



Masteroppgave

ADM750 Samfunnsendring, organisasjon og ledelse

Velferdspolitik i revers?

Førstegangsmødres ammereise i spenningsfeltet mellom offentlig ansvar, frivillighet og hverdagsliv.

Trine Elde Pedersen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 113

Molde, 16.11.2020



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i URKUND, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer: 446402

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 30

Veileder: Turid Aarseth

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Dato: 16.11.2020

Jeg er heldig.

Heldig fordi jeg har vært omkranset av et kunnskapsrikt akademia med dyktige forelesere – preget av et nært, trygt og sosialt miljø. Høgskolen i Molde er unik på alle mulige måter, og jeg ser tilbake på studietiden på både bachelor- og masternivå med et stort smil. Det er vemodig at studietiden nå er over! En stor takk til alle som har gjort hele studieperioden min til en sann glede, det gjelder både forelese, medstudenter – og alle dere imellom.

Jeg er heldig i den forstand at jeg har hatt to fremragende veiledere i arbeidet med masteroppgaven. Guro Wisth Øydgard og Turid Aarseth – dere er to store forbilder og inspirasjonskilder. Fagkompetansen og veiledningsevnen dere innehar har vært uvurderlig, og dere har videreformidlet og lært bort store mengder teoretiske innsikter og praktiske ferdigheter. Tusen takk for at dere har stilt opp og vært tilgjengelig, og kommet med nyttige og lærerike tilbakemeldinger. Institusjonene dere er tilknyttet er heldige som har slike engasjerte og ressurssterke akademikere, henholdsvis Nord Universitet (Guro) og Høgskolen i Molde (Turid). Jeg bøyer meg i støvet for dere!

Jeg føler meg og heldig som fikk mulighet til å studere førstegangsmødre - en stor takk til mødrene som delte raust om ammereisene sine.

Kjære gode venn - Camilla. Jeg er heldig som har deg i livet mitt. Takk for motivasjon, og for at du alltid tror på meg og heier meg frem. Takk for at du er du!

Sist, men viktigst; jeg er heldig som er mor til en fantastisk gutt - Odin Jakob.

Jeg er stolt av deg og elsker deg, lille venn!

Molde, 16. November 2020

Trine Elde Pedersen

ALLE ER MER ENN DU SER

Forord – om egen motivasjon for studien

I 2019 ble det født 54 495 barn i Norge, og amming anbefales som hovednæring (fullamming) frem til barn er 6 måneder gamle om mor og barn trives med det (Helsenorge, 2017; SSB, 2020). Viktigheten av amming påpekes av både Verdens helseorganisasjon (WHO) og Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2014b; WHO, 2020). Norske myndigheter anbefaler at barnet ammes i minst hele første leveår, WHO anbefaler en lengre ammeperiode; minst to år.

Fordelene med amming er flere, sett ut fra både et mikro- og makroperspektiv. Blant annet har barn som ammes lavere risiko for å utvikle mage- og tarminfeksjoner, diabetes og overvekt i barne- og ungdomsårene (Helsedirektoratet, 2014b). For mødre som ammer, er det særlig redusert risiko for å utvikle brystkreft, kreft i eggstokker samt diabetes type 2. I et større makro- og mesoperspektiv kan amming føre til reduserte kostnader for samfunnet, i lys av sunnere folkehelse og mindre press på og bruk av helsetjenester (Helsedirektoratet, 2018; León-Cava, 2002). I tillegg ser en miljømessige fordeler, blant annet fordi amming fører til «zero waste» (Naomi Joffe, 2019).

Helse- og velferd har alltid fanget interessen min, og både på bachelorutdannelsen på Høgskolen i Molde samt underveis i masterprogrammet har jeg alltid kvasset ørene når det har vært snakk om teori, fag eller andre diskurser som har omhandlet helse- og velferd i stort som smått. Selve interessen for amming og ammehjelp startet da jeg selv opplevde som nybakt mor å støte på utfordringer omkring ammingen. Amming som virket så lite og enkelt, ble brått voldsomt og så stort! Og mulighetene for å få hjelp viste seg å være mange, og for min egen del ble ymse ammehjelp redningen for at jeg endte opp med å amme hver dag over en lang periode.

Ofte i undervisning og i faglitteraturen jeg møtte i studietiden på Høgskolen i Molde, undret jeg meg på om vi var på vei tilbake i historien, hvor de uformelle aspektene spilte vel så stor rolle i ivaretagelsen av ulike velferdsoppgaver. Etter å ha blitt presentert for *institusjonell etnografi* (Smith, 2005) og sett hvordan metoden gjøres i praksis (Widerberg, 2015; Øydgard, 2018), så jeg muligheten til å inkorporere en slik velferds- og helseundersøkelse til utdannelsen min, og samtidig gjøre den relevant innenfor studieprogrammet Master i samfunnsendring, organisasjon og ledelse. Med inspirasjon fra institusjonell etnografi, har jeg gjort en studie i et krysningsfelt mellom organisasjonsstudier og sosiologi, og fokuserer

på ulike (hverdags)strukturer som er med på å muliggjøre eller vanskeliggjøre både mors eget ammeønske - men og etter de anbefalinger som rår (Helsedirektoratet, 2014b). Studiens fokusområde er på ulike sentrale aspekt som er med på å forme, påvirke og opprettholde ulik atferd hos førstegangsmødre som har hatt behov for ammehjelp.

God lesing!

Sammendrag

Den foreliggende oppgaven utforsker amnehjelp i et institusjonelt etnografisk perspektiv. Studien har et helhetlig fokus på hvordan amnehjelp gjøres, noe som inkluderer både det offentlige, frivillige og uformelle kanaler og nettverk. Begrepet «ammereise» blir brukt om førstegangsmødres erfaringer og studien søker kunnskap om hvilke forhold som har betydning for denne reisen. Med grunnlag i et kvalitativt design inspirert av institusjonell etnografi, har 8 førstegangsmødre blitt intervjuet. Ulike tekster er inkludert for å se etter institusjonelle praksiser som er med på å påvirke mødrenes erfaringer. Ved hjelp av en salutogen modell har mødrenes egenskaper blitt studert for å øke forståelsen over faktorer og ressurser som kan være med på å begrense eller styrke mødrenes selvtillit og mestringsevne i møte med amneutfordringer.

Et sentralt funn i studien, er den betydningen uformelle nettverk har for mødrene. Dette gjelder både før og etter fødsel. Nære, uformelle relasjoner viser seg å være avgjørende for de fleste som omfattes av denne studien for å overkomme amneutfordringer. Slike nettverk har innehatt høy grad av erfaringsutveksling, åpenhet og vært kjennetegnet av en støttende kultur. Slik uformell amnehjelp og støtte må antas å ha en karakter som ikke nødvendigvis kan erstattes av formell, offentlig hjelp. Den frivillige organisasjonen Amnehjelpen har vært sentral for alle informanter i denne studien, både i form av amnehjelp men og i å bygge opp under mødrenes selvtillit og mestringsevne.

Når det gjelder det offentlige ansvar, savner førstegangsmødre informasjon om amming både underveis i svangerskapet, samt i tiden etter fødsel. Dette gjelder både i situasjoner i spesialisthelsetjenesten (på sykehuset), men og i primærhelsetjenesten (helsestasjon og fastlege). Misnøyen har i stor grad omhandlet manglende systematikk, støtte og veiledning. Helsepersonell både før og etter fødsel ser ut for å bli styrt av styringsrelasjoner (tekster) som objektiverer førstegangsmødre i en institusjonell forståelse hvor man ikke inkluderer og tar inn over seg mødrenes kontekst – deres hverdagsliv. Dette ser ut for å påvirke mødrenes selvtillit negativt. Det savnes og mer ærlighet fra det offentlige omkring hvordan det faktiske ammeliv kan arte seg. Flere ønsket i tillegg mer kunnskap og støtte fra fastleger både før og etter fødsel. Det totale bildet av studien, viser til at det foreligger en rekke spenninger i hva som skal være et offentlig og frivillig ansvar. Slike spenninger kommer og til syne ved at ansvaret for helhetlig hjelp i stor grad hviler på mødrene selv, og deres evne og kapasitet til å omsette og anvende informasjon og muligheter for hjelp.

Innhold

1.0	Introduksjon og problemstilling	1
2.0	Teori	5
2.1	Institusjonell etnografi.....	5
2.1.1	Tekster.....	7
2.1.2	Diskurser	8
2.1.3	Kart.....	9
2.2	En salutogen modell	10
3.0	Metode.....	12
3.1	Valg av metode.....	12
3.2	Valg og rekruttering av enheter.....	13
3.3	Gjennomføring av datainnsamling	15
3.4	Forskerrollen	16
3.5	Analysebeskrivelse	16
3.6	Dokumentanalyse - tekster	18
3.7	Forskningsetikk	20
3.8	Validitet, reliabilitet og overførbarhet.....	20
4.0	Amming og amnehjelp – historiske utviklingslinjer og dagens organisering .	22
4.1	Amming blir institusjonalisert.....	22
4.2	Velferdsutvikling.....	23
4.3	Frivilligheten og familien.....	25
4.3.1	Ammehjelpen	26
4.4	Moderskapet som institusjon.....	27
4.5	Organisering av amnehjelp i helsetjenestene	28
4.6	Ammehjelp som komplekst og dynamisk fenomen	32
5.0	Resultat og diskusjon	33
5.1	Det første intervjuet, kartet tegnes	34
5.2	FØR FØDSEL	37
5.2.1	Ammekultur	37
5.2.2	Kunnskap fra det uformelle systemet.....	40
5.2.3	Kunnskap fra det formelle systemet.....	43
5.3	ETTER FØDSEL – sykehusoppholdet.....	51
5.3.1	Barnefar.....	52
5.3.2	Sykehuset	53

5.4	BARSELTIDEN.....	66
5.4.1	Barnefar.....	66
5.4.2	Det uformelle systemet	67
5.4.3	Det formelle systemet	71
5.4.4	Ammehjelpen	77
6.0	Avsluttende refleksjon og forslag til videre forskning.....	82
	Vedlegg.....	87
	Vedlegg 1 - Invitasjon til deltakelse med informasjon	87
	Vedlegg 2 – Tilrådning fra NSD	91
	Vedlegg 3 – Intervjuguide.....	93
	Vedlegg 4 – Ti trinn for vellykket amming	94
	Vedlegg 5 – Evaluering av helsepersonell som veileder mødre i amming.....	95
	Litteraturliste.....	96

1.0 Introduksjon og problemstilling

Amming henviser til at barn får morsmelk. Morsmelk kan gis direkte fra brystet, eller ved bruk av hjelpemiddel som til eksempel med pumping og flaske. Det skilles mellom full- og delamming. Fullamming er når barnet kun får morsmelk, mens delamming er når barnet får morsmelk i tillegg til morsmelkerstatning (Helsenorge, 2017). Ammehjelp forstås som en aktivitet hvor en ammehjelper gir veiledning, informasjon og støtte ifm. amming og morsmelk (Ammehjelpen.no, 2020b). Verdens helseorganisasjon definerer ammerådgivning som støtte til mor og nyfødt, gitt av helsearbeidere (McFadden, 2019). Videre anbefales det at ammerådgivning skal forekomme før og etter fødsel, at det bør gis rådgivning eller veiledning minimum 6 ganger (samt etter behov), og at kommunikasjonen bør skje ansikt-til-ansikt (WHO, 2018).

Det er en rekke faktorer som er med på å påvirke både hvorvidt en mor ammer, og lengden på ammeperioden. Dette kan omhandle sosioøkonomiske og demografiske faktorer, fødselsmåte, ammefysiologi, helsevesenets og mors kunnskaper og holdninger – for å nevne noen (Helsedirektoratet, 2014b; Hæggekvis, 2006). Mors utdanningsnivå og alder viser og sammenheng med amming; jo høyere utdanningsnivå og alder, desto høyere ammeforekomst (Helsedirektoratet, 2014a).

Å legge til rette for at barn ammes har en rekke fordeler og kan begrunnes både helsepolitisk og samfunnsøkonomisk. Samtidig er amming viktig for mor og barn og det livet som leves i barseltiden, og det må antas at ammeerfaringer kan forme og prege denne tiden på betydelige måter. Det finnes forskning på amming og ammeproblemer (se til eksempel McFadden, 2019; Skavhellen, 2008; Tveit, 2015; Tønjum, 1996). Disse studiene ser blant annet på forberedelse til barneomsorg, hvordan et press fra omgivelsene gjør at mødre slutter med amming, og hvorvidt mødre som gir morsmelkerstatning («maming») føler seg som en god mor. Forskningen har gjennomgående et helsefaglig perspektiv og jeg har ikke funnet studier som eksplisitt fokuserer på hvordan ulike ammehjelp oppleves av mødre, og hvordan ammediskurser former mødre både før og etter fødsel. Her mener jeg det finnes et kunnskapsbehov denne studien kan bidra til å fylle, gjennom å tilstrebe et bredere og mer helhetlig perspektiv på barselvelferd. Erfaringer med ammehjelp blir her sett i sammenheng med både lokale og nasjonale forhold, og grensene mellom det offentlige, det frivillig og det private antas å være en del av utfordringer mødrene står overfor.

Hovedformålet med denne oppgaven er å utforske ammeerfaringer med utgangspunkt i et institusjonelt etnografisk perspektiv. Institusjonell etnografi er en sosial ontologi, hvor ulike medlemmer står i en egen unik setting og erfarer sitt hverdagsliv. Med ontologi henvises det til valg av menneskesyn, hvorpå epistemologi er syn på kunnskapsproduksjon (Widerberg, 2015). Hvert menneske står i en sosial relasjon, men er ulikt posisjonert. En person vil derfor erfare settingen fra ulik deltakelse i den sosiale relasjonen, og vil med det inneha egne utkikkspunkt. Forskeren i en institusjonell etnografi ser deltakerne som innehavere av ekspertkunnskap, det er de som har best kunnskap om temaet en skal studere (Campbell & Gregor, 2004; Widerberg, 2015). Denne studien som angår førstegangsmødres møte med ammehjelp, har derfor som mål å belyse hvordan deres hverdagsliv, erfaringer og handlinger er koblet inn i institusjonelle ordninger, og hvordan disse relasjonene, prosessene og strukturene er med på å *gjøre* ammereisen deres.

Å inkludere studier av organisasjoner eller institusjoner er relevant for institusjonell etnografi men ikke i lys av systemteori, hvor fokuset ofte er å forklare organisasjoners oppbygging eller dets funksjoner. Målet er å studere hvordan samfunnet og hverdagsliv fungerer *sammen*, og med det må en sette søkelys på hvordan det som gjøres i virksomheter er koblet sammen med hverdagslivet. Med hjelp av institusjonell etnografi synliggjøres hvordan institusjonelle ordninger påvirker mødrenes ammereiser. Tekster eller andre prinsipper kan med det inkluderes når en studerer institusjoner eller organisasjoner, fordi disse er med på å gjøre hverdagspraksis (Widerberg, 2007).

