som et bidrag til at imødegå den landsdækkende tendens, hvorfor det er medvirkende til overholdelse af de makroetiske forhold. Dog er der bevidsthed om, at fokus på vigtigheden af, at mødre ammer kan betyde, at nogle mødre vil kunne opleve at føle sig stigmatiseret af denne vinkling på specialet, hvis de ernærer deres barn med modermælkserstatning. Dertil må det overvejes, om de makroetiske forhold ikke fuldstændig er imødekommet.

11.2. Forandringsforslag til at fremme amning

I det følgende afsnit tages der udgangspunkt i de tre fremanalyserede forandringsforslag. Disse vil blive diskuteret samt bidrage til, hvorledes den stigende tendens til tidligt ammeophør kan imødegås, ikke kun i Aarhus Kommune, men ligeledes fremme amning på landsplan. I diskussionen af disse forandringsforslag vil ”Den integrerede implementeringsmodel” inddrages i forhold til, hvilke elementer den pågældende kommune eller region skal medtænke, hvis forandringsforslag skal implementeres. De fremanalyserede forandringsforslag er; *styrkelse af health literacy, videreuddannelse af sundhedsprofessionelle og mere tid mellem med sundhedsprofessionelle og nybagte mødre.*

11.2.1. Styrkelse af health literacy

Det er fremanalyseret, at det kan være vanskeligt for nybagte mødre at omsætte teoretisk viden til praksis. Ved fødselsforberedelseskurset omkring amning bør det derfor ikke handle om, at gravide tilegner sig viden, men derimod om, hvordan de kan omsætte denne viden til praksis. Studiet af Hanafi, Shalaby, Falatah og El-Ammari, 2014 fandt, at sundhedsuddannelse af gravide er med til at øge deres viden, holdning og praksis i forhold til amning, samtidig bør de forberedes mere end blot ved en sundhedsuddannelse (Hanafi et al., 2014). Det handler derfor om individers adgang til information og deres evne til at bruge denne information effektivt, som begrebet health literacy omhandler (Nutbeam, 2000). Gennem analysen blev det tydeligt, at nybagte mødre har svært ved at omsætte information fra pjecer og fødselsforberedelseskurserne til praksis. Hvorimod de situationer, hvor nybagte mødre opnår flest kompetencer er ved konkrete råd og vejledning fra sundhedsprofessionelle, for at nybagte mødre derved selv kan varetage lignende udfordringer med amning fremadrettet. Dette forslag ses i forlængelse af Fødeplanens mål om at sikre forældres mestringsevner i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel (Region Midtjylland, 2012, pp. 7–8).

Begrebet health literacy omhandler først og fremmest den enkeltes adgang til information (Nutbeam, 2000). Gennem analysen blev det tydeligt, at ikke alle nybagte mødre er bekendt med de samme informationer omhandlende mulighederne for at anvende eksempelvis telefoniske hotlines. Dermed kan det med fordel tydeliggøres, hvilke konkrete tilbud der tilbydes. I den forbindelse finder studiet af Gruise et al., 2003 dog, at skriftligt materiale ikke forlænger eller initierer amning (Gruise et al., 2003). Det skriftlige materiale i forbindelse med tydeliggørelse af konkrete tilbud bør derfor ikke stå alene, som information til gravide, men underbygges af formidling og samtale med sundhedsprofessionelle. I tråd hermed finder studiet af Hanafi, Shalaby, Falatah og El-Ammari, 2014 ligeledes, at uddannelse og viden ikke er nok i forhold til at fremme amning (Hanafi et al., 2014). En tydeliggørelse af tilbuddet vil kunne være en styrkelse af health literacy. Health literacy omhandler både individets adgang til information samtidig med evnen til aktivt at anvende informationen. Det sidste niveau af health literacy omhandler hvorvidt individet er i stand til at være kritisk i forhold til informationen, og derudfra kan agere og anvende den i de konkrete situationer (Nutbeam, 2000). Gravide bør kunne tilegne sig information på en sådan måde, at de kan omsætte informationen til handling ved behov. Eksempelvis kan en metode til dette være, at bruge Antonovskys teori omhandlende oplevelse af sammenhæng, idet individer med stærk følelse af sammenhæng har større mestringsevne og handlekapacitet. I den forbindelse kan praktikere arbejde

med at gøre viden mere begribelig, håndterbar samt meningsfuld for individet. For at gøre viden mere begribelig kan der være fokus på: ”Hvilken viden mangler du?”. I forhold til at gøre det mere håndterbart kan fokus være på: ”Hvad synes du bør gøres?” samt ”hvad magter du at gøre?”. Meningsfuldhed kan skabes ved at arbejde med: ”Hvad mener du?” samt ”hvad føler du?” (Jensen & Johnsen, 2001, pp. 135–137). Hvis sundhedsprofessionelle gennem rådgivning og vejledning har fokus på at gøre viden efterspurgt og derigennem hjælpe nybagte mødre i de konkrete situationer, således at nybagte mødre i fremtidige situationer kan mestre disse. Dette kan ovenstående spørgsmål være behjælpelige med, idet spørgsmålene kan bidrage til at nybagte mødre aktivt selv forholder sig til deres udfordringer.

I forhold til ”Den integrerede implementeringsmodel” vil et forandringsforslag om styrkelse af health literacy skulle inddrages i elementet ”Markarbejdernes evner og vilje/interesser”, hvor sundhedsprofessionelle, som dagligt arbejder med at støtte og vejlede gravide og nybagte mødre i forhold til amning, skal have kompetencerne til at kunne styrke den enkeltes health literacy. Dette skal bestemmes fra elementet ”Ledelse”, i forhold til hvorvidt ledelsen vil prioritere dette både fagligt og økonomisk. ”Ledelse” kan være påvirket af den konkrete ”Politikformulering” og ”Politikdesign”. I forhold til dette fremgår det eksempelvis af Fødeplanen, at der i Region Midtjylland arbejdes hen mod, at alle nyfødte spædbørn regionalt skal sikres den bedst mulige start på livet. Samtidig med, at Fødeplanens mål er, at kommende forældre skal forberedes til så vidt muligt at tage ansvar for eget liv, og herigennem være klædt på til at kunne takle mulige udfordringer, der følger ved at blive forældre (Region Midtjylland, 2012, pp. 7–8). Dette fokus forventes ligeledes at være gældende for resten af landet.

En styrkelse af health literacy, på et givent område, kan være med til at styrke individets viden, motivation og selvtillid. Desuden kan styrkelsen være med til, at individet på andre områder får en styrket health literacy og dermed har adgang til viden, og kan agere ud fra dette på andre områder (Nutbeam, 2000). Dermed kan en styrkelse af individets health literacy i forhold til amning være med til at påvirke individets health literacy på andre områder end amning. Ligeledes kan teorien om health literacy også med fordel anvendes i andre sundhedsrelaterede projekter eller tiltag. Det kan dermed være en positiv konsekvens af at styrke health literacy hos gravide og nybagte mødre. En negativ konsekvens ved dette forandringsforslag kan være, at undervisningen bliver tilrettelagt,

således at den ikke bliver målrettet alle sociale grupper, og dermed kan der være nogle, der således får mindre ud af den pågældende undervisning.

11.2.2. Videreuddannelse af sundhedsprofessionelle medarbejdere

På baggrund af analysen findes det, at sundhedsprofessionelle kan have behov for videreuddannelse for at kunne yde den optimale rådgivning og støtte til gravide og nybagte mødre. For at alle sundhedsprofessionelle føler sig kompetente til at rådgive og støtte i forhold til amning, kan alle, som arbejder med amning modtage videreuddannelse. Dette støttes op af studierne fra det systematiske litteraturstudie, hvor ti ud af 12 studier fandt, at undervisning af sundhedsprofessionelle er med til at fremme initiering af amning samt amningens varighed. Omfanget af denne undervisning fremstår forskellig fra de enkelte studier, trods fundene er de samme; at undervisning af sundhedsprofessionelle har en positiv påvirkning på amning (Bruce et al., 1991; Gau, 2004; Guise et al., 2003; Law et al., 2007; Martens, 2000; Martín-Iglesias et al., 2011; Mellin et al., 2011; Smale et al., 2006; Thurman & Allen, 2008; Whelan et al., 2011). Denne form for videreuddannelse kan bestå af workshops, kurser, temadage omhandlende den nyeste viden inden for amning eller IBCLC uddannelse, som kan være med til at styrke sundhedsprofessionelles forudsætninger for at vejlede og rådgive omkring amning. Dertil kan en ekstra motiverende faktor for sundhedsprofessionelle, som interesserer sig for spædbørn og amning med fordel få muligheden for at videreuddanne sig. En videreuddannelse af sundhedsprofessionelle, som har daglig praksis med amning, vil også være en metode til at imødekomme den forskelligartede rådgivning, som gravide og nybagte mødre oplever. Sundhedsprofessionelle har hver deres måde at omgås gravide og nybagte mødre på og vejlede, dog må det forventes, at alle sundhedsprofessionelle rådgiver i amning ud fra bedste overbevisning, med afsæt i viden, uddannelse og erfaring. Det er svært at ændre på måden, hvorpå den enkelte sundhedsprofessionelle rådgiver i amning. Ifølge studiet af Mellin, Poplawski, & Gole, 2011 beskrives betydningen af, at der bør sikres, at der er skriftlige retningslinjer, som sundhedsprofessionelle kan støtte sig op af, hvorfor disse skal være tilgængelige for alle og let forståelige (Mellin et al., 2011). Dermed kan skriftlige retningslinjer være med til at hjælpe sundhedsprofessionelle i deres vejledning og rådgivning til gravide og nybagte mødre, og herigennem være mere ensrettet i forhold til den vejledning og rådgivning, som gravide og nybagte mødre modtager. Dette støttes op af studiet af Nilsson, Strandberg-Larsen, Knight, Hansen & Kronborg, 2017 idet studiet har medført, at der er indført fire nye ammeråd til

sundhedsprofessionelle i Danmark, som skal være med til at fremme amning og nedbringe genindlæggelser af spædbørn (Nilsson, Strandberg-Larsen, Knight, Hansen, & Kronborg, 2017).

I forhold til ”Den integrerede implementeringsmodel” er dette forandringsforslag, videreuddannelse af sundhedsprofessionelle, med til at påvirke ”Markarbejdernes evner og vilje/interesser” i form af faglige evner, men hvis alle sundhedsprofessionelle, som daglig arbejder med amning skal videreuddannes, kræver det en ledelsesmæssig ændring og prioritering. Som eksempel ligger Fødeplanen i Region Midtjylland op til at gravide og nybagte forældre skal sikres et sammenhængende forløb, som er præget af høj kvalitet i alle tilbud i forbindelse med både graviditet, fødsel og barsel. En mulig metode til dette kan netop være at sikre et højt fagligt niveau hos sundhedsprofessionelle.

En positiv effekt ved at videreuddanne sundhedsprofessionelle er, at de bliver mere kvalificeret til at varetage opgaven med at rådgive og vejlede gravide og nybagte mødre.

Derimod kan en negativ konsekvens være, at denne gruppe af sundhedsprofessionelle vil fremstå som en faggruppe med forskellige kvalifikationer og kompetencer grundet deres faginteresser, hvorfor det i forløbet med graviditet, fødsel og barsel kan medføre en diskontinuitet, da det kan føre til flere subgrupper inden for fagprofessionerne. Dette findes i modsætning til Sundhedsaftalen gældende for 2015-2018, som netop har fokus på et sammenhængende forløb for gravide og nybagte mødre (Region Midtjylland og de 19 kommuner, 2015, pp. 78–80).

Studiet af Martens, 2000 fandt dog at sygeplejerskerne i undersøgelsen oplevede frustration over ikke at have tid til at bruge den nye tilegnede viden til at hjælpe de ammende kvinder, hvis der var udfordringer (Martens, 2000). Studiet indikerer vigtigheden af, at viden i sig selv ikke er nok for, at de sundhedsprofessionelle kan rådgive og vejlede nybagte mødre, hvis ikke tiden til denne rådgivning og vejledning ikke er tilstrækkelig eller prioriteres.

11.2.3. Mere tid mellem sundhedsprofessionelle og nybagte mødre

Fra analysen indikeres det, at der mangler tid og prioritering af støtte til ammeetablering efter fødsel fra sundhedsprofessionelle. Ligeledes at der efter hjemkomst er sparsom tid sammen med en sundhedsprofessionel. Nybagte mødre oplever en usikkerhed ved at skulle hjem og stå på egne ben, men muligheden for at kunne ringe til Efterfødselsklinikken kan give ro og sikkerhed. Da der i 2009

og 2010 i Danmark blev indført ambulante fødsler, må det forventes, at der indgik økonomiske argumenter for, at tidsbegrænse indlæggelse efter fødsel. Efter fødsel skal nybagte mødre selv tage kontakt til de sundhedsprofessionelle, hvis der er behov for hjælp både i forhold til Patienthotellet og Efterfødselsklinikken. Dermed kræver det en aktiv handling fra nybagte mødre for at få tid, råd og vejledning fra sundhedsprofessionelle, som kan være svært og kræver overskud fra nybagte mødre. For at imødekomme dette, kan der med fordel foretages mere opsøgende arbejde fra sundhedsprofessionelle under nybagte mødres indlæggelse, således at det ikke er, når nybagte mødre oplever at have udfordringer, at sundhedsprofessionelle er omkring de nybagte mødre i forbindelse med en amning. Nybagte mødre oplever at have gavn af, når sundhedsprofessionelle observerer en amning og kan rådgive og vejlede, eller blot havde mere tid til at fokusere på amning. Dette understøttes af studiet af Martens, 2000, idet de blandt andet fandt, at mere tid sammen med nybagte mødre kan være med til at øge ammevarigheden (Martens, 2000). Dette forandringsforslag står i modsætning til de ambulante fødsler, hvor nybagte mødre hjemsendes indenfor 48 timer, og derved tidligt overlades til sig selv. Der findes folkesundhedsvidenskabelige fordele ved at sikre en veletableret amning efter fødsel, hvilket udfordres af de nuværende ambulante fødsler.

I forhold til ”Den integrerede implementeringsmodel” kan dette forandringsforslag påvirke ”Markarbejderens evner og vilje/interesser”, idet forslaget ville ændre på deres måde at arbejde på, da det vil kræve mere tid sammen med nybagte mødre. Det vil kræve en ændring i elementet ”Ledelse” om prioritering af tid sammen med nybagte mødre fra sundhedsprofessionelle samt muligheden for at være mere opsøgende på Patienthotellet. Idet denne beslutning vil kræve en væsentlig ændring vil, dette forandringsforslag også være præget af, at ”Politikformulering” og ”Politikdesign” skal ændres, således at der bliver prioriteret og skabt mulighed for at sundhedsprofessionelle kan have mere tid sammen med nybagte mødre.

En positiv konsekvens ved dette forandringsforslag kan være, at når nybagte mødre har mere tid sammen med sundhedsprofessionelle, kan de bedre tilegne sig information, råd og vejledning omkring amning, således at de har et bedre grundlag for en veletableret amning.

En negativ utilsigtede konsekvens kan være, at der sker en medikalisering af amning, idet amning går fra at være en naturlig del af at ernære sit spædbarn til at være et element, som sundhedsprofessionelle skal være endnu mere inde over og herigennem vurderer barnets trivsel i stedet for, at moren tilegner sig disse kompetencer. I dette forandringsforslag vil den tid sammen

med sundhedsprofessionelle være med til at nybagte mødre kan opnå mere health literacy. Dette for derigennem at kunne håndtere de eventuelle udfordringer med amning, ud fra de råd og vejledninger, som modtages fra sundhedsprofessionelle, således at nybagte mødre i lignende situationer fremadrettet selv kan vurdere og aktiv anvende denne viden. Dette ses i forlængelse af Sundhedsstyrelsens anbefalinger omhandlende, at nybagte forældre blandt andet skal tilbydes observation efter fødsel (Sundhedsstyrelsen, 2013a, p. 170).

Styrkelsen af nybagte mødres health literacy, videreuddannelse af sundhedsprofessionelle, så de er kompetente til at rådgive og vejlede ud fra evidensbaseret viden samt tid mellem sundhedsprofessionelle og nybagte mødre er tre elementer, som kan være med til at bidrage til at imødegå den stigende tendens til tidligt ammeophør. Trods specialets forandringsforslag, finder studiet af Smale et al., 2006, at ændringer ikke blot må ske i uddannelse og praksis, men ligeledes må der ske forandringer i holdninger og kultur (Smale et al., 2006). Det må derfor antages, at der er behov for yderligere forskning omkring amning, med fokus på eksempelvis holdninger og kultur.

12. Konklusion

Konklusionen har til formål at besvare indeværende specialets problemformulering:

Hvordan kan organiseringen af sundhedsvæsenets tilbud omkring amning, med afsæt i ”Den integrerede implementeringsmodel”, bidrage til at imødegå den stigende tendens til tidligt ammeophør?

Gennem specialets resultatbearbejdning er følgende fokuspunkter til forandringsforslag fundet; *stærkelse af health literacy, videreuddannelse af sundhedsprofessionelle og mere tid mellem sundhedsprofessionelle og nybagte mødre.*

Forandringsforslagene er med afsæt i ”Den integrerede implementeringsmodel” fremfundet gennem analysen af Aarhus Kommunes tilbud omkring amning og det semistrukturerede forskningsinterview af en ledende sundhedsplejerske, sundhedsprofessionelle og nybagte mødre. Det systematiske litteraturstudie inddrages for at bidrage til at opnå evidensbaseret viden om, hvorledes amning kan fremmes.

Fokuspunkterne kan generelt bidrage til at imødegå den stigende tendens til tidligt ammeophør, da en styrkelse af health literacy kan fremme nybagte mødres evne til at bruge den opnåede viden i et sådant omfang, at teoretisk viden kan anvendes i praksis.

Dernæst findes det fordelagtigt at tilbyde undervisning eller videreuddannelse af sundhedsprofessionelle med fokus på amning, der til daglig er i kontakt med gravide eller nybagte mødre, til en styrkelse af initiering af amning og ammevarighed.

Slutteligt er det fremkommet i specialet, at mere tid mellem sundhedsprofessionelle og nybagte mødre er hensigtsmæssigt for derved at sikre optimal rådgivning, vejledning og støtte. Dette for at imødekomme den stigendes tendens til tidligt ammeophør.

Ovenstående forandringsforslag må antages at være elementer, der kan bidrage til kunne imødegå den stigende tendens til tidligt ammeophør, dog er yderligere forskning på området at foretrække.

13. Referencer

- Ahluwalia, I. B., Morrow, B., & Hsia, J. (2005). Why do women stop breastfeeding? Findings from the Pregnancy Risk Assessment and Monitoring System. *Pediatrics*, *116*(6), 1408–1412.
- Ammenet. (n.d.). Offentlig amning. Retrieved March 6, 2017, from <http://www.ammenet.dk/wiki/offentlig-amning>
- Andersen, J. (2016). Gulsot hos nyfødte. Retrieved March 3, 2017, from <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/boern/sygdomme/nyfoedtsmedicin/gulsot-hos-nyfoedte/>
- Ankestyrelsen. (n.d.). Ligebehandlingsnævnet. Retrieved March 6, 2017, from <https://ast.dk/naevn/ligebehandlingsnaevnet/ligebehandlingsnaevnet?aid=1182&type=Afgoerelse>
- Antoft, R., & Salomonsen, H. H. (2007). Det kvalitative casestudium - introduktion til en forskningsstrategi. In R. Antoft, M. H. Jacobsen, A. Jørgensen, & S. Kristiansen (Eds.), *Håndværk & Horisonter. Tradition og nytænkning i kvalitativ metode* (pp. 29–57). Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. (A. Bandura, Ed.). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Bang, L. (2013). Fakta om amning. Retrieved March 14, 2017, from [http://www.apoteket.dk/KropOgHelbred/Gravid og baby/Amning/Fakta om amning.aspx](http://www.apoteket.dk/KropOgHelbred/Gravid%20og%20baby/Amning/Fakta%20om%20amning.aspx)
- Bay, A. (n.d.). Smertefri fødsel. Retrieved May 30, 2017, from <http://www.smertefrifoedsel.dk/518/kontakt-smertefri-fodselsforberedelse>
- Birkler, J. (2007). *Videnskabsteori: En grundbog*. København: Munksgaard.
- Brinkmann, S. (2015). Etik i en kvalitativ verden. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder - en grundbog* (2. udgave, pp. 521–532). København: Hans Reitzels Forlag.
- Brinkmann, S., & Tanggaard, L. (2015). *Kvalitative metoder - en grundbog* (2. udgave). København: Hans Reitzels Forlag.
- Brodén, M. B. (2004). *Mor og barn i ingenmandsland - Intervention i spædbarnsperioden*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bruce, N. G., Khan, Z., & Olsen, N. D. L. (1991). Hospital and Other Influences on the Uptake and

- Maintenance of Breast-Feeding - the Development of Infant-Feeding Policy in a District. *Public Health*, 105(5), 357–368.
- Buus, N., Kristiansen, H. M., Tingleff, E. B., & Rossen, C. B. (2008). Litteratursøgning i praksis. *Sygeplejersken*, 10, 2–8.
- Børlum Kristensen, F., & Sigmund, H. (2007). Litteratursøgning. In *Metodehåndbog for medicinsk teknologivurdering* (2. udgave, pp. 49–58). København: Sundhedsstyrelsen, Enhed for Medicinsk Teknologivurdering.
- Christensen, U., Schmidt, L., & Dyhr, L. (2008). Det kvalitative forskningsinterview. In S. Vallgård & L. Koch (Eds.), *Forskningsmetoder i Folkesundhedsvidenskab* (2. udgave, pp. 61–86). København: Munksgaard Danmark.
- Cinahl. (n.d.). CINAHL Database. Retrieved April 10, 2017, from <https://health.ebsco.com/products/the-cinahl-database>
- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. (2002). Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease. *British Journal of Cancer*, 360, 187–195.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control, 18, 209–232.
- Consort Statement. (2010). CONSORT 2010 checklist of information to include when reporting a randomised trial, 1–2.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches*. *Qualitative Inquiry and Research Design* (2. udgave). London: SAGA Publication.
- Dahlager, L., & Fredslund, H. (2015). Hermeneutisk analyse - forståelse og forforståelse. In *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* (4. udgave). København: Munksgaard Danmark.
- Danmarks statistik. (2017). Seneste nyt om fødsler. Retrieved March 22, 2017, from <http://www.dst.dk/da/Statistik/emner/befolkning-og-valg/foedsler>
- de Oliveira, M. I. C., Camacho, L. a. B., & Tedstone, a. E. (2001). Extending Breastfeeding Duration Through Primary Care: A Systematic Review of Prenatal and Postnatal Interventions. *Journal of Human Lactation : Official Journal of International Lactation Consultant Association*, 17(4), 326–43.
- Duedahl, P., & Jacobsen, M. H. (2010). *Introduktion til dokument analyse* (2. udgave). Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse. (2015). *Den Landsdækkende Undersøgelse af*

Patientoplevelser blandt Fødende 2015.

Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse. (2016). *Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser blandt Fødende 2016.*

Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse. (2017). LUP Fødende. Retrieved February 28, 2017, from <https://patientoplevelser.dk/lup/lup-foedende/lup-foedende>

Flyvbjerg, B. (2015). Fem misforståelser om casestudiet. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder: En grundbog* (2. udgave, pp. 497–520). København: Hans Reitzels Forlag.

Friedman, N. J., & Zeiger, R. S. (2005). The role of breast-feeding in the development of allergies and asthma. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, *115*(6), 1238–1248.

Fägerskjöld, A. (2008). A change in life as experienced by first-time fathers. *Nordic College of Caring Science*, *22*, 64–71.

Gadamer, H.-G. (2004). *Sandhed og metode*. (A. Jørgensen, Ed.). Viborg: Systime Academic.

Gau, M. L. (2004). Evaluation of a lactation intervention program to encourage breastfeeding: A longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*, *41*(4), 425–435.

Goffman, E. (2009). Informationskontrol og personlig identitet. In *Stigma. Om afvigerens sociale identitet*. København: Samfundslitteratur.

Guisse, J., Palda, V., Westhoff, C., Chan, B. K. S., Helfand, M., & Lieu, T. A. (2003). The Effectiveness of Primary Care- Based Interventions to Promote Breastfeeding : Systematic Evidence Review and Meta-Analysis for the US Preventive Services Task Force. *Annals Of Family Medicine*, *1*, 70–78.