Det offentlige har et stort ansvar for å tilrettelegge for at amming skal være mulig for mødre (Regjeringen.no, 2002). Denne tilretteleggingen er etter barnekonvensjonen, tredelt; det innebærer en *informasjonsrolle*, informasjonen skal gjøres *tilgjengelig* og endelig skal det offentlige ha en *støttende* rolle (ibid). Studien ønsker å utforske dette nærmere. Har det skjedd en forskyvning i forventninger til ulike roller? Er det andre som «påtar seg ansvaret» for at lover og mål følges opp, eksempelvis familie eller frivilligheten? Hvordan er det faktiske (amme)liv; hvor finner eller får mødrene informasjon, er den tilgjengelig? Hvem støtter og hjelper? Dette er spørsmål studien undersøker og diskuterer. Ut fra dette har følgende problemstilling blitt formulert;

Hva kjennetegner førstegangsmødres ammereise i spenningsfeltet mellom offentlig ansvar, frivillighet og hverdagsliv?

Med førstegangsmødre siktes det til mødre som får sitt første barn. Med ammereise tenkes en periode som starter før barnet er født; hvorvidt amming har gjort seg gjeldende allerede i svangerskapet (eller før graviditet), og hvordan den har artet seg etter fødsel (på sykehuset) og i barseltiden (hjemme).

Studien skiller seg fra tidligere forskning, ved å fokusere på amnehjelp i et større bilde, og ser på helheten i mottatt amnehjelp med startsted i mødrenes erfaringer. I tillegg til å synliggjøre hvordan det offentlige ansvaret kommer til uttrykk, har mødres erfaringer løftet fram hvilke andre uformelle kanaler og nære relasjoner som har hatt betydning for hvordan de har gjort sine ammereiser. Oppgaven er informert av institusjonell etnografi, og med det antas det og at folks erfaringer og handlinger er nært knyttet til både samfunnsmessige- og politiske utviklingslinjer, men og av samhandling (diskurser) med andre (Widerberg, 2015). Studien inkluderer et bredt perspektiv på amming og anerkjenner at temaet berører flere sfærer. Med sfærer henviser oppgaven til ulike områder rundt mødrenes hverdag; den private, den offentlige og den frivillige.

For å frembringe slik empiri, er det anvendt et intensivt og kvalitativt design. Det kvalitative arbeidet er inspirert av institusjonell etnografi (Smith, 2005) som tar sikte på å få frem en rekke nyanser og erfaringer fra få enheter. Dette er gjort med hjelp av intervju med 8 førstegangsmødre. Tekster har en sentral plass i institusjonell etnografi for å se etter institusjonelle praksiser som påvirker erfaringer til mødre. Slike tekster har blitt studert og inkludert, og omfatter i all hovedsak lover, retningslinjer og ulike nasjonale anbefalinger. I tillegg trekkes veksler på Antonovskys salutogene modell (Antonovsky & Sjøbu, 2012) for å kunne belyse hvorfor mødre handler ulikt når ammeproblemer oppstår.

Studien fokuserer ikke på innholdet i amnehjelpen (det tekniske) som ytes. Det som er av interesse er hvordan mødre har *gjort og erfart* ammereisen sin. Fra hvem og hvordan amnehjelp har blitt gitt, er sentrale spørsmål innbakt i problemstillingen, og særlig hva som har hatt betydning for hvordan hver ammereise har blitt som den har blitt. I dette ligger det en utvidelse av perspektivet til å omfatte kontekstuelle forhold. Disse forholdene omfatter hvordan samfunnsendringer og styringsrelasjoner kan ha betydning for personlig erfarte ammereiser. Kontekst kan også omfatte uforutsette hendelser. Covid-19 situasjonen var en faktor det i utgangspunktet ikke var fokusert på, allikevel fikk jeg innsyn og kunnskap om

hvordan uforutsette og brå samfunnsendringer har vært med på å påvirke enkelte mødre og deres amming.

Studien er relativt åpen, og dette forsvarer ut fra institusjonell etnografi. Erfaringene i hverdagslivet (her ammehjelp), er det mødre som best kjenner på kroppen. I datainnsamlingen er det ikke gjort begrensninger i rekrutteringen hverken ift. bakgrunnsvariabler (som alder eller geografi), eller hvorvidt mødrene har fått ulike kombinasjoner av privat, frivillig eller offentlig hjelp. En slik avgrensning ville ikke vært i tråd med institusjonell etnografi. Ammehjelp krysser ulike arenaer, og gis av både offentlige institusjoner, frivillige og fra uformelle hold- og ofte samtidig eller i et samarbeid. For å besvare problemstillingen ville slike begrensninger i datainnsamlingen ikke anerkjent at det er det *subjektive* mennesket som best kan besvare *hvordan* en ammehjelp foregår og oppleves. Det er nettopp hvordan ammehjelp faktisk fungerer i samfunnet som helhet det søkes svar på, og ammehjelp kan derfor ikke reduseres til eksempelvis å kun gjelde hva det offentlige gjør. Det har heller ikke blitt gjort begrensning mht. om mor har full- eller delammet.

Oppgavens videre oppbygning er som følger; i kapittel 2 gjøres det rede for studiens teoretiske rammeverk. Den metodiske tilnærmingen presenteres i kapittel 3. I kapittel 4 framstilles amming og ammehjelp i lys av historiske utviklingslinjer, inkludert en kort redegjørelse for velferdsutviklingen med relevans for amming. Empiriske funn presenteres og drøftes i kapittel 5. I kapittel 6 gjøres en avsluttende refleksjon rundt studien, samt forslag til videre studier.

2.0 Teori

2.1 Institusjonell etnografi

Institusjonell etnografi tar utgangspunkt i hverdagslivet til aktører (Widerberg, 2015). Det er et perspektiv som søker etter empiri nedenfra, for å søke etter forklaringer som er med på å si noe om dette hverdagslivet. Dette vil i sin tur legge føringer og retning for hvor søke kunnskap (Campbell & Gregor, 2004). Institusjonell etnografi starter derfor ut fra et bestemt *ståsted* (standpoint), som i denne studien er førstegangsmødre som har mottatt ammehjelp. Slik kunnskap om en virksomhet (ammehjelp), omtaler Smith som «work knowledge», eller arbeidskunnskap (Widerberg, 2015). Slik arbeidskunnskap kan ikke studeres alene og isolert, det må sees i sammenheng til noe som skjer utenfra (Aakvaag, 2008).

Denne kunnskapen kan gi forståelse for hvordan institusjonelle ordninger påvirker folks hverdagsliv og koordineres med hverandre, og slik hevder institusjonell etnografi at samfunnet er sosialt konstruert (Widerberg, 2015). Aktører er i tillegg med på å påvirke strukturer, og slik ivaretar metoden aktørene som selvstendige, aktive subjekt. Grunnleggeren av metoden, Dorothy E Smith, har vært kritisk til at teori skal være frembringer av samfunnsmessig empiri, og med en slik tilnærming blir de som studeres nærmest kontekstløse, standardiserte objekter som blir styrt innenfor rammene til ulike sosiale krefter (Aakvaag, 2008). Institusjonell etnografi starter derfor ikke med ulike teorier om sosiale strukturer (makronivå) for så å sette dette i sammenheng med studieobjektene (aktørene, mikronivå).

Å søke etter hvordan sosiale prosesser fungerer, bør studeres og forstås i en kulturell og sosial kontekst som disse sosiale prosessene inngår i (Widerberg, 2007). Sosiale prosesser blir derfor noe man bruker for å klare å se, de sosiale prosessene (eksempelvis meninger og erfaringer omkring ammereiser) er ikke et mål i seg selv isolert sett å få tak i. Men slike sosiale relasjoner er med på gi forklaringer på hvordan individers erfaringer og handlinger (førstegangsmødre) på et bestemt sted, 'inngår i handlingskjeder' som knytter de til andre mennesker og deres erfaringer og aktiviteter (ammehjelp) 'på andre steder' (det institusjonelle). Slik kan en nøste opp hvordan det lokale og ekstralokale henger sammen (Widerberg, 2007).

Det er ikke alltid klart for mennesker hvilke sosiale og styrende relasjoner de er en del av, og som er med på å styre deres hverdag (Campbell & Gregor, 2004). Noen ganger skjer hverdagslivet tilsynelatende ubevisst, uten å tenke over årsakene bak ulike handlinger. Det er bak eller under dette hverdagslige som utspiller seg, at noe usynlig skjer som er med på å styre tanker, handlinger og samhandlinger. Dette «noe» er institusjonell etnografi særlig ute etter (ibid). Sentralt er hvor makt befinner seg i institusjonelle relasjoner. Andre faktorer som er med på å påvirke dette samspillet, kan til eksempel være rase, kultur, stat og økonomien til landet.

Erfaring med amming, både som informerende rolle og hjelpende rolle, skjer i ulike institusjonelle ordninger. Institusjonell etnografi er på jakt etter disse erfaringsmessige krysningene, og blir omtalt som *problematikker* (Campbell & Gregor, 2004). En problematikk i dette tilfelle kan være hvor ammehjelpserfaring krysser med institusjonelle ordninger, eksempelvis mellom familie og offentlige tilbud. En kan tenke seg at problematikker stammer ut fra aktørers problemer, fokuset i institusjonell etnografi er heller å avdekke problematikker som gir retning for å undersøke hvordan mikro og makronivå er koblet sammen. Slik skiller institusjonell etnografi seg fra andre kvalitative metoder som ofte kun fokuserer på erfaringer i seg selv. Institusjonell etnografi ønsker å søke etter kunnskap som belyser hva det er som skaper disse erfaringene, derav det nevnte sosiale aspektet (Smith, 2005). Slik blir forskerens fokus i institusjonell etnografi rettet inn mot å avdekke hvordan det lokale og translokale (det institusjonelle) fungerer og henger sammen.

Smith viser til begrepet *ruling relations*, eller samfunnets dominanssystem/styringsrelasjoner (Aakvaag, 2008; Smith, 2005). Her skiller Smith mellom det moderne (dominanssystemet, det offentlige) og det tradisjonelle (det private, uformelle) samfunnet. Sistnevnte karakteriseres av å inneha lav grad av spesialisering, profesjonalisering og formell organisering – typisk en storfamilie fra gamle dager hvor en tok seg av velferdsoppgaver innad i familien. Det moderne samfunnet er kjennetegnet av at ulike funksjoner i samfunnet blir ivaretatt av institusjonelle sfærer, eksempelvis utdanning og velferd. Hvor det tradisjonelle samfunnet i stor grad innebærer å regulere seg selv, vil dominanssystemet jobbe for å regulere andre mennesker. Smith knytter særlig makt til dominanssystemet, fordi folks hverdagsliv administreres så det blir standardisert, typisk gjennom en rekke *tekster* som eksempelvis lover, ekspertuttalelser og retningslinjer (Aakvaag, 2008). Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) beskriver en retningslinje som

skal virke faglig normerende, og praksis som avviker fra anbefalingene skal dokumenteres og begrunnes (HOD, 2009). Slik styres hverdagslivet (ammehjelp) i stor grad av dominanssystemet (offentlig velferd) vha. tekster. Helsedirektoratet utdyper følgende;

«Kunnskapsbaserte faglige retningslinjer inneholder systematisk utarbeidede råd og anbefalinger knyttet til forebygging, diagnostikk, behandling og/eller oppfølging innenfor helse- og omsorgstjenestene. Rådene og anbefalingene som gis, skal være konkrete, de skal hjelpe helsepersonell og pasienter til å ta gode beslutninger og de skal bidra til å redusere uønsket variasjon samt fremme god kvalitet i helse- og omsorgstjenestene» (Helsedirektoratet, 2012).

2.1.1 Tekster

Tekster bestemmer mye av våre handlinger. Tekster er blant annet med på å relatere mennesker til hverandre på en forhåndsbestemt måte (Campbell & Gregor, 2004). I lys av hvordan institusjoner og organisasjoner styres og organiseres, er tekster sentrale for å få kunnskap om dette (Widerberg, 2015). I institusjonell etnografi skilles ikke teori og praksis fra hverandre. En anerkjenner at i en levd verden, inngår teori og praksis som noe som gjøres. Tekst er derfor sentralt i institusjonell etnografi, og virker som en kobling mellom mikro- og makronivåer; tekst på ulike nivå kan synliggjøre styringsrelasjoner som er med på å påvirke aktører (Widerberg, 2007).

Sentralt i arbeidet med tekster, er å avdekke ulike maktstrukturer som finnes i det sosiale liv, som aktører både blir påvirket av men som og er mulig å opprettholde og forme ved hjelp av aktiviteter en gjør (Widerberg, 2007). Slik er det, som sagt, ikke de sosiale prosessene en vil finne, men *hva disse gjør med en* som står i fokus.

Tekster kobles til styringsrelasjoner slik; å gjøre styring innebærer en reproduksjon av folks virkeligheter i ulike former for kunnskap som gjøres objektivert og standardisert. Styring skjer da gjennom at den levde hverdagen blir omsatt til tekst, som munner ut i ulike handlinger. I et samfunn som blant annet preges av sterk teknologisk utvikling, har tekster blitt tillagt en betydelig større rolle i styringsrelasjoner (Widerberg, 2015). Tekst (og tale!) er en viktig del av institusjonell etnografi, basert på at institusjoner (som amnehjelp i bred forstand) koordineres, og mennesker interagerer sammen med bruk av dette (Smith, 2005).

Det er dog ikke selve teksten som er det relevante, derimot hvordan mennesker stiller seg til disse tekstene. Konsekvenser tekster gir for mennesker, i tillegg til hvilken betydning tekster har, er det sentrale. Tekster er med andre ord replikerbare; tekster avhenger av kontekst. Ulike mennesker på ulike steder til ulike tidspunkt, vil gi tekster ulik innhold og mening, og slik evner en med institusjonell etnografi å fange opp hvordan interaksjonen mellom individ og ulike styringsrelasjoner fungerer (Widerberg, 2015). Som forsker i et slikt perspektiv, er det essensielt å fange opp de tekster som aktører kanskje ikke ser selv, eller ser hvilken betydning de spiller for deres hverdags erfaringer.

Alle former for materielle bærere av tegn og mening, ansees som tekst. Dette vil i sin tur kunne gjelde bøker, film, informasjonshefter, media mm – tekst kan leses, sees og høres. Tekst kjennetegnes typisk av at den kan gjenta ett og samme innhold i ulik tid og rom (Aakvaag, 2008). Moderne teknologi har en sentral rolle i slikt tekstlig arbeid – det gjør at tekster med likt innhold kan nås ut til ulike aktører, som befinner seg på ulike steder til ulike tidspunkt. Institusjonelle diskurser kommer inn i bildet her som dominanssystemets språk for å regulere det sosiale, lokale livet. I motsetning til Foucaults diskursanalyse som Smith mener ensidig fokuserer på at tekster og diskurser opptrer nærmest isolert fra aktører og deres sosiale liv, hevder Smith at tekster og diskurser påvirker - men kun om de *aktiveres*. Her bruker Smith begrepet *tekst-leser-konversasjon*, som beskriver en prosess hvor et material møter aktøren (Smith, 2005). Hvordan aktøren fortolker og eventuelt tar i bruk tekster, og lar det få innflytelse på hverdagslivet, er sentralt for å forstå samspillet og dynamikken mellom kontekst og tekst (ibid). Her kan det være varierende i hvor stor grad dominanssystemet evner å nå sine mål om å standardisere og gjøre subjekter om til objekter, eller om det lokale situerte, subjektive mennesket velger å vike fra tekster og diskurser.