Hanafi, M. I., Shalaby, S. A. H., Falatah, N., & El-Ammari, H. (2014). Impact of health education on knowledge of, attitude to and practice of breastfeeding among women attending primary health care centres in Almadinah Almunawwarah, Kingdom of Saudi Arabia: Controlled pre-post study. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, *9*(3), 187–193.

Hanson, L. A., Korotkova, M., Lundin, S., Haversen, L., Silfverdal, S. A., Mattsby-Baltzer, I., ... Telemo, E. (2003). The transfer of immunity from mother to child. *Ann N Y Acad Sci*, *987*, 199–206.

Helsing, E. (2008). Amning. Retrieved March 6, 2017, from <https://www.leksikon.org/art.php?n=66>

HPV Vaccine Info. (2014). Lægeforeningen: Sundhedsstyrelsen er ikke uafhængig. Retrieved May 21, 2017, from <http://hvp-vaccine-info.org/laegeforeningen-sundhedsstyrelsen-er-ikke-uafhaengig/>

- Hørmann, E. (2011). Litteratursøgning. In S. Glasdam (Ed.), *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område - indblik i videnskabelige metoder* (pp. 36–46). København K: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S.
- Høyer, K. (2013). Hvad er teori, og hvordan forholder teori sig til metode? In S. Vallgård & L. Koch (Eds.), *Forskningsmetoder i Folkesundhedsvidenskab* (4. udgave, pp. 17–43). Munksgaard.
- Illich, I. (1982). Medicalization and primary care. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 32(241), 463–470.
- Ip, S., Chung, M., Rama, G., Chew, P., Magula, N., DeVine, D., ... Lau, J. (2007). *Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Evidence report/technology assessment* (Vol. 153).
- Jensen, S. F. S. (1997). *Mellem håb og afmagt*. København: DSI - Institut for Sundhedsvæsen.
- Jensen, T. K., & Johnsen, T. J. (2001). Sundhedspædagogik og sund samtale. In *Sundhedsfremme i teori og praksis* (2. udgave). Aarhus C: Forlag Philosophia.
- Johansen, A., Krogh, C., Pant, S. W., & Holstein, B. E. (2016). *Amning. Temarapport og årsrapport. Børn født i 2014*. København K.
- Jordemoderforeningen. (2013). Samsovning - en anbefaling uden evidens? *Tidsskrift for Jordemødre*, (9).
- Juul, S. (2012). Hermeneutik. In *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori - En indføring* (pp. 107–148). København: Hans Reitzels Forlag.
- Juul, S. (2013). *Epidemiologi og evidens* (2. udgave). København: Munksgaard Danmark.
- Juul, S., & Pedersen, K. B. (2012). Videnskabsteoretiske retninger og projektarbejdet. In *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori - en indføring* (pp. 399–430). København: Hans Reitzels Forlag.
- Kleinman, A. (1981). *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Kronborg, H. (2006). *Tidligt ammeophør - kan det forebygges? Et forskningsprojekt i sundhedsplejens praksisfelt*. Aarhus.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Interview - introduktion til et håndværk* (2. udgave). København: Hans Reitzels Forlag.
- Launsø, L., Olsen, L., & Rieper, O. (2014). *Forskning om og med mennesker* (6. udgave).

København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

- Launsø, L., Olsen, L., & Riper, O. (2011). *Forskning om og med mennesker - Forsknings typer og forskningsmetoder i samfundsforskning* (6. udgave). København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Law, S. M., Dunn, O. M., Wallace, L. M., & Inch, S. A. (2007). Breastfeeding best start study: Training midwives in a “hands off” positioning and attachment intervention. *Maternal and Child Nutrition*, 3(3), 194–205.
- Lindhardt, C. L., & Kjeldsen, C. H. (2013). Amning. Retrieved February 20, 2017, from <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/boern/om-boern/det-nyfoedte-barn/amning/>
- Madsen, S. A. (2003). Fædrene i tilknytningsforskningen. *Psyke & Logos*, (24), 559–572.
- Maimburg, R. D. (2011). Det sammenhængende patientforløb - i graviditet og barselsperioden. *Tidsskrift for Jordemødre*, 5.
- Martens, P. J. (2000). Does breastfeeding education affect nursing staff beliefs, exclusive breastfeeding rates, and Baby-Friendly Hospital Initiative compliance? The experience of a small, rural Canadian hospital. *Journal of Human Lactation : Official Journal of International Lactation Consultant Association*, 16(4), 309–318.
- Martín-Iglesias, S., Del-Cura-González, I., Sanz-Cuesta, T., Arana-Cañedo_Argüelles, C., Rumayor-Zarzuelo, M., Álvarez-de la Riva, M., ... Cornejo-Gutiérrez, A. M. (2011). Effectiveness of an implementation strategy for a breastfeeding guideline in Primary Care: cluster randomised trial Susana. *BMC Family Practice*, 12(1), 144.
- Martin, R. M., Gunnell, D., Owen, C. G., & Smith, G. D. (2005). Breast-feeding and childhood cancer: A systematic review with metaanalysis. *International Journal of Cancer*, 117(6), 1020–1031.
- Martin, R. M., Middleton, N., Gunnell, D., Owen, C. G., & Smith, G. D. (2005). Breast-feeding and cancer: The Boyd Orr cohort and a systematic review with meta-analysis. *Journal of the National Cancer Institute*, 97(19), 1446–1457.
- Martinsen, B., & Norlyk, A. (2011). Tre kvalitative forskningstilgange. *Sygeplejersken*, 12(64–68).
- Mellin, P. S., Poplawski, D. T., & Gole, A. (2011). Breastfeeding Education Program, (April).
- Ministeriet for Børn, U. og L. (2013). *Ligebehandlingsnævnets afgørelse om køn - adgangsbegrænsning - ej medhold*. København: Retsinformation.
- Moher, D. (2009). PRISMA 2009 Checklist PRISMA 2009 Checklist. *PLoS Medicine*.

- National Institute for Health and Care Excellence. (n.d.). About. Retrieved May 21, 2017, from <https://www.nice.org.uk/about>
- Nilsson, I., Schack-Nielsen, L., & Jerris, T. (2013). *Amning - en håndbog for sundhedspersonale. Sundhedsstyrelsen* (3. udgave). København: Sundhedsstyrelsen.
- Nilsson, I., Strandberg-Larsen, K., Knight, C. H., Hansen, A. V., & Kronborg, H. (2017). Focused breastfeeding counselling improves short- and long-term success in an early-discharge setting: A cluster-randomized study. *Maternal & Child Nutrition*.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267.
- Olsen, H. (2006). *Guide til gode spørgeskemaer*. København.
- Region Hovedstaden. (2016). Spørgeskema om graviditet, fødsel og barsel. Retrieved April 12, 2017, from https://patientoplevelser.dk/files/dokumenter/filer/LUP_Foedende/2016/skema/spoergeskema-lupf-2016.pdf
- Region Midtjylland og de 19 kommuner. (2011). *Sundhedsaftalerne for 2011-2014*. Viborg.
- Region Midtjylland og de 19 kommuner. (2015). *Sundhedsaftaler 2015-2018*. Viborg.
- Region Midtjylland. (n.d.). Sundhedsaftalen 2015-2018. Retrieved April 20, 2017, from <http://www.sundhedsaftalen.rm.dk/om-sundhedsaftalen/>
- Region Midtjylland. (2012). *Fødeplan 2012 - Region Midtjyllands planer og visioner for svangreomsorgen*. Viborg.
- Rienecker, L., & Stray Jørgensen, P. (2014). *Den gode opgave: håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser*. (4. udgave). Frederiksberg C: Samfundslitteratur.
- Ringold, D. J. (2002). Boomerang Effects in Response to Public Health Interventions: Some unintended Consequences in the Alcoholic Beverage Market. *Journal of Consumer Policy*, 25, 27–63.
- Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeebhay, N., Horton, S., Lutter, C. K., Martines, J. C., ... Victora, C. G. (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*, 387, 491–504.
- Schack-Nielsen, L., & Michaelsen, K. F. (2007a). Amningens effekter I. *Ugeskrift for Læger*, 169, 985–989.
- Schack-Nielsen, L., & Michaelsen, K. F. (2007b). Amningens effekter II. *Ugeskrift for Læger*, 169,

989–993.

- Smale, M., Renfrew, M. J., Marshall, J. L., & Spiby, H. (2006). Turning policy into practice: More difficult than it seems. The case of breastfeeding education. *Maternal and Child Nutrition*, 2(2), 103–113.
- Sundheds- og Ældreministeriet. (2009). Bekendtgørelse om helbredsundersøgelse af gravide. Retrieved February 10, 2017, from <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=124498>
- Sundhedsdatastyrelsen. (n.d.). Første leveår. Retrieved February 23, 2017, from <http://esundhed.dk/sundhedsregistre/BDB/Sider/BDB02.aspx>
- Sundhedsdatastyrelsen. (2015). Genindlagte nyfødte. Retrieved February 8, 2017, from <http://esundhed.dk/sundhedsaktivitet/moba/Sider/mo>
- Sundhedsstyrelsen. (2011). *Status for regionernes og kommunernes tilbud til gravide og fødende med fokus på ambulante fødsler og tidlige udskrivelser*. København.
- Sundhedsstyrelsen. (2012). *Vedr. forslag til fødeplan for Region Midtjylland*. København.
- Sundhedsstyrelsen. (2013a). *Anbefalinger for svangreomsorgen 2013*. Sundhedsstyrelsen (2. udgave). København: Komiteen for Sundhedsoplysning.
- Sundhedsstyrelsen. (2013b). Nye anbefalinger om barselspleje. Retrieved March 3, 2017, from <https://www.sst.dk/da/nyheder/2013/nye-anbefalinger-om-barselspleje>
- Sundhedsstyrelsen. (2015a). *Ernæring til spædbørn og småbørn - en håndbog for sundhedspersonale* (2. udgave). København.
- Sundhedsstyrelsen. (2015b). *Monitorering af vækst hos 0-5-årige børn: vejledning til sundhedsplejersker og praktiserende læger*. København.
- Tanggard, L., & Brinkmann, S. (2015). Interviewet: Samtalen som forskningsmetode. In *Kvalitative metoder - en grundbog* (2. udgave, pp. 29–54). København: Hans Reitzels Forlag.
- Tarrant, M., Wu, K. M., Fong, D. Y. T., Lee, I. L. Y., Wong, E. M. Y., Sham, A., ... Dodgson, J. E. (2011). Impact of Baby-Friendly Hospital Practices on Breastfeeding in Hong Kong. *Birth*, The Joanna Briggs Institute. (2011). *Joanna Briggs Institute Reviewers Manual: 2011 edition*. Joanna Briggs Institute. Adelaide: The Joanna Briggs Institute.
- Thurman, S. E., & Allen, P. J. (2008). Integrating lactation consultants into primary health care services: Are Lactation Consultants Affecting Breastfeeding Success? *Pediatric Nursing*, 34(5), 419–425.
- Timm, H. (1997). At have en krop og at være en krop: om sundhedsfremme og

- sygdomsforebyggelse. *Grus*, 18(52), 24–36.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criterion for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus group. *International Journal of Qualitative in Health Care*, 19(6), 349–357.
- Vandenbroucke, J. P., von Elm, E., Altman, D. G., Gøtzsche, P. C., Mulrow, C. D., Pocock, S. J., ... Egger, M. (2007). Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE). *Epidemiology*, 18(6), 805–835.
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., Franca, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., ... Rollins, N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*, 387, 475–490.
- Whelan, B., McEvoy, S., Eldin, N., & Kearney, J. (2011). What primary health professionals need to promote breastfeeding. *Practice Nursing*, 22(1), 35–39.
- Winter, S. C., & Lehmann Nielsen, V. (2013). *Implementering af politik*. Aarhus: Hans Reitzels Forlag.
- World Health Organization. (n.d.). Baby-friendly Hospital Initiative. Retrieved from <http://www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/>
- Yin, R. K. (1984). Case study research: Design and methods. *SAGE Publications: Thousand Oaks, CA*.
- Aalborg Universitetsbibliotek. (n.d.). Databaser og udbydere. Retrieved March 29, 2017, from <http://www.aub.aau.dk/find-materiale/databaser>
- Aarhus Kommune. (2017). *Sundhedsplejen - et tilbud til småbørnsfamilier*.
- Aarhus Universitetshospital. (2017a). Kurser for gravide og familier i Aarhus kommune. Retrieved April 27, 2017, from <http://www.auh.dk/om-auh/afdelinger/kvindesygdomme-og-fodsler/graviditet-og-fodsler/gravidkurser/>
- Aarhus Universitetshospital. (2017b). Velkommen i Aarhus Jordemoderpraksis. Retrieved April 26, 2017, from <http://www.auh.dk/om-auh/afdelinger/kvindesygdomme-og-fodsler/graviditet-og-fodsler/graviditet/velkommen-i-aarhus-jordemoderpraksis/>

14. Bilag

| | | |
|----|---|-----|
| 1. | Søgebilag..... | 114 |
| 2. | Tjeklister og resultater..... | 122 |
| 3. | Interviewguide..... | 137 |
| 4. | Samtykkeerklæring..... | 148 |
| 5. | Transskriberingskriterier..... | 151 |
| 6. | Analyse af interviews ud fra analysestrategi..... | 152 |
| 7. | Referenceliste til bilag..... | 156 |

1. Søgebilag

Problemformulering

Følgende problemformulering skal søge at indfri specialets formål:

Hvordan kan organiseringen af sundhedsvæsenets tilbud omkring amning, med afsæt i "Den integrerede implementeringsmodel", bidrage til at imødegå den stigende tendens til tidligt ammeophør?