2.1.2 Diskurser

Når Smith (2005) inkluderer institusjonelle diskurser i metoden, viser hun til tatt-for-gitte sannheter som ulike aktører deler. Diskurser i denne studien, har vist seg sentral både uformelt (eksempelvis samtaler mellom mor og barnefar eller venner), men og i formell velferd (eksempelvis jordmor om hva hun artikulere og anser som viktig i svangerskapskontroller). Diskurser (og tekster) er styringsrelasjoner som utspiller seg i det hverdagslige, og virker inn på mødrenes erfaringer. Diskurser oppstår ikke lukket, men de formes i en større kontekstavhengig sammenheng. Sentrale tekster som det blir gjort rede

for i denne studien, er eksempel på ulike diskurser som former praksisen og erfaringer til berørte.

Kollektiver normer og forståelser skapes i stor grad av både beskrivelser, fakta og andre virkelighetsoppfatninger som rår i et samfunn (Ellingsæter, 2005). Diskurser er sentrale for å artikulere dette, og i språket hviler det både mye makt og kunnskap. Den offentlige diskursen omkring amming er sterk, som følge av at den først og fremst er en statlig stemme, og videre fordi språket (ammebefalinger) er basert på både profesjoner og vitenskap (ibid).

2.1.3 Kart

I motsetning til eksempelvis grounded theory hvor analyser ofte ender opp med begreper, har institusjonell etnografi en annen tilnæringsmåte. Institusjonell etnografi bruker kart som et hjelpemiddel til å «tegne terrenget», med sikte på å få frembringe empiri som sier noe om hvordan styringen i samfunnet er og skjer (Widerberg, 2015). I metoden inkluderes både vertikale (sosiale hierarkier) og horisontale aktiviteter (tid), for å kartlegge hvor styringsrelasjoner samt institusjonelle relasjoner er vevd sammen med og inn i aktørens hverdagsliv (Widerberg, 2007).

Kart er brukt som hjelpemiddel for å finne frem til institusjonelle praksiser og andre relasjoner og normer når førstegangsmødre har snakket om sine ammereiser. Et utgangspunkt i det formelle aspektet ved amming, hadde kunne miste informasjon om hvordan ammereiser faktisk er koblet sammen og fungerer. Ved hjelp av erfaringer og beskrivelser om førstegangsmødres (startsted, ståsted) ammereiser (arbeidskunnskap), gir studien innblikk i hvordan ammehjelp ble gjort i praksis (styringsrelasjoner, sosiale prosesser), og hvordan de ulike delene hang sammen (aktivering, se kap. 3.6), og muliggjorde eller vanskeliggjorde ammereisen. Kartet vil tegnes ulikt ut fra hvilket ståsted man starter fra, og dette er et viktig poeng i institusjonell etnografi. Selv om det skapes ulike kart er relevansen av dem like høy, det bevitner og anerkjenner at virkeligheten ser og oppleves ulikt ut fra hvor man står (Widerberg, 2015). Det må tenkes at en institusjonell etnografi basert ut fra et jordmors ståsted, ville gitt et annet kart enn hva førstegangsmødre oppgir. Dette poengterer at kontekst og det sosiale spiller en rolle, samt andre ulike institusjonelle ordninger og logikker.

2.2 En salutogen modell

Aaron Antonovsky studerte stress i sammenheng med mestring, og er kjent for sitt arbeid innen folkehelse (Walseth, 2004). Hans arbeid og begrepsinnhold karakteriseres ofte for å være positivt ladet; helse anses som noe positivt – en måte å bedre helsen. Antonovsky står bak begrepet salutogonese som viser til hva som holder folk friske. Dette står i motsetning til patogenese som er et tankesett leger ofte baserer seg på; hva som gjør mennesker syke (Walseth, 2004). Antonovsky fant at ulike motstandsressurser var sentral blant annet for hvordan mennesker takler sykdom. En slik motstandsressurs kan være et sterkt sosialt nettverk hvor en føler tilhørighet. Egostyrke er en annen. Mennesker utvikler og en form for grunnholdning, som er med på å påvirke hvordan mennesker takler ulike livshendelser. Antonovsky omtaler denne grunnholdningen for «Sense of coherence» (SOC) og består av forventninger omkring «comprehensibility, manageability and meaningfulness» (Mittelmark, 2017). Oversatt til norsk betyr dette hvorvidt en person «tror situasjonen er påvirkelig, logisk og forutsigbar, og endelig om vi tror det som kreves i nye situasjoner er overkommelig» (Walseth, 2004). Fokuset er hvilken grad en situasjon innehar OAS; en *opplevelse av sammenheng* (Antonovsky & Sjøbu, 2012), jf. SOC.

Hvorvidt en situasjon eller problem oppleves som påvirkelig og overkommelig, kommer an på flere faktorer. Dette kan være ens oppdragelse fra egne omsorgspersoner, samfunnets kultur, samt historiske og politiske forhold (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Grunnholdningen er ikke gitt, den formes gjennom hele livet på bakgrunn av til eksempel sosialisering eller livshendelser. Tett knyttet til den salutogene modellen, ligger ulike grader av mestring i ulike situasjoner, og modellen avviser ikke at stress er noe som bør fjernes, men anser at stress også kan være en bidragsyter til å håndtere sitt liv og egen helse (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

Med *opplevelse av sammenheng* henviser Antonovsky til tre sentrale begreper som er med på å avgjøre en persons OAS (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Med *begripelighet* vises det til hvorvidt et stimuli oppleves som kognitivt forståelig og med en form for sammenheng med klar informasjon. Alternativet til en slik forståelse, er oppfattelse av stimuli som uforventet, kaotisk og uforståelig. En person med sterk OAS vil i større grad tenke at en situasjon eller hendelse er håndterlig og kan møtes, uten å «legge stridsøksa» passivt ned. Han eller hun vil ikke nødvendigvis synes noe om ulike stimuli, men vil begi seg ut på utfordringene mer

rasjonelt. *Håndterbarhet* knytter seg til de ressurser en person disponerer, for å håndtere situasjoner, hendelser og stimuli en blir møtt med (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Slike ressurser kan en inneha selv (eks. familie, nettverk) eller være i besittelse av en legitim annen (eks. ulike profesjoner). Slike ressurser gjør en person mer robust i møte med motbakker, fordi ulike stimuli fordrer ulike krav til mennesker. Belastningsbalanse skaper grunnlaget for opplevelsen av håndterbarhet.

Endelig viser den salutogene modellen til *meningsfullhet*. Selv om ulike livshendelser kan føles urettferdig, vil en person med sterk OAS legge seg i selene og møte utfordringene, forsøke å søke en mening med det hele, og jobbe seg gjennom situasjonen på en god og fornuftig måte (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Medbestemmelse er hovedingrediensen for å skape meningsfullhet. Disse tre faktorene hevder Antonovsky ikke kan sees adskilt fra hverandre, men at følelsen av en mening - altså motivasjonsfaktoren, er den mest sentrale for å mestre en situasjon.

En salutogen modell er fruktbar i denne studien i den forstand at den kan hjelpe med å kartlegge og forstå hvorfor førstegangsmødre gjør som de gjør. Modellen belyser særlig egenskaper hos mennesker, og er et godt bidrag for å kunne predikere en viss form for reaksjon eller handlingsmønster hos aktører. Modellen ser i tillegg på ulike sentrale faktorer (ressurser) rundt mennesker, som kan være viktige når helsemessige utfordringer oppstår, som ved ammeproblemer.

Ambisjonen med denne studien er ved hjelp av institusjonell etnografi å komme «under huden» på mødrene, for å kunne studere og forstå hvordan deres erfaringer og aktiviteter er koblet inn og sammen med institusjoner på høyere nivå. Tekster og diskurser er særlig sentrale, for å se hvordan ulike formelle så vel som uformelle normer og styringsrelasjoner er med på å prege mødrene i deres ammereiser. Ved hjelp av en salutogen modell ser denne studien og på både den enkelte førstegangsmors ressurser i regi av egen person, men og av nettverket hun besitter eller er en del av. I sum bidrar studien med et helhetlig perspektiv på førstegangsmødre sammen med systemene og nettverkene de har rundt seg, og samspillet dem imellom. Mens det salutogene perspektivet retter fokus på førstegangsmødres mestringssevne, kommer institusjonell etnografi inn for å synliggjøre hvordan styringsrelasjoner støtter opp under eller virker nedbrytende i håndteringen av ammereisene.

En risiko ved å kombinere teori med institusjonell etnografi er begrunnet i at man kan miste fokus på hvordan individers handlinger og aktiviteter er koordinert sammen med det institusjonelle (Rankin, 2017). Institusjonell etnografi er ikke bare en metode, men en sosiologi med et ontologisk ståsted (Rankin, 2017; Smith, 2005). Måten å samle inn kunnskap på får epistemologiske konsekvenser, og de som er skeptisk til å kombinere annen teori med institusjonell etnografi, viser til en fare for en vridning over på kun å reprodusere kunnskap om informantenes fortellinger.

Det anses som relevant i denne oppgaven å inkludere teori som fokuserer på individers egenskaper, for å se hvordan dette utspiller seg i styrende relasjoner og hvordan disse står i sammenheng til hverandre uten å miste av syne det institusjonelle som kobler individer og struktur sammen. Slike kombinasjoner av institusjonell etnografi og andre teoretiske perspektiver er også gjort i andre studier (Åsheim, 2018).

3.0 Metode

En ammereise er en reise som starter i det private med et svangerskap, og som etter hvert kommer inn under offentlige rammer med oppfølging av svangerskap, hjelp under fødsel og oppfølging etter at barnet er født. Amming er bundet opp i en rekke offentlige retningslinjer og anbefalinger, men er i tillegg et stort felt både i det frivillige og i familiesfæren, samt i andre uformelle nettverk. Hvordan en ammereise faktisk arter seg og ender opp, beror derfor på en rekke ulike faktorer. For å få empiri om hva som kjennetegner denne type reise, har det sammen med valgt teori blitt benyttet åpne intervju for å belyse hvordan ammingen foregår i en kontekst preget av et offentlig ansvar og levd hverdagsliv.

3.1 Valg av metode

Den teoretiske og metodiske bærebjelken i denne studien, er basert på institusjonell etnografi (Widerberg, 2015). I søken etter førstegangsmødres perspektiv på hvordan ammehjelp oppleves og gjøres, har metoden utpekt seg i forhold til å besvare de forskningsspørsmål som er stilt. Institusjonell etnografi befinner seg i den kvalitative kategorien, hvor undersøkelser og presentasjon av funn gjøres i form av ord, og ikke basert på tall som er typisk hos kvantitative studier (Tjora, 2017). Til dette har det blitt benyttet åpne intervju,

kjennetegnet av å være et intensivt design på jakt etter nyanser, detaljer og en rekke forhold hos få aktører – med mer tyngde og bredde i innsamlet empiri enn hva mer generelle spørreskjema ville fått frem (Jacobsen, 2005). På denne måten har informantene i studien selv operasjonalisert hva som ligger i «ammereise». Å få tak i den empiriske kunnskapen som førstegangsmødre besitter, har vært et viktig fokus. Studien har anerkjent førstegangsmødre som bærere av kunnskap, og starter å søke empiri om amnehjelp ut fra deres ståsted.

Ut fra innsikt om mødrenes kunnskap og erfaring omkring deres hverdag, utforskes de institusjonelle prosessene disse erfaringene er sammenvevd inn i. Det ontologiske (valg av menneskesyn) fundamentet er et nedenfra-perspektiv; det er mødres hverdagsliv som er start- og ståsted for epistemologien (kunnskapsproduksjon). Underveis og etter datainnsamlingen, bestod mye av arbeidet i å avdekke relevante tekster på ulike nivå for å utforske de institusjonelle prosessene ytterligere. Av hensyn til oppgavens omfang, har det ikke blitt gjort en full institusjonell etnografi. Til det måtte en ha inkludert et bredere spekter i innhenting av empiri, eksempelvis fra helsepersonell og i ulike nettverk rundt mødrene.

3.2 Valg og rekruttering av enheter

Førstegangsmødre som har deltatt i denne studien, ble rekruttert via Amnehjelpens egen Facebookgruppe. Styrelederen i Amnehjelpen publiserte informasjon om studien. Første invitasjon til studien ble delt våren 2020, og i alt 28 førstegangsmødre tok kontakt. Andre invitasjon ble delt sensommeren 2020, hvor 21 førstegangsmødre tok kontakt. Kriteriene for å delta var at informanten var førstegangsmor, over 18 år, og hadde mottatt amnehjelp. Ved andre invitasjon ble det presisert at det var ønskelig med de som hadde babyer under 6 mnd. Dette utvalget ble gjort av hensyn til ressurser og type kunnskap; det antas at disse førstegangsmødrene har «fersk» kunnskap om temaet, det er i starten de fleste opplever ammeproblemer (Alquist & Strømsnes, 2016), og ved å sette en grense opp mot 6 måneders alder ekskluderes de som opplever trøblete overgang når fast føde skal introduseres (ibid).

Det var ikke satt krav om hvor lenge en hadde ammet. Amming ble presisert til at mor gir eller har gitt morsmelk fra eget bryst til barnet, enten ved at barnet har diet, eller at mor har pumpet og gitt morsmelk til barnet ved hjelp av kopp, flaske eller annet hjelpemiddel. Det var ikke satt krav om hvor denne amnehjelpen hadde blitt gitt fra, det kunne eksempelvis

komme fra helsestasjon, familie og/eller venner, Ammehjelpen, private ammehjelpere, sykehus eller andre. Førstegangsmødre som ønsket å delta, tok kontakt via e-post eller SMS. Invitasjonen til deltakelse er vedlagt (se vedlegg 1). Deltakerne hadde ulike aldre, og de var spredt geografisk, se tabell 1 under. Etter 8 intervju opplevdes et «metningspunkt», det var ikke stor grad av ny empiri som framkom, men heller bekreftelser overfor historier i tidligere intervju.

Det var et ønske om å høre så mange ulike synspunkt og erfaringer som mulig, og på bakgrunn av det ble informanter som hadde ulike variabler invitert til studien. Det søktes etter heterogenitet, altså både bredde i form av variasjon i informanter og deres ammeerfaringer (Jacobsen, 2005). Slike variasjoner i bakgrunnsvariabler var til eksempel rural bosted eller baby som kun var noen dager gammel. Bredde omkring ammereiser var for eksempel mødre som hadde sluttet å amme, som hadde fått hjelp fra ulike profesjoner, eller mødre som stort sett hadde håndtert utfordringer på egen hånd eller ved hjelp av eget nettverk.