For at kunne udforme forandringsforlag ønskes det at opnå indsigt i lederes, sundhedsprofessionelles og nybagte mødres oplevelser og erfaringer med organiseringen af sundhedsvæsenets tilbud omkring amning, da disse er i direkte og daglige berøring med og påvirkning af tilbuddet. I indeværende speciale tages der udgangspunkt i Aarhus Kommunes tilbud omkring amning. Sammenkoblet med et systematiske litteraturstudie vil mulige forandringsforslag udarbejdes, som kan være med til at bidrage til at fremme amning.

Derved vil der være fokus på følgende forskningsspørgsmål i arbejdet med at belyse problemstillingen:

- 3. Hvilke oplevelser og erfaringer har ledere, sundhedsprofessionelle og nybagte mødre af organiseringen af Aarhus Kommunes tilbud omkring amning?*
- 4. Hvilke elementer kan ud fra ovenstående samt et systematisk litteraturstudie være med til at fremme amning i forhold til det nuværende tilbud i Aarhus Kommune?*

Søgespørgsmål til den systematiske litteratursøgning

Med afsæt i specialets problemformulering, udformes et søgespørgsmålet, der danner udgangspunkt for søgestrategien og som tilpasset de anvendte databaser (Børlum Kristensen & Sigmund, 2007). Søgespørgsmålet lød som følgende: *Hvordan kan sundhedsvæsenets tilbud være med til at fremme amning?*

For at skabe en detaljeret og præcis søgestrategi er søgeord, samt hvordan disse skal kombineres, blevet nedskrevet (Børlum Kristensen & Sigmund, 2007). For at opdele de forskellige facetter i søgespørgsmålet foretages en bloksøgning, hvor de forskellige facetter i søgningen inddeles i blokke, der kan udvides, indsnævres, fjernes eller der kan tilføjes endnu en blok til søgestrategien (Buus, Kristiansen, Tingleff, & Rossen, 2008). I indeværende speciale er bloksøgningen blev udarbejdet med inspiration fra PICO-model for at synliggøre facetterne i den systematiske søgning (The Joanna Briggs Institute, 2011). Nedenstående tabel viser en oversigt over facetterne til den systematiske søgning.

| Facet 1 (P: Problem) | Facet 2 (Co: Context) |
|----------------------|---------------------------|
| Amning | Sundhedsvæsenets struktur |

I PubMed blev der tilføjet en tredje blok; *change*, da søgning med to blokke resulterede i for mange hits. Således blev den tredje blok medtaget, I (Intervention), for at opnå en struktureret søgning.

Blokopsætning og anvendte søgetermer

I nedenstående tabeller vil blokopsætningen for hver database med anvendte søgetermer fremkomme.

PubMed

PubMed anvender MESH-termer som kontrollerede emneord.

| Blok 1: | Blok 2: | Blok 3: |
|----------------|---------|--------------------------|
| Breast feeding | Change | Health service structure |

| | | |
|---|--|--|
| <u>MeSH-termer</u> “Breast feeding” Lactation <u>Fritekst:</u> “Breast milk” “Exclusive Breastfeeding” | <u>Fritekst</u> “Change” | <u>MeSH-termer</u> “Health services administration” “Delivery of Health care” “Patient care management” “Primary Health Care” “Health planning organizations” “Organization and administration” “Health facility administration” “Patient Centered Care” |
| <u>Antal relevante hits</u> 71.955 | <u>Antal relevante hits</u> 912.287 | <u>Antal relevante hits</u> 2.935.995 |

Samlet antal ved kombination af Blok 1 AND Blok 3: 8742

Samlet antal ved kombination af Blok 1 AND Blok 2 AND Blok 3: 368

Søgning genereret den: 17.05.2017

PubMed søgestreng:

((((((((((("Health Services Administration"[Mesh]) OR "Delivery of Health Care"[Mesh]) OR "Patient Care Management"[Mesh]) OR "Primary Health Care"[Mesh]) OR "Health Planning Organizations"[Mesh]) OR ("Organization and Administration"[Mesh])) OR "Patient-Centered Care"[Mesh]) OR "Health Facility Administration"[Mesh])) AND (((("Breast Feeding"[Mesh]) OR "Lactation"[Mesh]) OR "exclusive breast feeding") OR "breast milk"))) AND change

Cochrane Library

Cochrane benytter MeSH-termer som kontrollerede emneord.

| Blok 1: | Blok 2: |
|------------------------------------|------------------------------------|
| Breast feeding | Health service struture |
| <u>MeSH-termer</u> | <u>MeSH-termer</u> |
| “Breast feeding” | “Health services administration” |
| Lactation | “Delivery of Health care” |
| <u>Fritekst</u> | “Patient care management” |
| “Breast milk” | “Primary Health Care” |
| “Exclusive Breastfeeding” | “Health planning organizations” |
| | “Organization and administration” |
| | “Patient-centered care” |
| <u>Antal relevante hits</u> | <u>Antal relevante hits</u> |
| 3.091 | 5.340 |

Samlet antal ved kombination af Blok 1 AND Blok 2: 17

Søgning genereret den: 11.05.2017

Cochrane søgestreng:

Søgestrengen fra Cochrane er gemt som dokumentation, da dennes opsætning ikke kan konverteres til Word.

Embase

Embase benytter entrees som kontrollerede emneord.

| Blok 1: | Blok 2: |
|------------------------------------|------------------------------------|
| Breast feeding | Health service structure |
| <u>Emtree</u> | <u>Emtree</u> |
| “Breast feeding” | “Health Service” |
| Lactation | “Health Care Delivery” |
| <u>Fritekst</u> | “Primary Health Care” |
| “Breast milk” | “Health Care Planning” |
| “Exclusive Breastfeeding” | “Patient Care Planning” |
| | “Organization and Management” |
| <u>Antal relevante hits</u> | <u>Antal relevante hits</u> |
| 63.381 | 203.186 |

Samlet antal ved kombination af Blok 1 AND Blok 2: 424

Søgning genereret den: 17.05.2017

Embase søgestreng:

Søgestrengen fra Embase er gemt som dokumentation, da dennes opsætning ikke kan konverteres til Word.

Cinahl

Cinahl benytter Cinahl Headings som kontrollerede emneord.

| Blok 1: | Blok 2: |
|----------------|--------------------------|
| Breast feeding | Health service structure |

| | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <u>Cinahl Headings</u> | <u>Cinahl Headings</u> |
| “Breast feeding” | “Health Services Administration” |
| Lactation | “Health Care Delivery” |
| | “Primary Health Care” |
| <u>Fritekst</u> | “Health facility administration” |
| “Breast milk” | “Patient Centered Care” |
| “Exclusive Breastfeeding” | |
| <u>Antal relevante hits</u> | <u>Antal relevante hits</u> |
| 15.134 | 82.388 |

Samlet antal ved kombination af Blok 1 AND Blok 2: 141

Søgning genereret den: 11.05.2017

Cinahl søgestreng:

Søgestrengen fra Cinahl er gemt som dokumentation, da dennes opsætning ikke kan konverteres til Word.

Blokopbygning i de anvendte databaser

Der er i hver af de anvendte databaser søgt på de to/tre blokke, der er opstillet. Der er søgt på både kontrollerede emneord samt fritekst i disse blokke. Der er anvendt kontrollerede emneord, når disse vurderes som dækkende. Derudover er søgningerne blevet suppleret med fritekst, når de kontrollerede emneord ikke var dækkende for den enkelte facet eller for at sikre tilstrækkelig bredde i søgningen. Fritekst søgning dækker over en ukontrolleret søgning, som dermed resulterer i mange hits. Blokkenes ord er kombineret ved at indsætte ”OR” i søgningen. Dernæst er de to/tre blokke, ved anvendelse af ”AND”, blevet kombineret for at indsnævre den systematiske litteratursøgning.

Begrundelse for valg af databaser

| Databaser | Begrundelse for valg |
|-----------------|---|
| PUBMED | PubMed er den største medicinske database inden for sundheds- og behandlingsområdet (Hørmann, 2011; Aalborg Universitetsbibliotek, n.d.). Anvendelsen af denne er med til at sikre en bred reference i litteratursøgningen. PubMed indeholder primært amerikanske studier. Denne database stiller krav til en vurdering af, om de studier der fremfindes på PubMed kan overføres til en dansk kontekst. |
| COCHRANE | Databasen består hovedsageligt af studier med lægevidenskabelige indhold af høj evidens samt et stort antal af systematiske reviews (Hørmann, 2011, pp. 36–46). Ved anvendelse af denne databasen sikres en høj evidens blande de fremsøgte studier. |
| EMBASE | Databasen består fortrinsvist af kvantitative studier inden for biomedicin, social videnskab og sygepleje. Databasen er medtaget, idet det er en af de største databaser inden for medicin. Samtidig består den af europæisk litteratur (Hørmann, 2011, pp. 36–46). Ved anvendelse af denne database sikres inddragelse af studier, der i højere grad findes overførbare til dansk kontekst. |
| CINAHL | Denne database indeholder sygeplejefaglige og biomedicinske studier (Cinahl, n.d.). Denne er medtaget, da det ønskes at se nærmere på opbygningen af sundhedsvæsenets struktur og findes derfor relevant at inddrage i søgningen. |

Kriterier for udvælgelse af relevant information

Udvælgelsen af relevante studier ud fra den systematiske litteratursøgning er foregået i flere faser. Disse faser og hver artikel er blevet vurderet af to projektmedlemmer.

1. Blokopbygning, identifikation af relevante emneord og fritekstord for at indkredse søgningen til at finde relevante studier.
2. Identifikation af relevante studier, i de tre udvalgte databaser.
3. Antal hits noteres som bestående af **950**. Disse er alle gennemgået på titel på baggrund af de opsatte in- og eksklusionskriterier. Irrelevante studier er blevet frasorteret. Derved er der fundet **143** studier.
4. Studiernes abstract er læst og vurderet på baggrund af de opsatte in- og eksklusionskriterier. I denne fase er **81** studier medtaget.
5. Studierne, som er medtaget på abstract, er blevet skimmet, **4** studier fjernes grundet duplikator, hvorfor **20** studier er medtaget til sluttelig vurdere, hvor de endelige studier der er relevante udvalgt ved gennemlæsning. Dette har i alt givet **12** studier til det systematiske litteraturstudie.
6. De udvalgte artikler er vurderet ud fra relevante tjeklister (Jf. bilag 3).