I tabellen under vises en oversikt over informantene, med fiktive navn og noen kjennetegn ved deltakerne. Samtlige fødte vaginalt, og på sykehus godkjent etter Mor-barn-vennlige prinsipper (NKA, 2020). I studien brukes både termen mor, førstegangsmor og mødre om informantene.

Fiktive navn	Alder	Bosted	Barnets Alder	Kjennetegn
«Kristin»	32	Drammen	6 mnd.	Utenlandsk
«Tora»	28	Nannestad	8 uker	Savnet medbestemmelse
«Siv»	31	Fredrikstad	4 mnd.	Delammer
«Pernille»	24	Trondheim	5 uker	Privat kurs i svangerskap
«Kamilla»	28	Trondheim	8 dager	Står midt i det
«Sara»	32	Ålesund	2 mnd.	Livmorhalsbetennelse
«Eva»	31	Hamar	4 mnd.	Sluttet å amme
«Cecilie»	24	Namsos	4 mnd.	Rural bosted, selvhjulpen

Tabell 1. Oversikt over informantene i studien.

Sett i lys av at informanter kun ble rekruttert via Ammehjelpens Facebookgruppe, kan det hevdes at utvalget er spesielt sammensatt. Det må antas at flertallet av medlemmene der har opplevd ammeutfordringer, som de har fått hjelp til å håndtere fra Ammehjelpen. I intervjuene viser det seg dog at flere har gått andre veier for enten å havne på Ammehjelpen senere i løpet av ammereisen, eller at de kun har vært medlem av Facebookgruppen uten å motta ammehjelp. Noen informanter hadde og kun deltatt i gruppen for å «se» og søke kunnskap. Hadde studien tillatt en mer omfattende karakter, hadde det vært interessant å rekruttere via andre og/eller flere kanaler, til eksempel via helsestasjoner eller ammepoliklinikker. Kunnskap om tematikken kunne og blitt innhentet fra flere eller andre aktører for å belyse problemstillingen ytterligere, eksempelvis fra helsesykepleiere, ammehjelpere eller fastleger (se kap. 6).

3.3 Gjennomføring av datainnsamling

Studien har et mål om å få innsikt i førstegangsmødres kunnskap om hvordan amming og ammehjelp opplevdes. Data om slik arbeidskunnskap fra førstegangsmødre, ble innhentet ved hjelp av intervju. Det ble gjennomført totalt 8 intervjuer. Intervjuene ble gjennomført i perioden mellom 01.05.2020 og 04.09.2020. Intervjutidspunkt ble avtalt å passe informantene, og ble gjort over telefon. Intervjuene ble ikke tatt opp på bånd, men ble nedskrevet underveis i intervjuene. Dette opplevdes ikke som problematisk, alt som ble sagt ble nedskrevet samtidig som jeg hadde inntrykk av at det var fin flyt i intervjuene. Samtlige intervju varte i en times tid.

Intervjuene bar preg av å være særdeles åpne, og fløt mer som en samtale og et dybdeintervju enn et semi-strukturert intervju (Ringdal, 2018). Med henblikk på at det er *ståstedet* til mødrene som er relevant for forskningen, falt det seg naturlig å starte med store, åpne spørsmål, for så å bli veiledet og guidet gjennom mødrenes ammereise. Der det var naturlig kom jeg med input, og rollen min opplevdes nok som «gravende» for mange, nettopp for å få tak i det unike og spesielle en ønsker med utgangspunkt i institusjonell etnografi (Widerberg, 2015). Det ble forsøkt å ha en så åpen, nøytral og objektiv forskerrolle som mulig, for å unngå at temaer, opplevelser eller setninger ble unnlatt – men i tillegg for å ivareta etiske prinsipper. I intervjuene hadde jeg intervjuguide som hjelp om intervjuene skulle stoppe opp, denne er vedlagt (se vedlegg 3).

3.4 Forskerrollen

Forskning på ammereisen til en førstegangsmor, og spesielt med hensyn til et kvalitativt studieopplegg, legger opp til både nærhet og sensitivitet i undersøkelsen (Grønmo, 2016). Personlig er jeg selv i rollen som mor, og har opplevd en rekke ammeutfordringer samt fått hjelp av ulike instanser. Jeg er i tillegg utdannet ammehjelper i regi av Ammehjelpen. Denne informasjonen ble valgt å holdes skjult av flere årsaker. Smith (2005) viser til begrepet *institutional captures*, såkalte institusjonelle forståelser (Widerberg, 2015). Det kan være fordelaktig å vite noe om feltet det forskes på, for å unngå misforståelser, for å ha god flyt og kommunikasjon, eller for å vite hva som finnes eller *kan* finnes der ute. Når det i intervjuene ble sagt ting som jeg skjønnte at ikke var «allmennkunnskap», kunne jeg med både kunnskapen min samt med valgt metode dykke ned i hvor denne kunnskapen til førstegangsmødre kom fra. Slik hadde jeg ut fra kjennskap til feltet, forutsetninger for å få en bedre forståelse av hvordan hverdagslivet til førstegangsmødre i lys av amming fungerer. Min egen institusjonelle forståelse har bevisst havnet i bakgrunnen for å unngå at tatt for gitte sannheter formet intervjuene, men og i forarbeid og etterarbeid med studien.

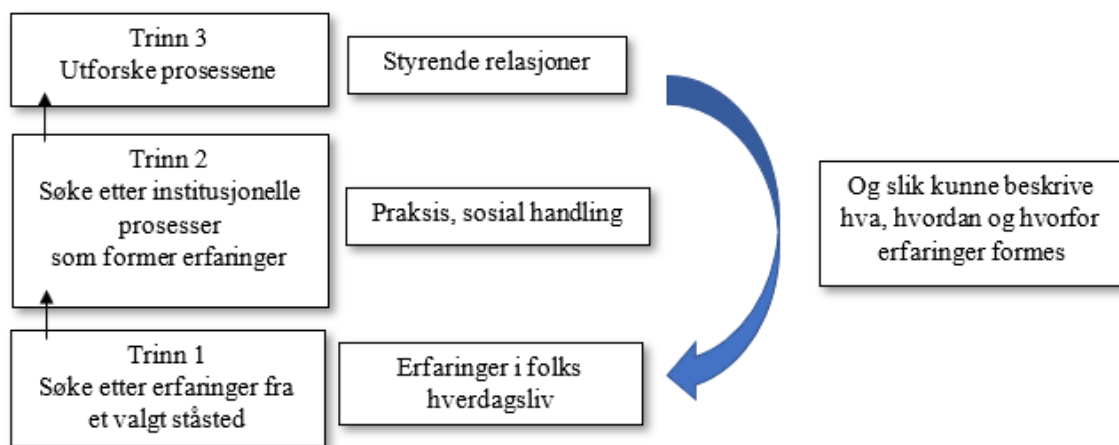
De negative aspektene med slik kunnskap er at forskeren kan påvirke svarene informantene gir, eller at informantene utelater viktig informasjon eksempelvis ved at de svarer «ja, du vet». Jeg gikk derfor inn i et hvert intervju så nøytral og objektiv som mulig, og der jeg egentlig visste ulike svar ba jeg informantene om å greie ut for meg, og slik lære mer om deres ulike ståsteder og erfaringer. Min egen forforståelse av temaet amming i stort og smått, ble og holdt i bakgrunnen for ikke å la egne personlige meninger farge intervjuene. Jeg har hele veien vært bevisst min forskerrolle, og ikke tillatt min bakgrunnserfaring få plass der den ikke fortjener, men hele veien fra utforming av problemstilling, til analyse-, tolkning- og presentasjon av funn strebet etter å innfri de etiske krav som forventes til en studie som dette (Ringdal, 2018). Se ellers kap 3.7 om forskningsetikk.

3.5 Analysebeskrivelse

I en analyse med institusjonell etnografisk metode, jobber en med å finne svar på hvordan menneskers liv er koblet inn og sammen med ulike styringsrelasjoner (Campbell & Gregor, 2004). Til dette analysearbeidet brukes både mennesker og tekster. Teori er en viktig bakgrunns komponent av datainnsamlingen (Campbell & Gregor, 2004, p. 81). Å føre data

sammen med teori skjer eksplisitt i prosessen av analysen. Hva som faktisk skjer i settingen som blir undersøkt, er essensielt i institusjonell etnografi, og en sentral del av analysen er å forklare nettopp dette.

Analyseprosessen i institusjonell etnografi kan listes opp i tre trinn; finne en erfaring, se etter styrende praksiser (det institusjonelle) som skaper eller påvirker disse erfaringene, og endelig ta et dypdykk inn i disse prosessene for å kunne beskrive og forklare hvordan erfaringene blir som de blir (Smith, 2006).



Figur 1. Oversikt over hvordan institusjonell etnografi gjøres i praksis, basert på Campbell & Gregor, 2004; Smith, 2005; Widerberg, 2015.

Det vises til erfaringer som en ønsker å studere, her med utgangspunkt i førstegangsmødre med deres ekspertkunnskap om et område (ammehjelp). Målet er å øke forståelse for *hvordan* denne erfaringen oppstår, holdes ved like og endres, *sammen* med samspillet i både omgivelsene og i det sosiale. Atferden i seg selv analyseres ikke, og slik fremstår institusjonell etnografi som en metode som ser på både kontekst og det dynamiske. Når intervjuene var gjennomført, satt jeg med mye data i form av intervjunotater, og intervjuene ga meg en pekepinn på hvilke tekster som var sentrale. I tråd med institusjonell etnografi, var tegning av kart en viktig del av arbeidet underveis for å kunne se delene sammen med helheten – hvilke styringsrelasjoner som finnes der ute. Trinn 2 i figur 1 over kan ikke - med hensyn til en masteroppgaves omfang, studeres grundig nok empirisk i denne studien. Trinn 2 og 3 er dog utforsket noe ved hjelp av å inkludere styrende tekster og føringer, som er brukt for å forstå mødrenes erfaringer. Trinn 2 er i denne studien særlig kjennetegnet av flere

retningslinjer, anbefalinger og andre politiske dokumenter som er førende for det offentlige arbeidet omkring amming. Det framkom og i intervjuene ulike kollektive diskurser fra både formelle og uformelle hold, som skapte normer og forventninger rundt mødrene. Når mødrene har stilt seg til og tatt inn over seg disse, altså *aktivert* tekstene og diskursene som har ført til ulike handlinger, har trinn 3 blitt utforsket.

Rett etter hvert intervju ble notatene renskrevet for skrivefeil. I søken på erfaringer (arbeidskunnskap) som var formet eller påvirket av ulike institusjonelle prosesser, søkte jeg svar på to spørsmål som formet analyseprosessen; hva mødrene har gjort, og hvordan aktiviteter mødrene har gjort har blitt koordinert med omgivelsene (Smith, 2005). Sentralt var og *hvorfor* de har gjort som de har gjort. Slik har mødrene som subjekt blitt knyttet sammen med konteksten. En form for rettferdig kategorisering når råmaterialet ble studert og lest gjentatte ganger, ble gjort i tråd med en innholdsanalyse - det har blitt dannet kategorier eller tema som er dannet på bakgrunn av innsamlet empiri (Jacobsen, 2005). I gjennomgang av intervjuene var det typisk tre «steder» amming og ammehjelp var sentralt for mødrene, og analysedelen tar utgangspunkt i denne tredelingen; amming som tema før fødsel, ammehjelp på sykehus og ammehjelp etter hjemkomst. Et kjennetegn med flere av mødrenes ammereiser, var at ammehjelp og amming som tema skjedde *på tvers og samtidig*. Strukturen i resultat og diskusjonsdelen inkluderer derfor en rekke systemer og aktører som har vært sentrale parallelt. Det har blitt noe utsiling og reduksjon av ressursmessige hensyn, men analysedelen favner om både det generelle (det som var kjennetegn for flere) og faktorer og påvirkninger som var mer unike for enkelte. Med det bidrar denne studien til å både se helhet og det mer spesielle som kan være med på å belyse både styrker og utfordringer i stort som smått, for både offentlige velferdssystemer men og for den enkelte mor. Slik ivaretas et institusjonelt etnografisk mål om å frembringe *kunnskap for folk* som aktører kan dra nytte og lærdom av (Widerberg, 2015).

3.6 Dokumentanalyse - tekster

Tekster er sentrale hjelpemidler i institusjonell etnografi, for å forstå settingen til det som undersøkes (Campbell & Gregor, 2004). Smith (2005) bruker begrepet tekst i bred forstand; alt som kan sendes mellom en avsender og mottaker, og som er kopierbart materiale. Det vil si at både filmer, nettsider, retningslinjer mm inkluderes. Hvilke tekster som er relevant er ofte uklart frem til en har samlet inn empiri om emnet, og slik poengteres det Smith (Smith,

2005) kaller for «-text-reader-conversation»; når mennesker leser tekster og forholder seg til dem (eksempelvis via tolkning), aktiveres tekstene og gis innhold, mening og retning for den som leser. Det er informantene som guider en til hvilke tekster som er med på å forme og påvirke hverdagslivet. Flere mødre henviste til brosjyren «Hvordan du ammer ditt barn» (Helsedirektoratet, 2011), og filmer sett i svangerskapet på helsestasjonen, eller på sykehuset.

Smith (2006) viser og til en form for hierarki av tekster, og snakker i den sammenheng om «regulatory texts» eller «higher level texts». Disse tekstene har et autorativt preg, og er med på å sette føringer for hvordan tekster av lavere rang skal ordnes. Denne studien har sett på en rekke tekster som har vist seg sentrale i arbeidet med å finne svar på problemstillingen, og er kjennetegnet av å komme fra dominanssystemet. Slike tekster har vært sentral for å belyse hvordan mødrenes ammereiser er koordinert og vevd inn i institusjonelle praksiser. Det gjelder både lover, retningslinjer, og brosjyrer, i tillegg til andre dokumenter. Informantene viste til brosjyrer og filmer, og ellers har arbeidet omkring å avdekke relevante tekster innbefattet i å søke selvstendig etter tekster som i teorien skal være med på å gi retning til hvordan ammehjelp er organisert og gis i ulike institusjoner. Enkelte tekster har og belyst hvilke tekster som har vært sentral, eksempelvis ved å henvise til tekster av høyere orden som gir retning til hvordan praksis bør organiseres. Særlig relevante tekster i denne studien har vært *Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen* (Helsedirektoratet, 2014b), *Mor-barn-vennlig standard* (Universitetssykehus, 2020b), *Ti trinn for vellykket amming* (Helsedirektoratet, 2014b) (se vedlegg 4), hefte *Hvordan du ammer ditt barn* (Helsedirektoratet, 2011), *Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen* (Helsedirektoratet, 2019b), *Stortingsmeldingen En gledelig begivenhet* (HOD, 2009), *Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017-2021)* (Regjeringen, 2017), *Spedkost 3* (Folkehelseinstituttet, 2020), *Folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling* (Helsedirektoratet, 2018) og *Retningslinjer for helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (Helsedirektoratet, 2020b). En rekke lover har og vært sentrale; *Pasient- og brukerrettighetsloven* (Lovdata.no, 2018), *Helsepersonelloven* (Lovdata.no, 2001a) og *Helse- og omsorgstjenesteloven* (Lovdata.no, 2011). Boka *Amming – en håndbok for helsepersonell* har blitt benyttet (Alquist & Strømsnes, 2016) samt ulike etiske retningslinjer for helsepersonell (DNJ, 2016; Legeforeningen, 2015; NSF, 2020).