Dato og identifikation

Søgningen blev foretaget i maj 2017, Aalborg Universitet af:

Karen Emilie Skou

Karina Laura Hedegaard

Katrine Steen Jensen

2. Tjeklister og resultater

STROBE

TABLE 1. The STROBE statement—Checklist of Items That Should be Addressed in Reports of Observational Studies

| | Item Number | Recommendation |
|------------------------------|-------------|--|
| TITLE and ABSTRACT | 1 | (a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found |
| INTRODUCTION | | |
| Background/ rationale | 2 | Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported |
| Objectives | 3 | State specific objectives, including any prespecified hypotheses |
| METHODS | | |
| Study design | 4 | Present key elements of study design early in the paper |
| Setting | 5 | Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection |
| Participants | 6 | (a) <i>Cohort study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up <i>Case-control study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of case ascertainment and control selection. Give the rationale for the choice of cases and controls <i>Cross-sectional study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants (b) <i>Cohort study</i> —For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed <i>Case-control study</i> —For matched studies, give matching criteria and the number of controls per case |
| Variables | 7 | Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable |
| Data sources/ measurement | 8* | For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group |
| Bias | 9 | Describe any efforts to address potential sources of bias |
| Study size | 10 | Explain how the study size was arrived at |
| Quantitative variables | 11 | Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen, and why |
| Statistical methods | 12 | (a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions (c) Explain how missing data were addressed (d) <i>Cohort study</i> —If applicable, explain how loss to follow-up was addressed <i>Case-control study</i> —If applicable, explain how matching of cases and controls was addressed <i>Cross-sectional study</i> —If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy (e) Describe any sensitivity analyses |
| RESULTS | | |
| Participants | 13* | (a) Report the numbers of individuals at each stage of the study—eg, numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analyzed (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram |
| Descriptive data | 14* | (a) Give characteristics of study participants (eg, demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders (b) Indicate the number of participants with missing data for each variable of interest (c) <i>Cohort study</i> —Summarize follow-up time (eg, average and total amount) |
| Outcome data | 15* | <i>Cohort study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures over time <i>Case-control study</i> —Report numbers in each exposure category, or summary measures of exposure <i>Cross-sectional study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures |
| Main results | 16 | (a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg 95% confidence intervals). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included (b) Report category boundaries when continuous variables were categorised (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period |
| Other analyses | 17 | Report other analyses done—eg, analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses |
| Key results | 18 | Summarise key results with reference to study objectives |
| Limitations | 19 | Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias |
| Interpretation | 20 | Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence |
| Generalizability | 21 | Discuss the generalizability (external validity) of the study results |
| OTHER INFORMATION | | |
| Funding | 22 | Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based |

STROBE-tjeklisten anvendes til observationelle studier (Vandenbroucke et al., 2007) og benyttes på følgende studier: Mellin, Poplawski, & Gole, 2011, Martens, 2000, Gau, 2004, Bruce, Khan, & Olsen, 1991, Tarrant et al., 2011, Hanafi, Shalaby, Falatah, & El-Ammari, 2014 og Whelan, McEvoy, Eldin, & Kearney, 2011.

STROBE - Resultater

| Titel and abstract | Studie 2 af Mellin, Poplawski, & Gole, 2011 | Studie 3 af Martens, 2000 | Studie 5 af Gau, 2004 | Studie 6 af Bruce, Khan, & Olsen, 1991 | Studie 7 af Tarrant et al., 2011 | Studie 8 af Hanafi, Shalaby, Falatah, & El-Ammari, 2014 | Studie 12 af Whelan, McEvoy, Eldin, & Kearney, 2011 |
|---------------------|---|---------------------------|-----------------------|--|----------------------------------|---|---|
| 1a | J | N | J | N | J | J | N |
| 1b | J | J | J | J | J | J | J |
| Introduction | | | | | | | |
| 2 | J | J | J | J | J | J | J |
| 3 | J | J | J | J | J | J | J |
| Methods | | | | | | | |
| 4 | J | J | J | J | J | J | J |
| 5 | J | J | J | J | J | J | J |
| 6a | J | J | J | J | J | J | J |

| | | | | | | | |
|----------------|----|----|----|----|----|----|----|
| 6b | IR | IR | IR | IR | IR | IR | IR |
| 7 | J | N | N | J | N | J | J |
| 8* | J | J | N | N | N | N | N |
| 9 | N | N | N | N | N | N | N |
| 10 | J | J | J | J | J | J | J |
| 11 | J | J | J | J | J | J | J |
| 12a | J | J | J | N | J | J | N |
| 12b | N | N | N | N | N | N | N |
| 12c | N | N | N | N | N | N | N |
| 12d | N | N | N | N | N | N | N |
| 12e | N | N | N | N | N | N | N |
| Results | | | | | | | |
| 13a | J | J | J | J | J | J | J |
| 13b | N | N | N | N | N | N | N |

| | | | | | | | |
|-------------------|----|----|----|----|----|----|----|
| 13c | J | N | N | N | N | N | N |
| 14a | J | J | J | J | J | J | J |
| 14b | N | N | N | N | N | N | J |
| 14c | IR | IR | IR | IR | IR | IR | IR |
| 15 | N | J | J | J | J | J | J |
| 16a | N | N | J | N | N | J | N |
| 16b | N | N | N | N | N | N | N |
| 16c | N | N | N | N | N | N | N |
| 17 | N | N | N | N | J | N | N |
| Diskussion | | | | | | | |
| 18 | J | J | J | J | J | J | J |
| 19 | N | J | J | J | J | J | J |
| 20 | N | J | J | N | J | N | N |
| 21 | J | J | N | J | N | N | N |

Andre

22 N N J J J J N

Samlet **15/22** **17/22** **18/22** **16/22** **18/22** **18/22** **15/22**

PRISMA

| TITLE | | |
|------------------------------------|----|---|
| Title | 1 | Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both. |
| ABSTRACT | | |
| Structured summary | 2 | Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria, participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number. |
| INTRODUCTION | | |
| Rationale | 3 | Describe the rationale for the review in the context of what <u>is already known</u> . |
| Objectives | 4 | Provide an explicit statement of questions <u>being addressed</u> with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS). |
| METHODS | | |
| Protocol and registration | 5 | Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number. |
| Eligibility criteria | 6 | Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale. |
| Information sources | 7 | Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched. |
| Search | 8 | Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it <u>could be repeated</u> . |
| Study selection | 9 | State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis). |
| Data collection process | 10 | Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators. |
| Data items | 11 | List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made. |
| Risk of bias in individual studies | 12 | Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis. |
| Summary measures | 13 | State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means). |
| Synthesis of results | 14 | Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., I^2) for each meta-analysis. |

| Section/topic | # | Checklist item | Reported on page # |
|-------------------------------|----|--|--------------------|
| Risk of bias across studies | 15 | Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting within studies). | |
| Additional analyses | 16 | Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified. | |
| RESULTS | | | |
| Study selection | 17 | Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram. | |
| Study characteristics | 18 | For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations. | |
| Risk of bias within studies | 19 | Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome level assessment (see item 12). | |
| Results of individual studies | 20 | For all outcomes considered (benefits or harms), present, for each study: (a) simple summary data for each intervention group (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot. | |
| Synthesis of results | 21 | Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency. | |
| Risk of bias across studies | 22 | Present results of any assessment of risk of bias across studies (see Item 15). | |
| Additional analysis | 23 | Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression [see Item 16]). | |
| DISCUSSION | | | |
| Summary of evidence | 24 | Summarize the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (e.g., healthcare providers, users, and policy makers). | |
| Limitations | 25 | Discuss limitations at study and outcome level (e.g., risk of bias), and at review-level (e.g., incomplete retrieval of identified research, reporting bias). | |
| Conclusions | 26 | Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research. | |
| FUNDING | | | |
| Funding | 27 | Describe sources of funding for the systematic review and other support (e.g., supply of data), role of funders for the systematic review. | |

PRISMA-tjeklisten anvendes til systematiske reviews (Moher, 2009) og benyttes på følgende studier: Thurman & Allen, 2008 og Guise et al., 2003.

PRISMA - Resultater

| Titel | Studie 9 af Thurman & Allen, 2008) | Studie 10 af Guise et al., 2003 |
|---------------------|--|---------------------------------------|
| 1 | N | J |
| Abstract | | |
| 2 | J | J |
| Introduction | | |
| 3 | J | J |
| 4 | J | N |
| Methods | | |
| 5 | N | N |
| 6 | N | J |
| 7 | N | N |
| 8 | N | N |
| 9 | N | J |
| 10 | J | N |
| 11 | N | N |
| 12 | N | N |
| 13 | N | J |

| | | |
|-------------------|---|----|
| 14 | N | J |
| 15 | N | N |
| 16 | N | N |
| Results | | |
| 17 | N | J |
| 18 | J | N |
| 19 | N | N |
| 20 | N | J |
| 21 | N | N |
| 22 | N | N |
| 23 | N | J |
| Discussion | | |
| 24 | J | J |
| 25 | J | N |
| 26 | N | J |
| funding | | |
| 27 | N | J |
| Samlet | 7 | 13 |

CONSORT

| Section/Topic | Item No | Checklist item | Reported on page No |
|--|---|---|---------------------|
| Title and abstract | | | |
| | 1a | Identification as a randomised trial in the title | _____ |
| | 1b | Structured summary of trial design, methods, results, and conclusions (for specific guidance see CONSORT for abstracts) | _____ |
| Introduction | | | |
| Background and objectives | 2a | Scientific background and explanation of rationale | _____ |
| | 2b | Specific objectives or hypotheses | _____ |
| Methods | | | |
| Trial design | 3a | Description of trial design (such as parallel, factorial) including allocation ratio | _____ |
| | 3b | Important changes to methods after trial commencement (such as eligibility criteria), with reasons | _____ |
| Participants | 4a | Eligibility criteria for participants | _____ |
| | 4b | Settings and locations where the data were collected | _____ |
| Interventions | 5 | The interventions for each group with sufficient details to allow replication, including how and when they were actually administered | _____ |
| Outcomes | 6a | Completely defined pre-specified primary and secondary outcome measures, including how and when they were assessed | _____ |
| | 6b | Any changes to trial outcomes after the trial commenced, with reasons | _____ |
| Sample size | 7a | How sample size was determined | _____ |
| | 7b | When applicable, explanation of any interim analyses and stopping guidelines | _____ |
| Randomisation: | | | |
| Sequence generation | 8a | Method used to generate the random allocation sequence | _____ |
| | 8b | Type of randomisation; details of any restriction (such as blocking and block size) | _____ |
| Allocation concealment mechanism | 9 Mechanism used to implement the random allocation sequence (such as sequentially numbered containers), describing any steps taken to conceal the sequence until interventions were assigned | | _____ |
| | 10 | Who generated the random allocation sequence, who enrolled participants, and who assigned participants to interventions | _____ |
| Blinding | 11a | If done, who was blinded after assignment to interventions (for example, participants, care providers, those | _____ |
| <small>CONSORT 2010 checklist</small> | | | |
| <small>Page 1</small> | | | |
| | | assessing outcomes) and how | _____ |
| | 11b | If relevant, description of the similarity of interventions | _____ |
| Statistical methods | 12a | Statistical methods used to compare groups for primary and secondary outcomes | _____ |
| | 12b | Methods for additional analyses, such as subgroup analyses and adjusted analyses | _____ |
| Results | | | |
| Participant flow (a diagram is strongly recommended) | 13a | For each group, the numbers of participants who were randomly assigned, received intended treatment, and were analysed for the primary outcome | _____ |
| | 13b | For each group, losses and exclusions after randomisation, together with reasons | _____ |
| Recruitment | 14a | Dates defining the periods of recruitment and follow-up | _____ |
| | 14b | Why the trial ended or was stopped | _____ |
| Baseline data | 15 | A table showing baseline demographic and clinical characteristics for each group | _____ |
| Numbers analysed | 16 | For each group, number of participants (denominator) included in each analysis and whether the analysis was by original assigned groups | _____ |
| Outcomes and estimation | 17a | For each primary and secondary outcome, results for each group, and the estimated effect size and its precision (such as 95% confidence interval) | _____ |
| | 17b | For binary outcomes, presentation of both absolute and relative effect sizes is recommended | _____ |
| Ancillary analyses | 18 | Results of any other analyses performed, including subgroup analyses and adjusted analyses, distinguishing pre-specified from exploratory | _____ |
| Harms | 19 | All important harms or unintended effects in each group (for specific guidance see CONSORT for harms) | _____ |
| Discussion | | | |
| Limitations | 20 | Trial limitations, addressing sources of potential bias, imprecision, and, if relevant, multiplicity of analyses | _____ |
| Generalisability | 21 | Generalisability (external validity, applicability) of the trial findings | _____ |
| Interpretation | 22 | Interpretation consistent with results, balancing benefits and harms, and considering other relevant evidence | _____ |
| Other information | | | |
| Registration | 23 | Registration number and name of trial registry | _____ |
| Protocol | 24 | Where the full trial protocol can be accessed, if available | _____ |
| Funding | 25 | Sources of funding and other support (such as supply of drugs), role of funders | _____ |

CONSORT-tjeklisten anvendes til randomiseret kontrolleret studier (RCT) (Consort Statement, 2010) og benyttes til følgende studier: Law, Dunn, Wallace, & Inch, 2007 og Martín-Iglesias et al., 2011.

CONSORT - Resultater

| Titel and abstract | Studie 1 af Law, Dunn, Wallace, & Inch, 2007 | Studie 4 af Martín- Iglesias et al., 2011 |
|---------------------|--|--|
| 1a | N | J |
| 1b | J | J |
| Introduction | | |
| 2a | J | J |
| 2b | J | J |
| Methods | | |
| 3a | J | J |
| 3b | N | N |
| 4a | J | J |
| 4b | J | J |
| 5 | J | J |
| 6a | J | J |
| 6b | N | N |
| 7a | J | J |
| 7b | N | N |
| 8a | J | J |
| 8b | J | J |

| | | |
|----------------|---|---|
| 9 | N | N |
| 10 | N | N |
| 11a | J | J |
| 11b | N | N |
| 12a | J | J |
| 12b | J | N |
| Results | | |
| 13a | J | J |
| 13b | N | N |
| 14a | N | N |
| 14b | N | N |
| 15 | J | N |
| 16 | J | N |
| 17a | J | J |
| 17b | N | N |
| 18 | N | N |
| 19 | J | J |
| 20 | J | J |
| 21 | N | N |
| 22 | N | J |
| 23 | N | N |
| 24 | N | J |

| | | |
|------------------|--|----|
| 25 | J | J |
| Samlet 36 | 21 | 21 |
| Vurdering | middel, evt under middel pga. forvirringen omkring randomiseringen | |

COREQ

| Topic | Item No. | Guide Questions/Description | Reported on Page No. |
|--|----------|--|----------------------|
| Domain 1: Research team and reflexivity | | | |
| <i>Personal characteristics</i> | | | |
| Interviewer/facilitator | 1 | Which author/s conducted the interview or focus group? | |
| Credentials | 2 | What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD | |
| Occupation | 3 | What was their occupation at the time of the study? | |
| Gender | 4 | Was the researcher male or female? | |
| Experience and training | 5 | What experience or training did the researcher have? | |
| <i>Relationship with participants</i> | | | |
| Relationship established | 6 | Was a relationship established prior to study commencement? | |
| Participant knowledge of the interviewer | 7 | What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research | |
| Interviewer characteristics | 8 | What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic | |
| Domain 2: Study design | | | |
| <i>Theoretical framework</i> | | | |
| Methodological orientation and Theory | 9 | What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis | |
| <i>Participant selection</i> | | | |
| Sampling | 10 | How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball | |
| Method of approach | 11 | How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email | |
| Sample size | 12 | How many participants were in the study? | |
| Non-participation | 13 | How many people refused to participate or dropped out? Reasons? | |
| <i>Setting</i> | | | |
| Setting of data collection | 14 | Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace | |
| Presence of non-participants | 15 | Was anyone else present besides the participants and researchers? | |
| Description of sample | 16 | What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date | |
| <i>Data collection</i> | | | |
| Interview guide | 17 | Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested? | |
| Repeat interviews | 18 | Were repeat interviews carried out? If yes, how many? | |
| Audio/visual recording | 19 | Did the research use audio or visual recording to collect the data? | |
| Field notes | 20 | Were field notes made during and/or after the interview or focus group? | |
| Duration | 21 | What was the duration of the interviews or focus group? | |
| Data saturation | 22 | Was data saturation discussed? | |
| Transcripts returned | 23 | Were transcripts returned to participants for comment and/or | |

| Topic | Item No. | Guide Questions/Description | Reported on Page No. |
|--|----------|---|----------------------|
| | | correction? | |
| Domain 3: analysis and findings | | | |
| <i>Data analysis</i> | | | |
| Number of data coders | 24 | How many data coders coded the data? | |
| Description of the coding tree | 25 | Did authors provide a description of the coding tree? | |
| Derivation of themes | 26 | Were themes identified in advance or derived from the data? | |
| Software | 27 | What software, if applicable, was used to manage the data? | |
| Participant checking | 28 | Did participants provide feedback on the findings? | |
| <i>Reporting</i> | | | |
| Quotations presented | 29 | Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number | |
| Data and findings consistent | 30 | Was there consistency between the data presented and the findings? | |
| Clarity of major themes | 31 | Were major themes clearly presented in the findings? | |
| Clarity of minor themes | 32 | Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes? | |

COREQ-tjeklisten anvendes til kvalitative studier (Tong, Sainsbury, & Craig, 2007) og benyttes til følgende studie: Smale, Renfrew, Marshall, & Spiby, 2006.

COREQ - Resultater

| Domain 1: Research team and reflexivity | Studie 11 af Smale, Renfrew, Marshall, & Spiby, 2006 |
|--|---|
| 1 | J |
| 2 | J |
| 3 | N |
| 4 | J |
| 5 | N |
| 6 | J |
| 7 | N |
| 8 | N |
| Domain 2: Study design | |
| 9 | N |
| 10 | N |
| 11 | J |
| 12 | J |
| 13 | J |

| | |
|--|-----------|
| 14 | J |
| 15 | J |
| 16 | J |
| 17 | N |
| 18 | N |
| 19 | N |
| 20 | N |
| 21 | N |
| 22 | N |
| 23 | J |
| Domain 3: analysis and findings | |
| 24 | J |
| 25 | N |
| 26 | J |
| 27 | N |
| 28 | N |
| 29 | N |
| 30 | N |
| 31 | J |
| 32 | N |
| Samlet | |
| | 14 |

3. Interviewguide

Interviewguide – Leder

Briefing

Vi er interesseret i at få dine oplevelser, erfaringer og holdninger omhandlende amning og tilbuddet omkring amning i Aarhus Kommune. Igennem specialet vil vi gerne blive klogere på, hvordan Aarhus Kommunes tilbud omkring amning opleves af en ledende medarbejder, og bruge det til at finde ud af, om der er behov for kan ændre noget i tilbuddet for at sikre, at de nybagte mødre får den hjælp og støtte, fra de sundhedsprofessionelle, der er brug for til at amme.

Vi studerer Folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet, og det vil være mig, der stiller de fleste spørgsmål og min medstuderende, der stiller eventuelt opfølgende spørgsmål. Undervejs kan vi godt finde på at tage nogle notater, hvilket er tænkt som en hjælp til os selv i det videre arbejde. Det allervigtigste for os er, at du ved, at der ikke er nogle rigtige eller forkerte svar, og hvis du har spørgsmål eller er i tvivl om spørgsmålene undervejs skal du endelig bare bede os uddybe eller omformulere vores spørgsmål.

Vi har en samtykkeerklæring med, som vi i fællesskab gennemgår, inden vi starter; Det er frivilligt at deltage. Og du kan til enhver tid sige til, hvis du ikke ønsker at svare på spørgsmålene eller hvis du får sagt noget, som du ikke ønsker at vi ikke bruger, så kan du altid sige det, og så tager vi dele eller det hele ud af specialet. Du vil være anonym i form af, at du vil fremgå som en ledende medarbejder. Interviewet vil blive optaget på lyd og dette er for at hjælpe os, når vi skal bearbejde interviewet. Lydfilen vil blive slettet, når vi har forsvaret vores speciale i slutningen af juni 2017.

Har du nogle spørgsmål lige nu? Ellers så vil vi gå i gang, og husk endelig at sige til, hvis der er nogle spørgsmål, som du ikke synes giver mening.

| Tema | Analytisk spørgsmål | Uddybende spørgsmål |
|---|--|---|
| Briefing | | |
| Baggrundsinformationer om ledelsen | Hvem er ledelsen og deres funktion i forhold til amning? | Vil du starte med at fortælle lidt om dig selv? |

| | | |
|--|---|--|
| | | <i>Alder, uddannelsesbaggrund, jobfunktion, anciennitet</i> |
| Sundhedsstyrelsens anbefalinger | Hvad er ledelsens rolle, når der kommer nye anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen? | Hvordan forholder I jer som afdeling, når der kommer nye anbefalinger i forhold til amning eller organisering af barselstilbud fra Sundhedsstyrelsen? <i>Hvis disse skal implementeres, hvordan gør I så det? Af hvem?</i> |
| Retningslinjer | Hvordan udarbejdes der nye retningslinjer ift. amning? | Hvilken rolle har du i forhold til at kunne påvirke Aarhus Kommunes/Aarhus Universitetshospitals tilbud omkring amning? <i>Hvilken påvirkning kan du have på tilbuddet? Hvem har ellers indflydelse?</i> Hvordan understøtter du de sundhedsprofessionelles arbejde med amning? <i>Hvordan hjælpes de til at prioritere i deres arbejdsgange?</i> |
| Ledelsens vurdering af Aarhus Kommunes tilbud | Hvordan mener ledelsen, at tilbuddet kan optimeres? | Hvilke positive elementer ser du ved Aarhus Kommunes/Aarhus Universitetshospitals tilbud |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>omkring amning?</p> <p><i>Hvorfor? Kan du komme med et eksempel?</i></p> <p>Hvilke udfordringer ser du ved Aarhus Kommunes/Aarhus Universitetshospital tilbud omkring amning?</p> <p><i>Hvorfor? Af hvem skal det løses? Hvad er din rolle i dette? Kan du give et eksempel på en løsning? Hvem skal stå for det? Hvilke fagprofessionelle?</i></p> |
| Mulige konsekvenser ved ambulante fødsler/tidlig hjemsendelse | Hvilke konsekvenser ser ledelsen ved ambulante fødsler/tidlig udskrivelse? | <p>Hvilke positive og/eller negative konsekvenser ser du, der har været i forhold til ambulante fødsler/tidlig udskrivelse?</p> <p><i>Hvorfor? Af hvem skal det løses? Hvad er din rolle i dette? Kan du give et eksempel på en løsning? Hvem skal stå for det? Hvilke fagprofessionelle?</i></p> |
| Afrunding | Øvrige kommentarer | Har du noget du vil tilføje? |
| Debriefing | | |

Interviewguide – De sundhedsprofessionelle

Briefing

Vi er interesseret i at få sundhedsprofessionelles oplevelser, erfaringer og holdninger omhandlende amning og tilbuddet omkring amning i Aarhus Kommune. Igennem specialet vil vi gerne blive klogere på, hvordan Aarhus Kommunes tilbud omkring amning opleves af sundhedsprofessionelle, og bruge det til at finde ud af, om der er behov for kan ændre noget i tilbuddet, for at sikre, at de nybagte mødre får den hjælp og støtte, fra de sundhedsprofessionelle, der er brug for til at amme.

Vi studerer Folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet, og det vil være mig, der stiller de fleste spørgsmål og min medstuderende, der stiller eventuelt opfølgende spørgsmål. Undervejs kan vi godt finde på at tage nogle notater, hvilket er tænkt som en hjælp til os selv i det videre arbejde. Det allervigtigste for os er, at du ved, at der ikke er nogle rigtige eller forkerte svar, og hvis du har spørgsmål eller er i tvivl om spørgsmålene undervejs skal du endelig bare bede os uddybe eller omformulere vores spørgsmål.

Vi har en samtykkeerklæring med, som vi i fællesskab gennemgår, inden vi starter; Det er frivilligt at deltage. Og du kan til enhver tid sige til, hvis du ikke ønsker at svare på spørgsmålene eller hvis du får sagt noget, som du ikke ønsker at vi ikke bruger, så kan du altid sige det, og så tager vi dele eller det hele ud af specialet. Du vil være anonym, men din leder har kendskab til, at du deltager og ville eventuelle kunne genkende elementer i det skriftlige materiale. Interviewet vil blive optaget på lyd og dette er for at hjælpe os, når vi skal bearbejde interviewet. Lydfilen vil blive slettet, når vi har forsvaret vores speciale i slutningen af juni 2017.