3.7 Forskningsetikk

Det finnes en rekke forskningsetiske normer som forplikter en forsker i arbeidet sitt (Ringdal, 2018). Det skal sikres selvbestemmelse og frihet uten noen form for press på deltakerne, og slik hele veien i oppgaven utøve respekt overfor de som deltar. Særlig relevant for mødre i en ammesituasjon, er å trø varsomt inn i deres *privatliv*. Det er gitt garanti om at all innsamlet informasjon blir behandlet konfidensielt, dvs. at det skal være anonymitet fra start til slutt. Anonymiseringen gjelder i denne studien både underveis i arbeidet og ved publisering. Under intervjuene ble det ikke notert navn eller andre koder som kan spores tilbake til deltakerne.

Tett knyttet til kravet om privatliv, er kravene om *informasjon og fritt samtykke* (Ringdal, 2018). Det skal være fullstendig fritt å delta i studien, og informantene skal ha fått nødvendig informasjon om studien. Det skal heller ikke føre med seg sanksjoner ved å trekke seg, hverken underveis eller etter endt intervju. Informantene fikk informasjon i studien når det ble sendt ut forespørsel om deltakelse i Ammehjelpens Facebookgruppe, i tillegg til at det ble sendt ut informasjonsskriv i forkant av intervjuene. Mødrene bekreftet med skriftlig samtykke om at de hadde lest og forstått hva deltakelse innebar, og at de var villig til å delta. Informasjonsskrivet er vedlagt (vedlegg 1). Før hvert intervju ble viktige moment tilknyttet anonymitet og frivillighet og nevnt muntlig. Studien er godkjent av NSD, og tilrådingen er vedlagt (vedlegg 2). Deltakerne samtykket erklæringen til deltakelse via e-post eller SMS. Det har ikke blitt samlet inn sensitive personopplysninger. Det har vært et viktig fokus å anonymisere, både ved innsamling, lagring og ved bruk i studien, i tråd med kravet om konfidensialitet. Slik har det og blitt tatt hensyn til kravet om å bli *korrekt gjengitt*. Dette kravet har i tillegg blitt møtt med å vise til de valg som er tatt underveis i studien, samt at min egen forskerrolle er gjort rede for. Dette henger tett sammen med validitet og gyldighet, se kap 3.8 under.

3.8 Validitet, reliabilitet og overførbarhet

Det er i forskningsmiljøer diskutert hvorvidt begrepene validitet, reliabilitet og generalisering har like stor betydning i kvalitative studier som i kvantitative studier (Ringdal, 2018). **Validitet** omhandler hvorvidt valgt undersøkelsesmetode samt innsamling av data, svarer på og passer til de resultater i data som er sentrale for problemstillingen(e).

Validitet er en indikasjon på om en har målt det en vil måle. *Bekreftbarhet* brukes parallelt om validitetsbegrepet, og er en indikasjon på hvilken kvalitet det er i tolkningene som er blitt gjort i en studie. Gjennom å greie ut om metoder, valg og fremgangsmåter, samt ha et transparent overheng hvor de forskningsetiske krav er forsøkt etterlevd etter beste evne, har det blitt forsøkt å skape en høy validitet i studien.

Reliabilitet henviser til pålitelighet; en studie har høy grad av pålitelighet om undersøkelsen samt datainnsamlingen gir data som er pålitelig (Grønmo, 2016). *Troverdighet* anvendes ofte istedenfor reliabilitet i kvalitative studier. Om studien er tillitsvekkende, scorer den høyt på troverdighet (Ringdal, 2018). Forskerens åpenhet omkring feilkilder, kan være med på å øke troverdigheten. Ved å inkludere utdrag fra intervjuene, har jeg åpnet opp for å la lesere se hvordan innsamling av empiri foregikk, og hvilken kunnskap som kom frem. Studien har i tillegg inkludert relevante tekster. Studien har og fokusert rundt førstegangsmødre med relativt unge babyer, og behovet for å huske langt tilbake i tid har ikke vært tilstede, noe som kan sies å øke reliabiliteten fordi studien unngår hukommelsesbias. Studien har i tillegg gjort flere funn som samsvarer med tidligere forskning.

Overførbarhet er et annet ord for generaliserbarhet. Også om en kvalitativ studie kan være generaliserbar er omdiskutert; hvorvidt studiens gyldighet kan gjelde utover for flere tilfeller enn det som har blitt studert (Tjora, 2017). I en institusjonell etnografi tar forskeren opp jakten på å finne og beskrive det hverdagslige, de sosiale prosesser som kan ha en viss overførbarhetsverdi, nettopp fordi de beskriver hvordan styringsrelasjoner i samfunnet er og fungerer (Smith, 2005). Campbell (Campbell & Gregor, 2004) påpeker at det er empiri som samles inn mellom nivå 1 og nivå 2 (se figur 1 i kap. 3.5 over) som er avgjørende for hvorvidt en kan snakke om overførbarhet. Institusjonell etnografi frembringer ikke én sannhet, heller del-sannheter om hvordan ulike prosesser i samfunnet fungerer, og disse kan ha generaliserende effekter (Widerberg, 2007). Selv om denne studien har et begrenset empirisk nedslagsfelt, kan funn gi økt forståelse av hvordan velferdspolitikken fungerer på et mer generelt plan ved å vise hvordan ulike styringsrelasjoner rundt institusjonelle forhold (makronivå) gir betydning og føring for mødres ammereiser (mikronivå). Funnene må derfor kunne antas å ha gyldighet når det gjelder innsikt i førstegangsmødres situasjon utover de 8 informantene. Spesielt angår det de offentlige styringsrelasjonene, men og samspillet med frivilligheten og uformelle nettverk.

4.0 Amming og ammehjelp – historiske utviklingslinjer og dagens organisering

4.1 Amming blir institusjonalisert

En kan spore ammepolitikk helt tilbake til 1700-tallet, hvor en forsøkte å få ned den høye spedbarnsdødeligheten gjennom å anbefale morsmelk (Schiøtz i Ellingsæter, 2005). Trykket på mødre for å amme fortsatte på 1800-tallet, og med opprettelse av en rekke barnepleiestasjoner ved inngangen til 1900-tallet, ble amming som en «institusjon» et faktum. I mellomkrigstiden sank ammefrekvensen, trolig som følge av strenge tidsskjemaer for hvor ofte og når amme – selv om legene aktivt oppfordret mødre til å amme. Etter krigen, hvor en anser storhetstiden til hjemmeværende husmødre, var ammefrekvensen på sitt laveste. Kun 22 % av mødre som ga barn morsmelk, ammet når barnet var tre måneder gammelt (Ellingsæter, 2005). Produsenter av morsmelkerstatning dukket opp på 1960-tallet, og Ammehjelpen som ble opprettet i 1968 (Helsing, 2007), jobbet blant annet for å fremme og motivere til mer amming.

For 100 år siden var hjemmefødsler vanlig, men det ble utover på 1900 tallet opprettet en rekke nye helseinstitusjoner hvor mange hadde tilbud til gravide kvinner, og det ble vanligere å føde på institusjon (HOD, 2009). Med økonomisk vekst og medisinske fremskritt etter 2. verdenskrig, startet utbyggingen av sykehus med fødeavdelinger for alvor. Hvor det var langt til nærmeste fødeavdeling, ble fødestuer opprettet, i tillegg at frivillige aktører (eksempelvis Røde Kors og Sanitetsforeningene) var initiativtakere til oppretting av fødestuer. De siste tiårene har tendensen vært å sentralisere fødetilbudet, på bakgrunn av en tro på at det er tryggest for mor og barn å føde på sykehus fremfor mindre fødestuer. Med fødeinstitusjoner deler en disse opp i tre nivåer; kvinneklinikk, fødeavdeling og fødestue (HOD, 2009).

Endringer i politikk som angår velferd og familie, påvirker og gir konsekvenser for en førstegangsmor. Om et barn blir ammet, beror i stor grad på samfunnets tradisjoner, normer og verdier (Alquist & Strømsnes, 2016). Forekomsten av amming har derfor svinget i takt med ulike samfunnsmessige trender og utviklinger. Når fødsler ble flyttet over til det offentlige systemet, startet samtidig en tankegang fra ansvarlige politikere samt medisinerne

om at fødsler innebar en risiko, til tross for at fødsel fra et biologisk og fysiologisk perspektiv anses som normalt (Eide, 2003; Helsedirektoratet, 2014b).

Norge, som første land i verden, integrerte en ernæringspolitikk i 1976 med fokus på blant annet amming (Ellingsæter, 2005). I 1999 med opprettelsen av NKA (Nasjonalt kompetansesenter for amming), ble amming særlig institusjonalisert i omsorgspraksiser. Råd og anbefalinger fra NKA har særlig tyngde som følge av at den institusjonaliserte omsorgspraksisen er integrert i de kunnskaps- og handlingsnormene som settes. Både de som arbeider med informasjonsdeling om amming før fødsel, samt læring, oppfølging og støtte etter fødsel forventes å relatere sitt arbeid til denne offisielle ammepolitikken (ibid). Verdens helseorganisasjons anbefalinger er i tillegg tungt forankret i norsk helsepolitikk, og er en sterk, normativ fører for hva politikken skal inneholde i lys av amming.

I 2018 fikk 97 % av barn på føde/barselavdelinger morsmelk. Ved 4 ukers alder var det 81 % av barn som ble fullammet, 39 % ved 4 måneders alder og 5 % når barnet var 5,5 mnd gammelt (Folkehelseinstituttet, 2020). Det er et stykke igjen å nå målet om at 60 % av barn skal fullammes til de er 4 måneder gamle, allikevel det kun er 2 % av barn som ikke får morsmelk på føde og barselavdelinger (ibid). I dag anses amming som «et av de mest effektive tiltakene for å fremme helse og forebygge sykdom hos både barn og mor» (Regjeringen, 2017), og er viktig i et folkehelseperspektiv (Helsedepartement, 2003).

4.2 Velferdsutvikling

Det vises gjerne til fire systemer som utformer og yter velferdstjenester i Norge; det kommersielle (institusjoner og bedrifter som er fortjenestebasert), det offentlige systemet (kommune og stat), et frivillig system (eksempelvis humanitære og kristne organisasjoner) og endelig det uformelle hvor både familie og nærmiljø kommer inn (NOU, 2011). Disse opptrer ikke som lukkede segmenter uavhengig av hverandre, derimot ser en ofte at systemene overlapper hverandre og at det samarbeides mellom dem. Ammehjelp kan være å finne i flere systemer, og dynamikken og utviklingen systemene i mellom må antas å ha betydning for hvilken type hjelp som er tilgjengelig.

Det har skjedd en forskyvning av tjenestetilbydere- og ytere, hvor det tidligere var vanlig at det uformelle og frivillige systemet bar hovedvekten. De industrielle revolusjonene samt

etterfølgende av krigen har, sammen med både kirken og frivillige organisasjoner - vært med på å legge grunnlaget for utviklingen av velferdsstaten (NOU, 2011). Helse- og sosialarbeid ble tidligere drevet av mange humanitære organisasjoner og kirken, men trykket på antall omsorgsoppgaver samt en økende befolkning som hadde behov for ulike tjenester, presset staten til å ta mer ansvar utover hva en familie klarte. Det var et stort behov for arbeidskraft, og flere kvinner tok del i arbeidslivet i tillegg til at de i økende grad begynte å ta utdanning. Kvinnene hadde tradisjonelt tatt seg av helse- og omsorgstjenester, uformelt og frivillig i hjem og nærmiljø. I dag er det offentlig sektor som er ansvarlig for å sikre tilgang og fordeling av ulike velferdsoppgaver, men som nevnt ofte i et samarbeidsklima med andre (NOU, 2011).

I 1989 ble frivilligheten trukket frem som sentral aktør i norsk sammenheng og for velferdsstatens utfordringer. Ved å inkludere det frivillige systemet, mente en at integrasjon og solidaritet kunne styrkes, og viser til dette systemet som en hjørnestein i norsk sammenheng (Olsen, 1989). Dog, understrekes det at frivillige og selvhjelpsgrupper ikke må bli en «sovepute som fratar det offentlige sitt ansvar for blant annet å prioritere innen helse- og sosialsektoren» (ibid. s, 7).

I 2011 kunne en skimte et behov og ønske om å dra nytte av sivilsamfunnet i større grad, ved å inkludere medborgere til å ta ansvar for utforming og oppbygging av ulike tjenestetilbud (NOU, 2011). Bakgrunnen for uttalelsene om medborgerskap, kom i lys av en offentlig utredning som så på innovasjon i omsorg – hvordan møte fremtidens omsorgsutfordringer. En medborger skal ikke være en passiv mottaker av tjenester (konsument), men og som produsent for å vedlikeholde og bringe velferdssamfunnet fremover. Utredningen bruker en rekke økonomiske termer, og en ser tendensene av et NPM (New public management) inspirert samfunn. Studier viser dog at man nok er på vei vekk fra denne økonomiske tenkningen, og heller er på vei over til NPG (New public governance) hvor bl.a. nettverkstenking står sentralt (Aarseth m.fl., 2015).

Norge har lange tradisjoner med å inkludere familieomsorg i velferdsutforming- og ytelse, men den sosiale organiseringen av dette har endret seg i ulike utviklingsbaner (Stamsø & Hjelmtveit, 2009). I et ammeperspektiv har sivilsamfunnet alltid eksistert rundt mødrene i ulik grad. En utfordring i lys av NPG tankegang, er hvorvidt for mye involvering kan skape en form for flyktighet fra ansvar overfor egen situasjon. Dette kan vise seg i situasjoner hvor

det ikke er samsvar mellom den gitte autonomien og oppgaven som skal utføres (Delmar, 2018). I et velferds- og ammeoperspektiv kan dette utspille seg i hvor mye delaktighet og ansvar (autonomi) en pasient eller bruker (førstegangsmor) skal få eller forvente å ta for egen situasjon og helse, hvor staten unnviker å ta sin del av ansvaret. Dette kan vise seg i ulike forventninger til nettverksstyring og begrepet samskaping, begrepene operasjonaliseres ulikt ut fra kontekst og subjektet som står i en gitt situasjon.

4.3 Frivilligheten og familien

Frivillig sektor, ofte omtalt som den «tredje sektor», er en stor bidragsyter når det kommer til produksjon av velferdstjenester (Stamsø & Hjelmtveit, 2009). Denne sektoren er sentral iht. til ivaretagelse av demokratiske prinsipper, kunnskapsformidling samt sosial integrasjon. Frivillig arbeid i Norge er høyt sammenlignet med andre land, og i 2007 deltok over halvparten av befolkningen i frivillig arbeid. Et kjennetegn ved slikt arbeid, er at det drives privat og er ulønnet. En rekke frivillige organisasjoner og private institusjoner (eksempelvis Norske Kvinners sanitetsforening og Røde Kors) drives med offentlig støtte.