Har du nogle spørgsmål lige nu? Ellers så vil vi gå i gang, og husk endelig at sige til, hvis der er nogle spørgsmål, som du ikke synes giver mening.

| Tema | Analytisk spørgsmål | Uddybende spørgsmål |
|---|---|--|
| Briefing | | |
| Baggrundsinformationer om sundhedsprofessionelle | Hvem er de sundhedsprofessionelle og deres funktion i forhold til amning? | Vil du starte med at fortælle lidt om dig selv? <i>Alder, uddannelsesbaggrund, jobfunktion, anciennitet</i> |

| | | |
|--|---|---|
| <p>Aarhus Kommunes tilbud om amning</p> | <p>Hvordan er de sundhedsprofessionelles rolle i Aarhus Kommunes tilbud omkring amning?</p> | <p>Kan du beskrive første gang, du har kontakt med de gravide/nybagte mødre, hvor amning indgår?</p> <p><i>Hvornår i graviditeten?</i></p> <p><i>Hvordan informeres der om amning? Hvordan hjælper og støtter du gravide og nybagte mødre i forhold til amning?</i></p> <p><i>Hvordan prioriterer du amning i forhold til den andre elementer, som du gennemgår med de nybagte mødre? Kan du komme med et eksempel på en sådan situation? Hvordan foregår sådan en situation?</i></p> <p>Andet, tredje, fjerde møde osv.?</p> <p>Hvor meget fylder amning i din faglige praksis?</p> <p><i>Hvordan?</i></p> |
| <p>Oplevelse af de gravide og</p> | <p>Hvordan oplever de</p> | <p>Hvordan oplever du, at de</p> |

| | | |
|---|---|---|
| nybagte mødres interesse for amning | sundhedsprofessionelle, at tilbuddet i Aarhus Kommune omkring amning modtages af de gravide og nybagte mødre? | gravide/nybagte mødre tager imod tilbuddet omkring amning i Aarhus Kommune? <i>Bliver den/de modtaget ens? Vil du prøve at beskrive det?</i> |
| Viden, støtte og hjælp omkring amning | Hvordan oplever de sundhedsprofessionelle, at de gravide og de nybagte mødre er forberedt på amning og har den fornødne hjælp til amning? | Hvordan oplever du, at de gravide/nybagte mødre er forberedte på at amme? <i>Hvorfor? Hvordan? Hvilke udfordringer oplever du, at de nybagte mødre især har i forhold til amning? Hvorledes er dine muligheder, som professionel, for at hjælpe dem med disse?</i> |
| Den sundhedsprofessionelles vurdering af sundhedsvæsenets tilbud | Hvilke mulige forandringer oplever de sundhedsprofessioneller, at gravide og nybagte mødre ønsker for at lykkes med den initieret amning? | Hvad har du brug for, for at kunne støtte og hjælpe de nybagte mødre/forældre endnu mere, så færre opgiver amning på et tidligt tidspunkt? <i>Hvorfor? Kan du give et eksempel på en løsning? Hvem skal stå for det? Hvilke fagprofessionelle?</i> |
| Afrunding | Øvrige kommentarer | Har du noget du vil tilføje? |
| Debriefing | | |

Interviewguide – De nybagte mødre

Briefing

Vi er interesseret i at få nybagte mødres oplevelser, erfaringer og holdninger omhandlende amning og tilbuddet omkring amning i Aarhus Kommune. Igennem specialet vil vi gerne blive klogere på, hvordan Aarhus Kommunes tilbud omkring amning opleves af nybagte mødre, og bruge det til at finde ud af, om der er behov for kan ændre noget i tilbuddet, for at sikre, at I får den hjælp og støtte, fra de sundhedsprofessionelle, der er brug for til at amme.

Vi studerer Folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet, og det vil være mig, der stiller de fleste spørgsmål og min medstuderende, der stiller eventuelt opfølgende spørgsmål. Undervejs kan vi godt finde på at tage nogle notater, hvilket er tænkt som en hjælp til os selv i det videre arbejde. Det allervigtigste for os er, at du ved, at der ikke er nogle rigtige eller forkerte svar, og hvis du har spørgsmål eller er i tvivl om spørgsmålene undervejs skal du endelig bare bede os uddybe eller omformulere vores spørgsmål.

Vi har en samtykkeerklæring med, som vi i fællesskab gennemgår, inden vi starter; Det er frivilligt at deltage. Og du kan til enhver tid sige til, hvis du ikke ønsker at svare på spørgsmålene eller hvis du får sagt noget, som du ikke ønsker at vi ikke bruger, så kan du altid sige det, og så tager vi dele eller det hele ud af specialet. Du vil være anonym, og ingen ville kunne genkende dig i det skriftlige materiale. Interviewet vil blive optaget på lyd og dette er for at hjælpe os, når vi skal bearbejde interviewet. Lydfilen vil blive slettet, når vi har forsvaret vores speciale i slutningen af juni 2017.

Har du nogle spørgsmål lige nu? Ellers så vil vi gå i gang, og husk endelig at sige til, hvis der er nogle spørgsmål, som du ikke synes giver mening.

| Tema | Analytisk spørgsmål | Uddybende spørgsmål |
|---|---|---|
| Briefing | | |
| Baggrundsinformationer om de nybagte mødre | Karakterisering af, hvem de nybagte mødre i undersøgelsen er? | Vil du starte med at fortælle lidt om dig selv? <i>Alder, hvor kommer du fra, uddannelsesbaggrund/job,</i> |

| | | |
|---------------------------------|--|---|
| | | <p><i>hvornår er du blevet mor, er det dit første barn, har du født på Aarhus Universitetshospital?</i></p> |
| Forberedelse til amning | Hvordan forbereder de nybagte mødre sig til amning? | <p>Hvilke tanker gjorde du dig omkring amning i graviditeten?</p> <p><i>Hvorfor tror du, at du havde disse tanker? Hvad fik dig til at tænke dette?</i></p> <p><i>Har du selv gjort noget for at søge information om amning? Hvordan, hvorfor, hvorhenne?</i></p> |
| Første amning | Hvordan er de nybagte mødres oplevelse af deres første amning? | <p>Vil du fortælle om, da dit barn blev lagt til for første gang?</p> <p><i>Hvem var tilstede ved første amning? Hvordan forløb det? Fandt barnet selv til brystet eller fik det hjælp til at komme til brystet?</i></p> |
| Amningen inden hjemkomst | Hvordan oplever de nybagte mødre amning på sygehuset? | <p>Vil du fortælle om de efterfølgende amninger på sygehuset?</p> <p><i>Hvordan var dine oplevelser af adgangen til hjælp. Hvordan var det at få hjælp? Hvilke oplevelser oplevede du</i></p> |

| | | |
|---------------------------------|--|---|
| | | <p><i>(amning og tolkning af barnets signaler)</i></p> <p><i>Hvordan var det at amme?</i></p> |
| Amningen efter hjemkomst | Hvordan oplever de nybagte mødre amning i hjemmet? | <p>Hvordan oplevede du amning, efter du kom hjem?</p> <p><i>Kan du beskrive amningen efter du kom hjem? Kan du give et eksempel? Har du haft udfordringer med amningen efter du er kommet hjem? Hvilke og hvordan har du løst disse udfordringer, hvis de er blevet løst?</i></p> <p>Har du haft kontakt med jordemødre eller sundhedsplejersker, efter du er kommet hjem, hvor det har handlet om amning?</p> <p><i>Kan du beskrive, hvad det handlede om? Hvem tog kontakten? Hvorfor? Hvad talte i om under jeres kontakt? Oplever du, at du har adgang til den hjælp du har behov for? Kan du beskrive den hjælp du har haft behov? Hvem har du haft brug for? Og hvordan og hvilken hjælp har du haft brug</i></p> |

| | | |
|---|---|---|
| | | <i>for?</i> |
| Nuværende oplevelser ifb. med amning | Hvordan er de nybagte mødres nuværende oplevelse af amning? | <p>Hvordan går det med din amning nu?</p> <p><i>Hvordan kunne situationen have været lettere? Hvilke gode oplevelser kan du beskrive? Fra graviditeten, fødslen og barslen.</i></p> <p>Hvilke gode råd vil du give andre, baseret på dine egne erfaringer med at amme?</p> <p><i>Hvilke erfaringer ville du lægge vægt på? Hvorfor?</i></p> |
| Ønsker | Hvilke mulige forandringer ønsker de nybagte mødre? | <p>Hvad har du oplevet som den største hjælp, hvis du har været usikker på noget?</p> <p><i>Fik du den hjælp og information, der var nødvendig for dig? Hvad kunne der gøres for at det blev endnu bedre? Overvejelser om, hvordan situationen kunne have været lettere.</i></p> |

| | | |
|-------------------|--------------------|--|
| | | <i>Kunne du ønske dig, at Aarhus Kommunes tilbud kunne være anderledes?</i> <i>Hvorfor, hvordan</i> |
| Afrunding | Øvrige kommentarer | Har du noget du vil tilføje? |
| Debriefing | | |

4. Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring - Leder

Hermed gives mit samtykke til at deltage i et interview som omhandler Aarhus Kommunes tilbud omkring amning for at kunne være med til at ændre i tilbuddet, således at nybagte mødre oplever at modtage den støtte og hjælp, som de har behov for. Som en del af dette er specialegruppen interesseret i at få ledelsens oplevelser, erfaringer og holdninger omhandlende amning og Aarhus Kommunes tilbud omkring amning.

Jeg er informeret og indforstået med at:

- Det er frivilligt at deltage i interviewet.
- Jeg til enhver tid kan meddele, at jeg ønsker at udgå af undersøgelsen og derved trække dit udsagn og samtykkeerklæringen tilbage.
- Det indsamlede data vil danne grundlag for vores speciale, og denne vil indgå i Aalborg Universitets projektarkiv.
- Interviewet optages på lyd, og at det optagede materiale kun er tilgængeligt for specialegruppens medlemmer og bliver destrueret, når gruppens specialeforsvar er afviklet ultimo juni 2017

Dato _____

Informants underskrift _____

Dato _____

Interviewers underskrift _____

Samtykkeerklæring – De sundhedsprofessionelle

Hermed gives mit samtykke til at deltage i et interview som omhandler Aarhus Kommunes tilbud omkring amning for at kunne være med til at ændre i tilbuddet, således at nybagte mødre oplever at modtage den støtte og hjælp, som de har behov for. Som en del af dette er specialegruppen interesseret i at få de sundhedsprofessionelles oplevelser, erfaringer og holdninger omhandlende amning og Aarhus Kommunes tilbud omkring amning.

Jeg er informeret og indforstået med at:

- Det er frivilligt at deltage i interviewet.
- Jeg til enhver tid kan meddele, at jeg ønsker at udgå af undersøgelsen og derved trække dit udsagn og samtykkeerklæringen tilbage.
- Jeg fremstår som anonym i den videre databearbejdning og derfor ikke kan genkendes – dog har ledelsen kendskab til min deltagelse.
- Det indsamlede data vil danne grundlag for vores speciale, og denne vil indgå i Aalborg Universitets projektarkiv.
- Interviewet optages på lyd, og at det optagede materiale kun er tilgængeligt for specialegruppens medlemmer og bliver destrueret, når gruppens specialeforsvar er afviklet ultimo juni 2017.

Dato _____

Informants underskrift _____

Dato _____

Interviewers underskrift _____

Samtykkeerklæring – De nybagte mødre

Hermed gives mit samtykke til at deltage i et interview som omhandler Aarhus Kommunes tilbud omkring amning for at kunne være med til at ændre i tilbuddet, således at nybagte mødre oplever at modtage den støtte og hjælp, som de har behov for. Som en del af dette er specialegruppen interesseret i at få de nybagte mødres oplevelser, erfaringer og holdninger omhandlende amning og Aarhus Kommunes tilbud omkring amning.

Jeg er informeret og indforstået med at:

- Det er frivilligt at deltage i interviewet.
- Jeg til enhver tid kan meddele, at jeg ønsker at udgå af undersøgelsen og derved trække dit udsagn og samtykkeerklæringen tilbage.
- Jeg fremstår som anonym i den videre databearbejdning og derfor ikke kan genkendes.
- Det indsamlede data vil danne grundlag for vores speciale, og denne vil indgå i Aalborg Universitets projektarkiv.
- Interviewet optages på lyd, og at det optagede materiale kun er tilgængeligt for specialegruppens medlemmer og bliver destrueret, når gruppens specialeforsvar er afviklet ultimo juni 2017

Dato_____

Informants underskrift_____

Dato_____

Interviewers underskrift_____

5. Transskriberingskriterier

Transskriptionsguide

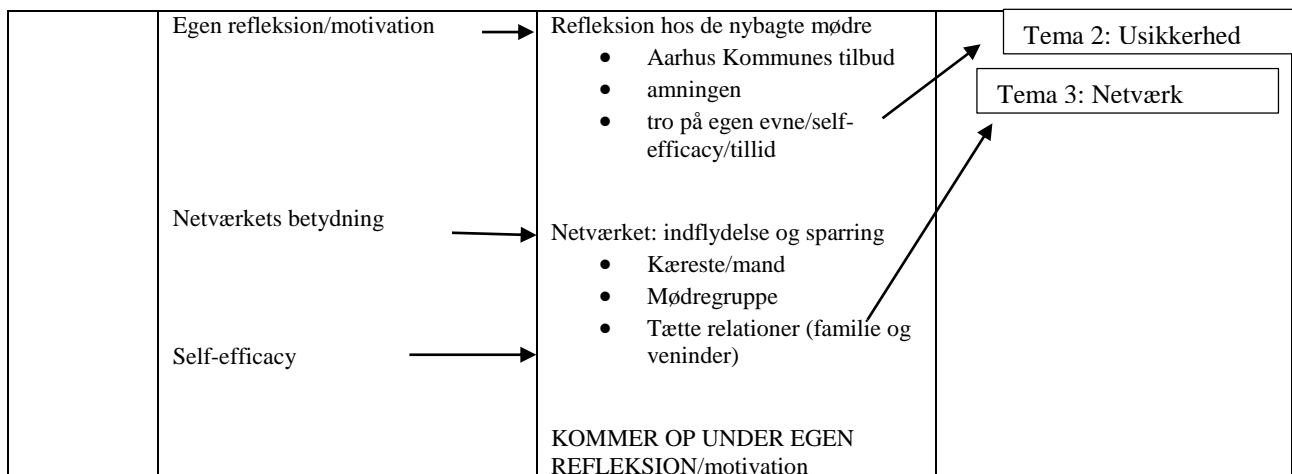
Nedenstående kriterier blev anvendt under transskriberingen af de afholdte interviews.

| | |
|---------------------------------|--|
| Tekst ikke relevant for analyse | [...] |
| Talepause | (Pause) |
| Uklar tale | (?) |
| Udtrykt stemning | (Stemning i form af eksempelvis suk, latter eller øh skrives med <i>kursiv</i>) |
| Interviewer | I |
| Observatør/referent | Co-I |
| Informanterne | Tildeles individuelle koder |
| Betoning | <u>Understregning</u> indikerer en form for betoning, via øget stemmeleje |
| Ufærdig sætning | (!) |

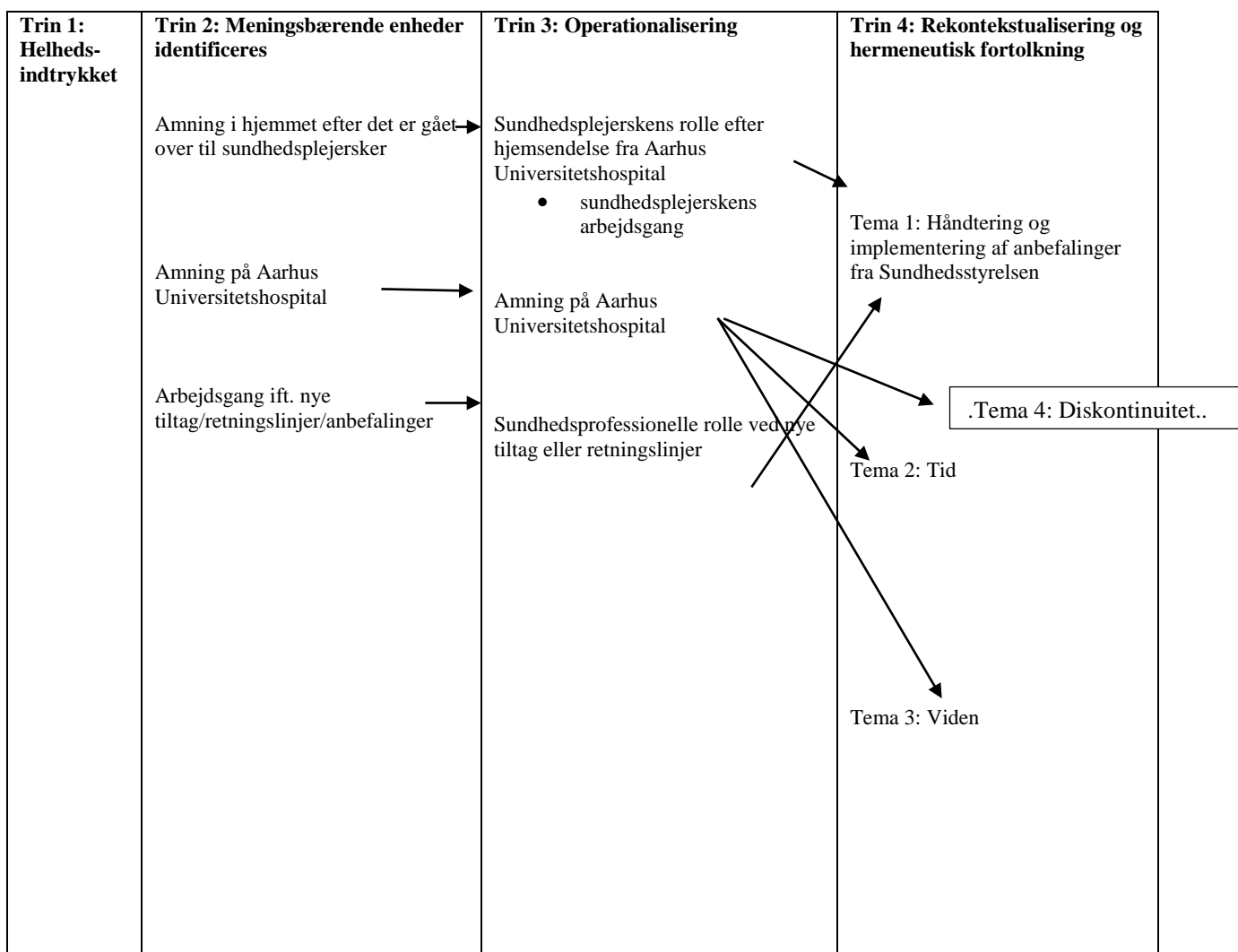
6. Analyse af interviews ud fra analysestrategi

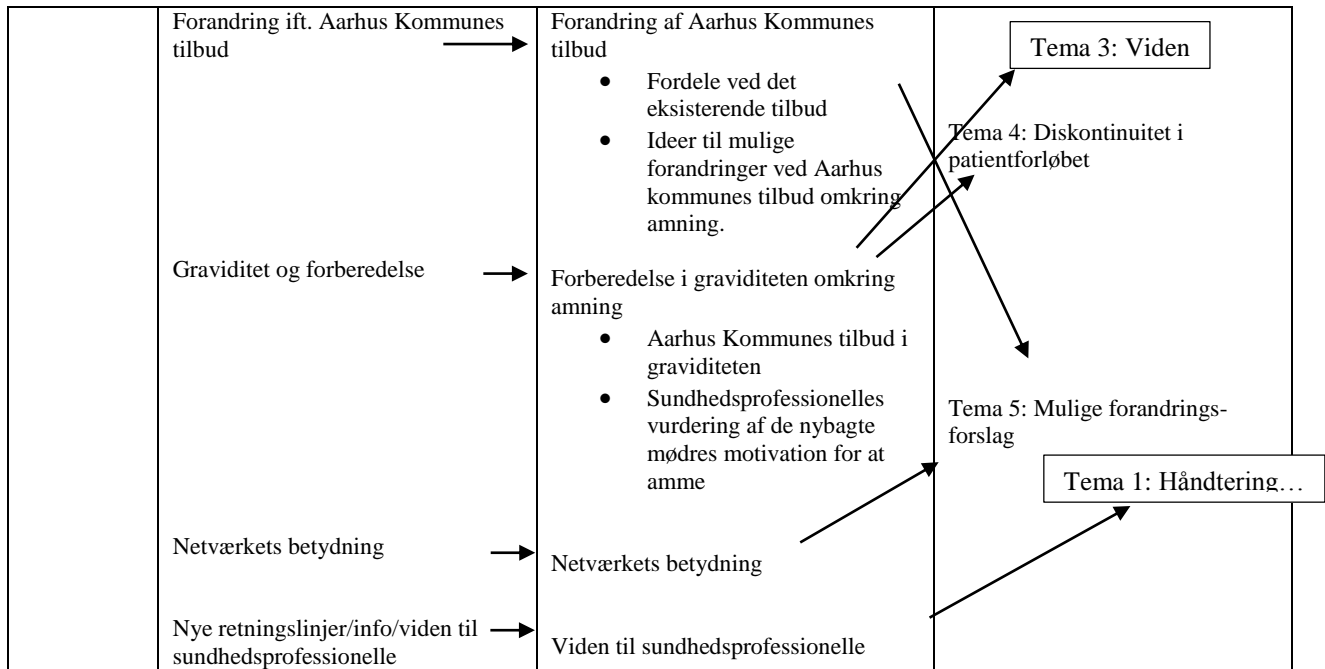
De nybagte mødre

| Trin 1: Helhedsindtrykket | Trin 2: Meningsbærende enheder identificeres | Trin 3: Operationalisering | Trin 4: Rekontekstualisering og hermeneutisk fortolkning |
|---------------------------|--|--|--|
| | Graviditet/forberedelse/tanker omkring amning | Forberedelse og tanker i graviditeten omkring amning <ul style="list-style-type: none"> • De nybagte mødres motivation for at amme • Aarhus Kommunes tilbud – hvad har de nybagte mødre taget imod af tilbud • Har de nybagte mødre gjort yderligere for at forberede sig på amning | Tema 1: Graviditet |
| | Amning på Aarhus Universitetshospital under indlæggelse | Amning på Aarhus Universitetshospital <ul style="list-style-type: none"> • Proceduren/tilbuddet • Positive oplevelser • Udfordringer og vanskeligheder | Tema 2: Usikkerhed |
| | Amning på egne ben | Amning på egen hånd <ul style="list-style-type: none"> • Elementer, der gør at amningen lykkes. • udfordringer herunder håndtering af disse | Tema 3: Netværk |
| | Amning i hjemmet efter det er gået over til sundhedsplejersker | Sundhedsplejerskens rolle efter hjemsendelse fra Aarhus Universitetshospital <ul style="list-style-type: none"> • Aarhus Kommunes tilbud til nybagte mødre • Mødrenes oplevelser af sundhedsplejerskens rolle | Tema 4: Hjælp som en tryghed for vellykket amning |
| | Forandring ift. Aarhus Kommunes tilbud | Forandring af Aarhus Kommunes tilbud <ul style="list-style-type: none"> • Fordele ved det eksisterende tilbud • Ideer til mulige forandringer ved Aarhus kommunes tilbud omkring amning. | Tema 5: Mulige forandringsforslag |



Den ledende sundhedsplejerske og de sundhedsprofessionelle





7. Referenceliste til bilag

Buus, N., Kristiansen, H. M., Tingleff, E. B., & Rossen, C. B. (2008). Litteratursøgning i praksis. *Sygeplejersken*, 10, 2–8.

Børlum Kristensen, F., & Sigmund, H. (2007). Litteratursøgning. In *Metodehåndbog for medicinsk teknologivurdering* (2. udgave, pp. 49–58). København: Sundhedsstyrelsen, Enhed for Medicinsk Teknologivurdering.

Cinahl. (n.d.). CINAHL Database. Retrieved April 10, 2017, from <https://health.ebsco.com/products/the-cinahl-database>

Consort Statement. (2010). CONSORT 2010 checklist of information to include when reporting a randomised trial, 1–2.

Hørmann, E. (2011). Litteratursøgning. In S. Glasdam (Ed.), *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område - indblik i videnskabelige metoder* (pp. 36–46). København K: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S.

Moher, D. (2009). PRISMA 2009 Checklist PRISMA 2009 Checklist. *PLoS Medicine*.

The Joanna Briggs Institute. (2011). *Joanna Briggs Institute Reviewers Manual: 2011 edition*. Joanna Briggs Institute. Adelaide: The Joanna Briggs Institute.

Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criterio for reporting qualitative research (COREQ): a 32- item checklist for interviews and focus group. *International Journal of Qualitative in Health Care*, 19(6), 349–357.

Vandenbroucke, J. P., von Elm, E., Altman, D. G., Gøtzsche, P. C., Mulrow, C. D., Pocock, S. J., ... Egger, M. (2007). Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE). *Epidemiology*, 18(6), 805–835.

Aalborg Universitetsbibliotek. (n.d.). Databaser og udbydere. Retrieved March 29, 2017, from <http://www.aub.aau.dk/find-materiale/databaser>