En frivillig organisasjon er typisk formell, og med det skiller den seg fra et nabolag som ikke innehar samme faste rammeverk (Stamsø & Hjelmtveit, 2009). Videre vil en slik organisasjon være privat, dvs. at det det offentlige ikke eier eller driver virksomheten, selv om den kan ha offentlig støtte eller være finansiert av offentlige budsjetter. Private eiere kan ikke ta ut overskudd av en frivillig organisasjon. Et eventuelt overskudd skal gå tilbake til organisasjonen selv, og er derfor nonprofit-basert. En frivillig organisasjon har og egne formelle prosedyrer og vedtekter som angår fremgangsmåter og ift. vedtak. Slik er de selvstyrt – de har egen makt og autonomi som ikke styres av noe utenfra. Endelig er det nettopp *frivillig* arbeid som gjøres, deler av organisasjonen består av mennesker som ikke mottar lønn for sitt arbeid innad i den frivillige organisasjonen. Både frivillige organisasjoner, stat og marked inngår ofte i et komplekst samarbeidsmønster (Stamsø & Hjelmtveit, 2009).

Frivilligheten er ofte noe som havner «mellom» stat og marked. Dette er og et kjennetegn ved familien. Mennesker anses som sosiale vesener, med behov for å bli sett, være i et fellesskap samt motta og gi uformell omsorg (Stamsø & Hjelmtveit, 2009), og slik få dekt behov som strekker seg utenfor hva staten alene kan tilby. Et menneskets nærmiljø

inneholder hverdagspraksiser som er av betydning for å imøtekomme en rekke grunnleggende behov.

Familietradisjonen har stått sterkt. Historisk stod familien for viktige verdier som trygghet, og slekta opptrådte som forsikring ift. når en hadde behov for praktisk eller økonomisk hjelp (Stamsø & Hjelmtveit, 2009). Familien var viktig for det psykososiale, mellommenneskelige – i tillegg til det materielle, noe den også gjør i dag men i varierende grad. Historisk sett har hele livet sirklet rundt kjernefamilien - husmorfamilien; far var på jobb og mor tok ansvar for forsørgelse og omsorgsoppgaver. Med industrialiseringen og urbaniseringen, forsvant og «storfamilienes kvinnefellesskap» (Eide, 2003). I slike fellesskap ble mødre opplært i omsorgsarbeid – amming og kunnskap om temaet hadde opprettholdt seg selv i et uformelt perspektiv. I 2005 pekte Regjeringen på flere omsorgsutfordringer, deriblant at det i fremtiden ville bli knapphet på frivillige som yter omsorg, samt på helse- og sosialpersonell (NOU, 2011).

4.3.1 Ammehjelpen

Ammehjelpen som forening, ble opprettet i 1968 Norge av Elisabet Helsing, sammen med ti andre mødre (Helsing, 2016). Tanken var at mødre skulle møtes i noens hjem for at de med ammeerfaring kunne dele sine tips og råd med andre mødre (Helsing, 2007), og denne formen for mor-til-mor hjelp spredte seg snart til resten av landet. Helsing poengterer at dette var en bevegelse, og ikke noe prosjekt. Et prosjekt har ofte en start og sluttdato, skapt av noen som vil hjelpe andre som opplever problemer. En bevegelse oppstår av de som faktisk opplever problemene, og drives frem av idealisme heller enn noen form for finansiering (Helsing, 2016). Ammehjelpen står i dag som en stor frivillig aktør hvor arbeidet er å «beskytte, fremme og støtte amming gjennom å spre informasjon om amming og gi direkte støtte fra mor til mor» (Alquist & Strømsnes, 2016). Ammehjelp fra Ammehjelpen er gratis, og veiledning gis i hovedsak via telefon, e-post og ulike sosiale medier (Ammehjelpen, 2020a). Ammehjelpen samarbeider med NKA, og holder kurs for mødre og helsepersonell. Støtte gis til mødre som både vil full- eller delamme, eller slutte å amme. For å bli ammehjelper i regi av Ammehjelpen, må en ha egen ammeerfaring, lese pensum og skrive samt bestå en ammehjelpsoppgave (ibid).

På slutten av 1960-årene skulle den amerikanske ammeorganisasjonen «La Leche League International» påvirke hvordan amming i Norge ble sett på. Ideer fra Amerika ble fanget opp av Elisabet Helsing og Eli Heiberg, som utarbeidet en brosjyre som fikk navnet «Hvordan du ammer ditt barn» (Alquist & Strømsnes, 2016). I samarbeid med Helsedirektoratet ble denne brosjyren trykt opp og utdelt til alle helseinstitusjoner for gravide og mødre. Brosjyren er i omløp den dag i dag – i fornyede utgaver og deles fortsatt ut av Helsedirektoratet. Brosjyren har en viktig rolle som informasjonsdeler omkring temaet amming (Helsedirektoratet, 2011). Myndighetens positive rolle til å støtte den uformelle kvinnebevegelsen bak Ammehjelpen, er unik og har vært en viktig aktør i hvordan det formelle ammearbeidet har blitt formet i tråd med kvinners erfaringer, behov og krav (Eide, 2003).

4.4 Moderskapet som institusjon

En rekke politiske og ideologiske linjer har vært med på å farge innholdet til hva en god mor anses å være. Moderskapsdiskurser, hvordan samfunnet snakker om og stiller seg til morsrollen, har i stor grad blitt konstituert av begrep, fortolkninger og normer (Ellingsæter, 2005). Et biologisk moderskap knytter seg typisk til de sosiale praksisene, og er handlinger som nærmest har blitt tatt for gitt; mor går gravid, føder og ammer. Det er særlig medisinske aktører som har vært med på å påvirke dette biologiske anliggende, med å vise til hva mødre bør gjøre eksempelvis i forhold til ernæring av barn (ibid). Historisk var det vanlig å sette bort barna for amming. Smart viser til moderskapet som noe som tas for gitt, istedenfor å studere dette som «(...) the possible outcome of specific social processes that have a historical and cultural location which can be mapped» (Smart i Ellingsæter, 2005). I forlengelse av dette kan en snakke om normaliseringsdiskurser, som særlig Foucault (Aakvaag, 2008) fokuserte på. Hva som blir tatt for gitt, og anses som selvfølgeligheter – blir i stor grad formet av det diskursive og kulturelle som setter et rammeverk for utøvelsen av ulike roller (Ellingsæter, 2005). Flere hevder morsrollen er satt i et samfunnsmessig rammeverk som varierer (Badinters i Ellingsæter, 2005), og omsorgsevne ble frem til 1900-tallet ansett som et ervervet talent heller enn naturlig gitt. Amming følger samme samfunnsmessige endringstendens; ammepraksis er formet og justert etter hva som har blitt ansett som bra og riktig.

De fleste mødre føder barn i en offentlig institusjon og ikke hjemme (HOD, 2009). Mors mor eller annen familie er ikke tilstede i svangerskapet, under og etter fødsel i like stor grad, og deres rolle som kunnskapsbærere og lærere, er i større grad blitt satt bort til det offentlige. Fødsel og amming har blitt ett kollektivt og statlig anliggende og interessefelt (Eide, 2003). Slik kan en tenke seg at det er andre instrumentelle faktorer og institusjonelle diskurser som preger morsrollen i dag enn tidligere. Dette viser seg til eksempel ved at det i dag har det blitt institusjonalisert en norm og forventning om at mødre skal ut i arbeid, og la far få ta større del av omsorgsarbeidet med barn før de er ett år (Ellingsæter, 2005). Permisjonsreglene er synlige resultater på dette, hvor målet har vært å gi kvinner større autonomi, frihet og selvbestemmelse. Ulvund viser til baksiden av en for stor ammepropaganda. Blir trykket for stort mot å amme, kan mødre risikere å ende opp med følelsen av å ikke strekke til for barnet sitt – ikke være en god mor – om de ikke ammer barna etter anbefalingene (Ulvund i Ellingsæter, 2005).

4.5 Organisering av ammehjelp i helsetjenestene

Historisk har det vært allmennleger som har hatt ansvaret for oppfølging av et svangerskap. Etter en utredning av Sosialdepartementet i 1984, fikk jordmødre ansvaret for denne oppfølgingen, i samarbeid med leger og helsesøster (i dag, helsesykepleier¹) (HOD, 2009). Jordmødrenes kompetanse ble anbefalt å styrkes ift. kunnskap om svangerskap, fødsel og barseltiden, og i 1995 ble jordmortjenesten lovfestet. Jordmødre er ansatt både på kommunalt (primærhelsetjenesten) og statlig nivå (spesialisthelsetjenesten) (HOD, 2009). Jordmødre har spesialkompetanse på svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.

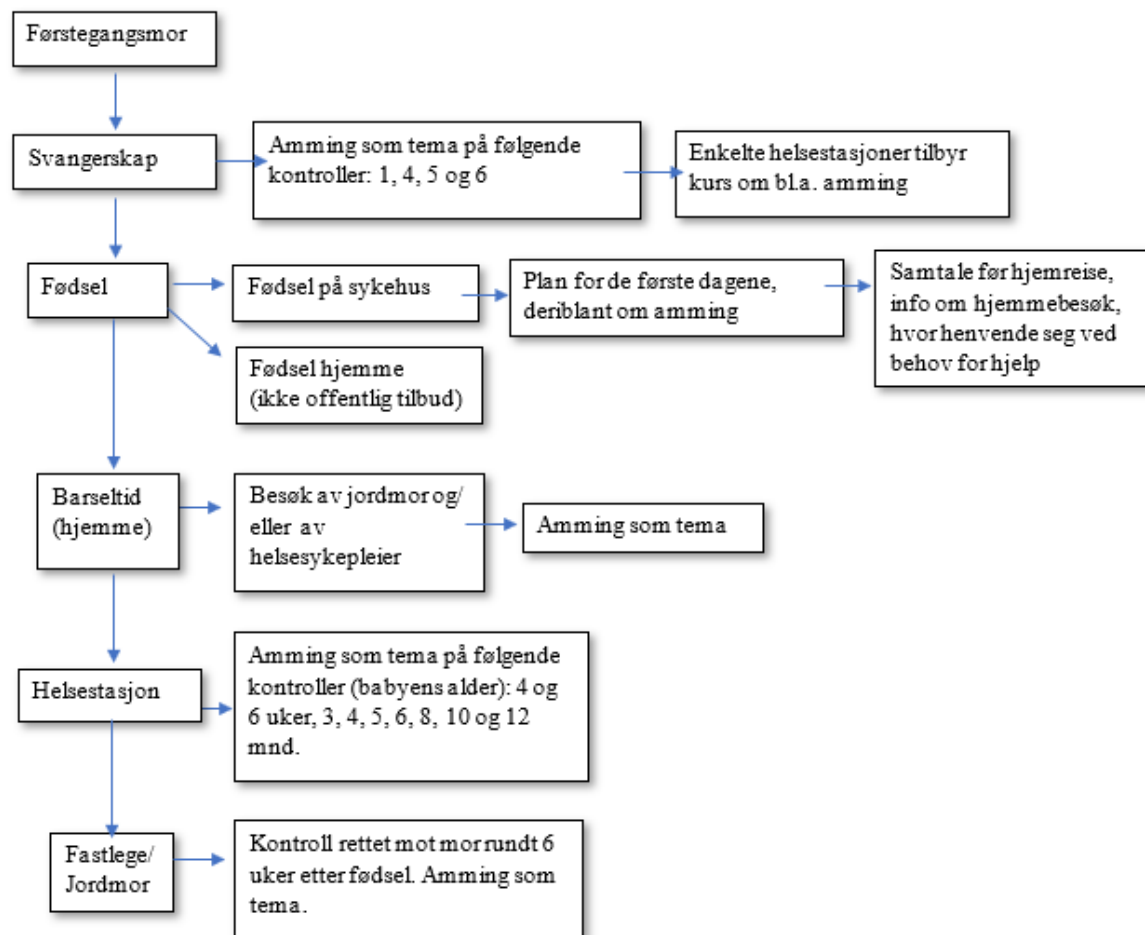
Kommunen er ansvarlig for å påse at det finnes jordmortjeneste i sin kommune, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 (Lovdata.no, 2011). Helsestasjonens tilbud til gravide skal blant annet inneholde både helsemessige undersøkelser i tillegg til rådgivning (ibid). Helsestasjonen skal og være der for kvinnen og familien underveis i svangerskapet, samt i

¹ I 2018 ble tittelen «Helsesøster» erstattet med «Helsesykepleier», begrunnet i at tittelen skal bære preg av å være kjønnsnøytral. Tittelendringen ble og gjort for å rekruttere flere menn inn i yrket, i tillegg til å senke terskelen for at unge gutter skal oppsøke helsehjelp (Regjeringen, 2018). Studien bruker begge begrep, avhengig av hva informantene sa.

barseltiden (Helsedirektoratet, 2014b, 2020b). Mødre blir typisk knyttet til en fast helsesykepleier på helsestasjonen, for oppfølging av barnet etter fødsel.

Siden etterkrigstiden har det blitt fokusert på helsearbeid av forebyggende karakter, deriblant oppfølging av gravide, mødre og nyfødte. Lov om helsestasjoner i 1972 systematiserte dette arbeidet, og med Kommunehelsetjenesteloven som trådte i kraft i 1982 ble ansvaret for disse virksomhetene flyttet over til kommunene (HOD, 2009). I forskrift om helsestasjonsvirksomhet fra 1983 ble tilbudet utvidet fra å ha barns oppvekstvilkår som fokus, til også å gjelde blant annet fødselsforberedende kurs. Senere ble dette inkludert i helse- og omsorgstjenesteloven og forskrift om kommunenes helsefremmende virksomhet (Lovdata, 2018; Lovdata.no, 2011).

Organiseringen av amming formelt sett, starter i Lov om pasient- og brukerrettigheter (Lovdata.no, 2018). Formålet med loven er å «sikre lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten». Brukere av tjenestetilbudet, har videre rett til medvirkning, og tjenestetilbudet skal utformes i samarbeid med brukeren (ibid). Videre heter det at det skal gis nødvendig informasjon som er behøvelig for å få innsikt i både innhold i helsetjenesten og i sin helsetilstand, men og for å kunne ivareta sine rettigheter.



Figur 2. Egenprodusert visualisering av hvor amming (bør) dukke opp underveis i et svangerskap og etter fødsel, basert på anbefalinger i nasjonale retningslinjer (Helsedirektoratet, 2014b; Helsenorge, 2019b, 2020b).

Svangerskapsomsorg er noe alle gravide har krav på (Helsedirektoratet, 2019a). Allerede på første kontroll (mellom uke 6 og 12 i svangerskapet) skal amming tas opp som tema. Både jordmor og lege utfører svangerskapskontroller (NHI.no, 2018).

Barselomsorg er en tjeneste som gis på både kommunalt og statlig nivå; tjenester kan gis fra sykehus, helsestasjon, jordmor m.fl. Ordet «barsel» viser til tiden etter fødsel, hvor kvinner som har født barn skal få tid til å hente seg inn, og tilpasse seg nye omgivelser både emosjonelt og fysisk (Helsedirektoratet, 2014b). Barseltiden regnes for å være fra fødsel og til barnet er rundt 6 uker gammel (Helsenorge, 2019a). Ved fødsel på sykehus, er det som regel tett oppfølging av helsepersonell de første dagene, og det skal lages en plan for de første dagene etter fødsel, hvor blant annet amming skal være et tema (Helsedirektoratet, 2014b). Det er sykehusets (spesialisthelsetjenesten) ansvar å påse at det meldes fra til både

jordmortjenesten, fastlegen samt helsestasjonen (kommunale helse- og omsorgstjenester, primærhelsetjenesten) om at mor og barn reiser hjem (Helsenorge, 2019a). Helsedirektoratet påpeker viktigheten rundt samarbeid og samhandling mellom ulike nivå og instanser (Helsedirektoratet, 2014b).

Det anbefales **hjemmebesøk** av jordmor ilt. de første tre døgnene etter fødsel (Helsedirektoratet, 2014b). Helsesykepleier fra helsestasjon plikter å tilby mor og barn hjemmebesøk etter fødsel, tradisjonelt innen 14 dager etter fødsel. På dagtid er **helsestasjonen** tilgjengelig for familier med små barn, ungdommer og gravide (ibid). På og via helsestasjonen skal det gis både generell, men og individuell, tilpasset hjelp. Amming skal være tema både når jordmor og helsesykepleier er på besøk, i tillegg på de kontroller som er vist i figur 2 over.

Fastleger er sammen med helsestasjoner, en del av primærhelsetjenesten (Stortinget.no, 1995). Både helsefremmede og forebyggende arbeid anses som viktig for en fastlege. Det er fastlegen som besitter myndighet til å henvise videre til spesialisthelsetjenesten. En fastlege skal kunne bistå mor og barn i spørsmål som eksempelvis angår bruk av medikamenter sammen med amming, men og om amming generelt (Ammehjelpen, 2020b).

Verdens helseorganisasjon (WHO) er med på å gi retning til hvordan Norge skal legge opp bestemmelser og strategier som angår helsepolitikk (Helsedirektoratet, 2014b). WHO ønsker blant annet å tilrettelegge for at amming skal kunne skje, ved hjelp av Mor-barn-vennlig initiativ. WHO-koden er en annen retningslinje som tar sikte på at barns helse skal ivaretas, først og fremst via ulike anbefalinger omkring amming, men og at amming skal beskyttes og fremmes. WHO-koden innehar og retningslinjer som omhandler morsmelkerstatning, med sikte på at «unødig og feil bruk av morsmelkerstatning» skal unngås (OUS, 2020). Markedsføring av slike produkter er til eksempel ikke ønsket. Studier har vist at ammelengden forlenges blant mødre som får helsefaglig veiledning basert på opplæringsprogrammet til WHO (Helsedirektoratet, 2014b). Støtte fra legkvinner hadde og en positiv effekt på amming.

Mor-barn-vennlig initiativ (MBVI)

I 2006 ble det anbefalt at Sosial- og helsedirektoratet skulle utarbeide en strategi for å påse at WHO's anbefalinger ble fulgt opp (Helsedepartement, 2003). På bakgrunn av dette ble

«Mor-barn-vennlig initiativ» opprettet (Universitetssykehus, 2020a). Det ble og etter anbefalinger opprettet et eget kompetansesenter for amming – NKA (Nasjonalt kompetansesenter for amming), som fikk rollen i å kvalitetssikre og overvåke ammeveiledning hos helsepersonell både på føde- og barselavdelinger (Universitetssykehus, 2020c). Bakgrunnen for et slikt Mor-barn-vennlig initiativ, kom etter at Norge i 1993 deltok i en global satsing initiert av WHO og UNICEF («The Baby-Friendly Hospital Initiative»). Målet var å snu en ammetrend som gikk i feil retning over hele verden. NKA fungerer som evaluator av at rutiner og prosedyrer gjøres etter de kriterier WHO og UNICEF har satt (ibid). En norsk studie viser positiv utvikling av ammeforekomst etter innføring av Mor-barn-vennlig initiativ (Andreassen, 2001). Særlig fødeenhetene var sentral i endringsprosessen for å få økt ammeforekomsten i Norge (Eide, 2003). NKA jobber og med å få helsestasjoner godkjent etter Mor-barn-vennlige prinsipper. For ulike virksomheter i primær- og spesialisthelsetjenesten som ønsker å oppnå slik godkjenning, må «Ti trinn for vellykket amming» innarbeides og følges (Universitetssykehus, 2020b), se vedlegg 4. Evalueringen av helsepersonell som gir ammeveiledning, gjøres etter 20 punkt, se vedlegg 5.

4.6 Ammehjelp som komplekst og dynamisk fenomen

Gjennomgangen i dette kapittelet har vist at både synet på amming og hvilke hjelpeordninger som bør tilbys, er utviklet gjennom et komplekst samspill mellom faktorer på ulike nivå. Både svangerskap-, fødsel og barseltiden er i dag preget av et utstrakt offentlig ansvar som er bundet opp i en rekke lover og retningslinjer som er styrende for hvordan arbeidet og tjenestene skal organiseres. Figur 2 illustrerer hvordan de formelle rammene og anbefalinger gir både plikter og rettigheter når det gjelder ammehjelp som del av offentlige velferdstjenester. Dette gjelder både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Overnasjonale organ gir og retning til hvordan helsepolitikken på dette området bør legges opp. I tillegg ligger det politiske føringer på at mødre skal styrkes for å kunne ta et større ansvar for egen situasjon.

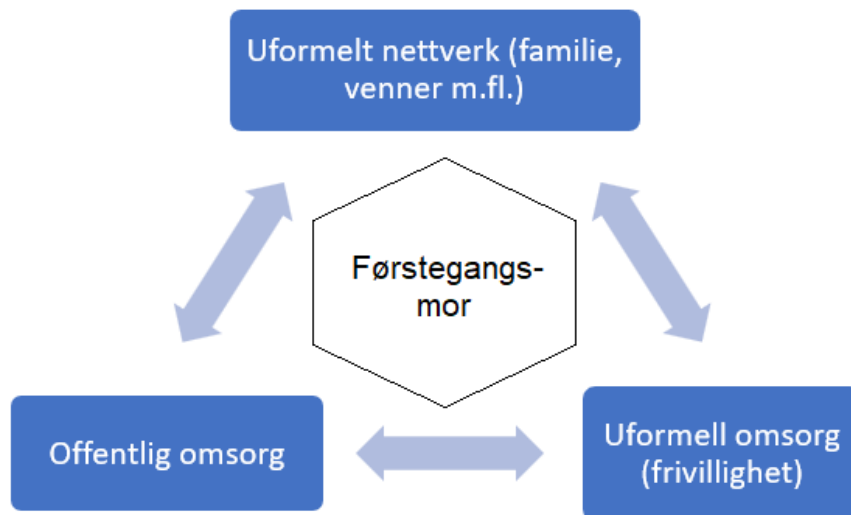
Samtidig sees det et statlig engasjement som tar sikte på å bevare og støtte opp om under frivilligheten, som er tilfelle med Ammehjelpen. Morsrollen blir møtt med en rekke kollektive diskurser fra både offentlige og uformelle hold, som er med på å definere og gi retning til hva som forventes av mødre, deriblant omkring amming. Amming og ammehjelp

er preget av å være både dynamisk og komplekst, som skjer i en rekke spenningsfelt mellom ulike segmenter. Svangerskap, fødsel og tiden etterpå er på samme tid karakterisert av en rekke nye biologiske forandringer for en mor, som skal inn i en helt ny livssituasjon – ofte preget av at kjernefamilien ikke er til stede i tilsvarende grad som tidligere. Hvilke eventuelle ammeutfordringer en førstegangsmor kan møte på er og usikkert. Denne studien tar nettopp sikte på å synliggjøre hvordan den enkeltes ammereise utspiller seg i en kontekst preget av offentlige reguleringer, frivillige tilbud og kjennetegn ved mødrenes nære relasjoner. I neste kapittel formidles og tolkes de individuelle erfaringene på bakgrunn av trekk ved den konteksten som her er beskrevet.

5.0 Resultat og diskusjon

Hovedformålet med denne studien er å belyse førstegangsmødres ammeerfaringer i spenningsfeltet mellom offentlige og private hjelpeordninger. Så langt har studien sett at sentrale utviklingstrekk peker i retning av at staten har kommet inn som en form for garantist for at nødvendig ammeinformasjon skal nå ut til mødre, samt at det offentlige skal ha en støttende rolle. Denne rollen må antas å være særlig aktuell i en tid hvor de fleste føder på offentlige institusjoner. Den frivillige kanalen er fortsatt ansett som sentral, samtidig som uformelle, kollektive diskurser er med på å sette preg på ammenormen i Norge. I dette kapitlet studeres mødres egne ammeerfaringer og hvordan deres ammereiser står i ulike spenningsfelt mellom de forskjellige sfærene, slik de ble formidlet av åtte førstegangsmødre våren og sommeren 2020.

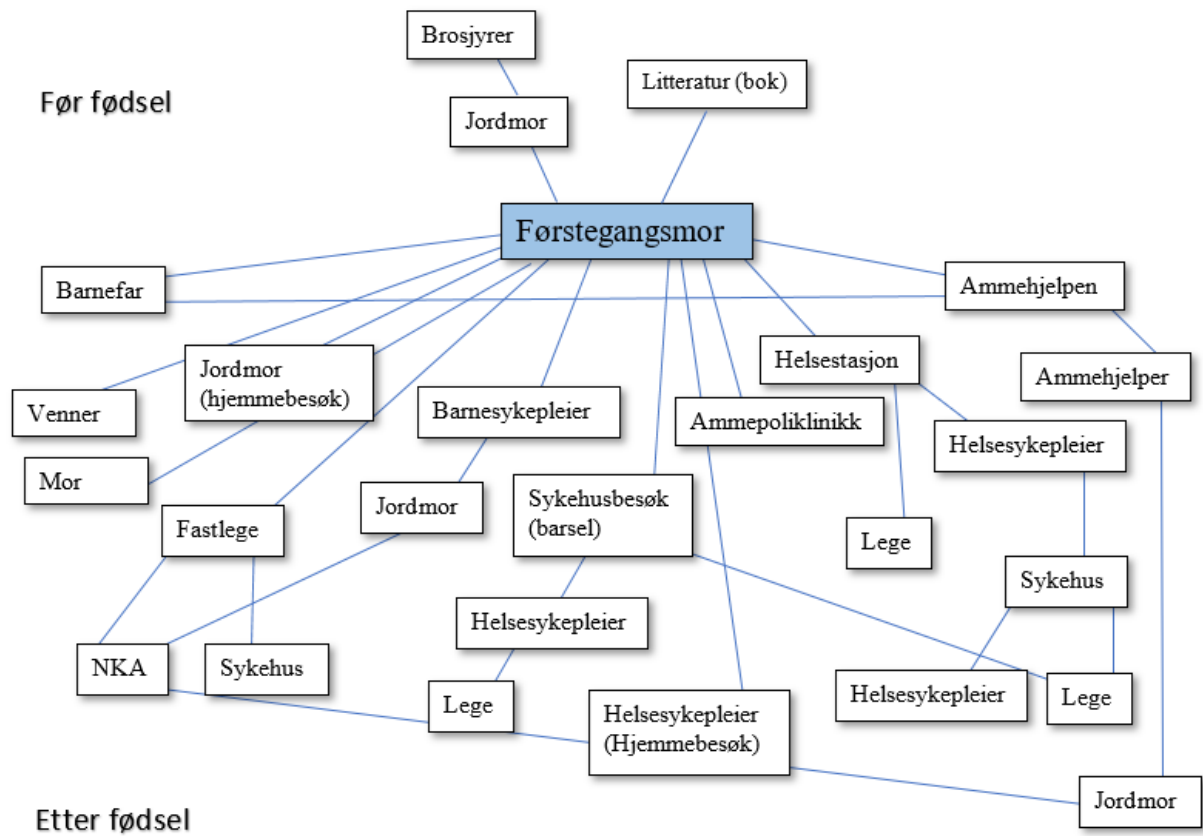
Figuren under viser mangfoldet i hvor ammehjelp kommer inn i mødres hverdagsliv, og det må antas at det vil variere hvor sterk eller sentral de ulike sfærene er for mødrene på ulike tidspunkt i ammereisen. Et annet kjennetegn er som tidligere beskrevet, er at ulike kanaler virker inn på mødrenes ammereiser samtidig.



Figur 3. Oversikt over ulike sfærer ammehjelp har blitt gitt.

5.1 Det første intervjuet, kartet tegnes

I det første intervjuet ble jeg introdusert for en rekke ulike instanser som hadde vært inne i bildet for å hjelpe mor og barn med ammingen, og det viste seg å ikke være en unik historie – de fleste mødrene hadde erfaring med like mange instanser. På bakgrunn av empiri fra det første intervjuet, ble kartet under (figur 4) laget. Kartet på neste side (figur 5) ble laget underveis i intervjuprosessen, og er en sammenfatning av alle informantenes fortellinger rundt deres ammereise, og viser hvordan reisene og ammehjelp har utspilt seg i samspill med andre formelle og uformelle virksomheter og nettverk.



Figur 4. Det første kartet, basert på data fra første intervju. Kartet viser fra hvilke instanser informanten hadde fått amnehjelp.

I intervjuene kom det fram at amming som tema først viste seg som et aktuelt og relevant tema *etter* fødsel for de fleste. Når jeg ba informantene om å ta meg med gjennom deres ammeprosesse, startet 7 av 8 med å ta utgangspunkt fra fødselen. Unntaket var Pernille som hadde deltatt på privat kurs i svangerskapet. Når jeg forsøkte å nøste opp i hvordan amming som tema hadde vært før fødsel, var det i all hovedsak den uformelle biten som hadde gjort seg gjeldende. Kartet påpeker flere utfordringer. Retningslinjer anbefaler mødre å ha få helsepersonell å forholde seg til, noe som er tilfelle i denne studien i svangerskapet. De fleste hadde hatt kontakt med jordmor eller fastlege. Dog, når mor har født, åpnes det for en rekke andre institusjoner (formelle så vel som uformelle) og andre personer å skulle forholde seg til, spesielt når ammingen har blitt et problem. Dette er krevende, fordi «den første tiden oppleves som travel for foreldrene» og «å forholde seg til timeavtaler og til og fra sykehuset er en tilleggsbelastning for foreldrene» (Helsedirektoratet, 2014b). Hvilke ammeproblemer en mor eventuelt møter på, kan ikke alltid predikeres – selv om noe kan avdekkes før fødsel som til eksempel i situasjoner hvor mor har operert brystene (Alquist & Strømsnes, 2016). Det må antas at det *sosiale* rundt kvinnene i svangerskapet kan ha stor betydning for hvordan ammeforløpet utfolder seg. Helse- og omsorgsdepartementet viser selv til at det er «viktig å klarlegge både ressurser og utfordringer i svangerskapet» (Helsedirektoratet, 2014b).

5.2 FØR FØDSEL

5.2.1 Ammekultur

Studier har vist at mellom 50 og 75 prosent av mødre avgjør før fødsel hvorvidt de skal amme eller gi erstatning (Dennis, 2002). Det er og vist sammenheng med tidspunkt for bestemmelsen; desto tidligere en mor bestemmer seg for å amme, jo større sannsynlighet for initiering og lengre varighet (ibid). Samtlige mødre i denne studien hadde bestemt seg for at amming var noe de ønsket mens de gikk gravid, og enkelte også før de ble gravid.

Cecilie: Det var ikke spørsmål om jeg skulle amme eller ikke når jeg ble gravid, selvfølgelig skulle jeg det, såpass stor selvfølge at jeg ikke tenkte over alternativene, jeg har ikke tenkt på erstatning. (...) vært såpass naturlig ift. kropp og amming fra mor og svigermor og familie rundt meg.

Norge har en særdeles ammevennlig kultur, og myndighetene jobber for at flere skal nå de mål som er satt (Helsedirektoratet, 2014b; HOD, 2009). Arbeidet med å påvirke mødre ser

i høyeste grad ut til å virke etter hensikten, i alle fall ved å forme tankene og holdningene til mødrene (Andreassen, 2001). Kristin viste til en «propaganda film²» som ble vist på helsestasjonen underveis i svangerskapet; «Det var litt sånn, man føler at her er det sånn at du skal amme, det er ingen som en gang forteller at du kunne gjort noe annet». Kristin er født og oppvokst i utlandet, og hadde selv en mor som ikke fikk til å amme, og beskrev hjemlandet hvor hun følte det var en samfunnsnorm hvor det var vanligere å gi flaske. Mannen var norsk, og i samtale rundt ulike kulturer påpekte Kristin at hun opplevde to svært ulike kulturer, hvor den norske var at amming er bra og noe alle skal gjøre. Dette «presset» beskrev hun med «(...) men når du står i det så vil du absolutt amme».

Det er en rekke tekster som er med på å styre arbeidet med å skape et ammevennlig samfunn i Norge (Helsedirektoratet, 2014b, 2019a, 2020b; NHI.no, 2018). I lys av tilrettelegging for amming, anbefales det blant annet at «Ti trinn for vellykket amming er en minstestandard for svangerskaps,- fødsels- og barselomsorgen. Alt relevant helsepersonell utdannes og etterutdannes i henhold til disse kravene. Kvinner og nyfødte sikres tilgang til ammekyndig helsepersonell» (Helsedirektoratet, 2014b). Videre anbefales det at «helsepersonell har kunnskap om WHO-koden» hvor særlig fokus på å beskytte samt oppmuntre til amming står sentralt. Enkelte mødre fortalte og at de hadde lest på morsmelkerstatninger at amming var det beste for barnet, og WHO-koden som følges av samfunnet er og med på å skape en positiv ammekultur. WHO-koden sier blant annet at «All informasjon om morsmelkerstatninger og tilskuddsblandinger skal understreke morsmelkens fordeler (...)» (OUS, 2020).

Slike retningslinjer innehar makt i den grad at de er med på å forme holdningene til mødrene, og styring og koordinering av aktiviteter (her amming) blir særlig influert av slike styrende tekster. Slike dokumenter samt retningslinjer opptrer som styringsrelasjoner, men er trolig mer synlig for helsepersonell enn det er for mødrene i mange tilfeller. Ingen av mødrene viste til ulike retningslinjer, selv om flere av prinsippene er å finne i heftet «Hvordan du ammer ditt barn» (Helsedirektoratet, 2011). De fleste mødrene hadde fått dette heftet i svangerskapet av jordmor, og som studien videre vil vise var det varierende hvorvidt mødrene leste dette og med ulik grad av forståelse av innholdet. Allikevel er mødrene innstilt

² Filmen det ble henvist til er «Bryst er best» (OUS, 2019) som kan brukes av helsepersonell i ammeveiledning i svangerskap og til mødre og fedre. Kortversjonen er oversatt til 19 språk, og brukes i store i deler av verden.

på at de vil amme før fødsel, men at denne avgjørelsen i større grad er konstruert på bakgrunn av den kollektive diskursen blant uformelle relasjoner som i stor grad er normgivende.

Antonovsky (2012) vier et avsnitt til husmorsrollen, og skriver blant annet at jeg-identiteten avgjøres i stor grad av husmorens rolle. Dette er forankret i to årsaker; en mor har bundet opp vesentlig mye tid og krefter til rollen og kan dermed ikke avfeie denne blankt, i tillegg er det denne rollen som i mange tilfeller definerer henne sosialt. Dog, i et skattesystem verdsettes ikke dette arbeidet, hun «jobber ikke» i et arbeidsorientert samfunn. Så langt taler det for en nedbrytning av hennes opplevelse av sammenheng heller enn en oppbygning. Men, her kommer ulike faktorer inn som kan være med på å avgjøre eller påvirke dette, deriblant sosiokulturelle og historiske dimensjoner. Husmorsrollen kan være sosialt verdsatt innad subkulturer eller av betydningsfulle mennesker, «selv om ikke den er verdsatt av storsamfunnet» (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Sosial anerkjennelse står sentralt, og eksempelet med Kristin som er født og oppvokst i et annet land, viser hvordan ulike institusjonelle normer og verdier er med på å forme hva som anses bra og riktig i et samfunn, og som i stor grad kan være styrende for atferd. Å amme er i dag i Norge ansett som noe positivt. Funn i studien tyder på at amming er med på å definere en som god mor eller ei; enkelte følte på et press over at amming var det eneste riktige, og at enkelte følte på rollen som «god mor» i forlengelse av dette. Kristin måtte en periode gi morsmelk hun hadde pumpet på flaske, og var på yogatreninger hvor barnet var med og fikk flaske; «(...) men ingen vet at det er morsmelk, men følte at det er skam å gi flaske mens alle andre ammet».

Sett i lys av hvordan Antonovsky fremhever sosiokulturelle og historiske dimensjoner som viktig for hva mennesket opplever som «riktig» og meningsskapende, kan man derfor forstå det som at Kristin har internalisert den rådende «ammenormen» i Norge som sin egen. Ammekulturen har endret seg gjennom historien (Helsedirektoratet, 2014b), og Kristin er et eksempel på hvordan dagens ammeholdninger blant både staten, helsepersonell og i andre uformelle nettverk viser seg i det praktiske og faktiske ammeliv. Samtidig påpekte flere ut fra et biologisk perspektiv at «Det er det kroppen er til, kvinnekroppen er laget til å bære frem barn og mate de» (Tora).

5.2.2 Kunnskap fra det uformelle systemet

Det er gjort forskning som viser sammenheng mellom ammeforekomst og forlenget ammeperiode, med mors tro på egne ferdigheter og i morsrollen, samt med opparbeidede kunnskaper og selvtillit (Dennis, 2002; Hægkvist, 2006; Kronborg, 2004; Laanterä, 2012). Mødrene i min studie hadde hatt ulike tilnærminger til kunnskap om amming i forkant av fødsel, og en fellesnevner var at de fleste ikke forstod innholdet før etter fødsel:

Kristin: (...) husker at jeg var litt æh – vet du hva, nå er det først fødsel, jeg skal lese meg opp til amming, begynte i 3 minutter men så tenkte jeg at dette orker jeg ikke, det var så fjernt, dette får vi ta når det skjer.

Meg: Søkte du informasjon om amming før fødsel?

Tora: Ja, det gjorde jeg. Søkte en del på internett, snakket og med jordmor på helsestasjonen, leste og i en del bøker som jeg hadde fått lånt, men jeg forstod ingenting av det før jeg satt der selv. Det var veldig rart, at man på en måte har så mye hjelpemidler og kanaler og finne informasjon, men forstår ikke innholdet før du har babyen der.

Cecilie hadde også lest seg opp på forhånd, og viste til at «kunnskap er power». Cecilie følte en trygghet i å søke kunnskap om noe som var ukjent, og slik kunne forberede seg på hva en kunne forvente. Denne kunnskapen var hun glad hun hadde i møte med utfordringene, men at det allikevel ikke var den formelle kunnskapen som var utslagsgivende for om de lyktes eller ikke med ammingen, men praksis i møte med uformelle diskurser:

Cecilie: (...) overrasket over hvor mye krefter det tar av et menneske i forhold til det å amme, ikke forberedt på enkelte ting. Sittet så lenge, er grisete, man skulle ha dusjet, kan ikke bevege seg for der er det et barn, økedøgn, ingen forbereder deg på det. Jeg har ikke lest at du kan forvente å sitte så og så lenge, men etter at jeg har snakket med de rundt meg at det er normalt, jeg hadde akseptert det om jeg visste det på forhånd men måtte akseptere det underveis.

Mødre har ofte sterkere selvtillit omkring amming etter fødsel enn underveis i svangerskapet (Laanterä, 2012), men at det mangler forskning på hvordan mødres tiltro til seg selv i svangerskapet påvirker selvtilliten, for at helsepersonell skal kunne «skreddersy» kunnskapsdeling til hvert enkelt individ. Forskning viser dog at førstegangsmødre er mer sårbar for å ha manglende selvtillit omkring amming (ibid), og at denne gruppen kan tenkes å ha et større behov for støtte, oppmuntring og kunnskapsdeling. I denne studien har det vært betydningsfullt med oppbygging av selvtillit på egen hånd, med bruk av familie, venner, kollegaer og ulike fora på internett. Helsedirektoratet anerkjenner og at «holdninger og støtte fra ammende kvinners nettverk og familie har betydning for hvordan ammingen forløper», men at det er uklart «når og hvordan støtten best kan gis» (Helsedirektoratet, 2014b). De som anså seg selv med høy selvtillit i min studie, var og de som støttet og hjalp andre mødre med ulike ammeproblemer. Kamilla hadde blitt forberedt av venner på hva amming kunne innebære;

Kamilla: Jeg var innstilt på at jeg ville fullamme, jeg var forberedt på at det ikke kommer til å gå av seg selv, mange venninner som har slitt med amming, så jeg vet at mange sliter, spesielt i starten, kan ta tid før det sitter, så jeg er glad for at jeg ikke tenkte at dette var null stress, da hadde jeg vært rimelig nedfor nå med så mye motgang siste uka.

Denne uformelle sosiale aktiviteten mødre har sammen med andre i sitt nettverk, viser hvordan slik samhandling er med på å forberede mødre på amming. Slike sosiale relasjoner er viktige for mødre, spesielt for å forstå det faktiske innholdet av hva amming kan innebære – og kan knyttes til begrepet om det tradisjonelle samfunnet hvor viktige funksjoner (som velferd) blir ivaretatt av familie og venner (Smith, 2005). Selv om ammefunksjoner rundt informasjon, kunnskap og opplæring i Norge i dag skal være sikret via lovgivning, rettigheter og ut fra ulike retningslinjer (Helsedirektoratet, 2014b), er forståelsen av og forberedelsene til dette for informantene i denne studien i stor grad ivaretatt av uformelle nettverk. Dette viser i sin tur at det tradisjonelle samfunnet ikke er helt smuldret bort eller satt vekk til offentlige institusjoner, det eksisterer fortsatt og tas i bruk. Samtidig ser det ut for at mødre forstår relevansen og viktigheten av slike uformelle kunnskapsrelasjoner først retrospektivt - etter fødsel. Som Kristin selv beskrev: «Kunne jeg gått tilbake i tid, hadde ville sagt til meg selv, les opp om ammingen selv om du synes det er kjedelig selv om du ikke sitter der med barnet». Selv om et dominanssystem har makt i den

grad at de kan forme og påvirke en mor til å amme, virker det dermed å ligge større påvirkningsmakt i erfaringsutveksling med andre mødre.

Mødrene deltar aktivt i sosiale og styrende relasjoner noe mer indirekte og som ikke alltid er like tydelig for dem, men som i stor grad er med på å påvirke deres hverdagsliv og hvordan deres ammereise blir (Campbell & Gregor, 2004). Pernille hadde for eksempel forberedt seg på at hun ikke skulle amme så lenge, fordi familien snakket så mye om morsmelkerstatning, men «når jeg kom til stykket følte jeg at det de sa var feil» - kosen med baby hadde vært så fint at hun ville fortsette å amme. Og i den grad mødre kjenner på stress i forbindelse med ammeproblemer, ser deltakelse i diskurser med venner og familie underveis i svangerskapet ut for å være en motstandsressurs (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Særlig begrepet om *begripelighet* gis innhold ved hjelp av det uformelle nettverket; amming kan være vanskelig og utfordrende, men dette artikuleres som «normalt», og slik gjøres ammeutfordringer meningsfull i den forstand at det er flere som har kjent på og opplevd tilsvarende problemer. Flere beskrev at de hadde hørt historier fra andre mødre før de selv fødte, og disse erfaringene ble hentet frem når ammeproblemer oppstod, som i sin tur viser at det institusjonelle «arbeidet» i forkant spiller en sentral rolle for mødrenes ammereise. Slike historier blir særlig aktivert i møte med den praktiske ammingen, hvor diskurser hentes frem og gis et mer forståelig innhold. Og hvor diskursen hadde omhandlet morsmelkerstatning, ser det ut for at samfunnsdiskursen tar større plass og gir mer retning til handlinger når barnet først har kommet, som var tilfelle med Pernille.

Helsedirektoratet skriver om potensielt uheldige utfall ved å ha et normalt fysiologisk syn på svangerskap, fødsel og barseltiden, som kan «ha ført til en undervurdering av den sårbare fasen foreldre befinner seg i når de får barn» (Helsedirektoratet, 2014b). Det tegnes med det et usikkert bilde på hva som skal være statens oppgave, fra hvem og når ulike former for omsorg skal gis. Det kan se ut for å ligge et ønske om å gjeninnnta mødrenes nettverk i større grad, og at sentrale støttepersoner trekkes inn. En utfordring ser ut til å være å avdekke mødrenes nettverk og ulike sosiale relasjoner som kan ha betydning ikke bare etter fødsel, men og før fødsel i forberedelse til hva den nye livssituasjonen kan innebære. Spesielt utfordrende er det å få kunnskap om de som mangler slike sosiale støttende nettverk – i denne studien har mødrene i stor grad støttet seg til de uformelle kjennskapene og fått styrke og selvtillit til å jobbe med ammeutfordringene. Det kan tenkes at mødre uten slike relasjoner står i større fare for å avslutte ammingen før både ut fra egne ønsker, men og ut fra nasjonale

anbefalinger. Forskning har vist økt forekomst av ammeslutt når mor opplever en depresjon, og trolig kan sosiale relasjoner og et godt uformelt nettverk være en motvekt mot både depresjon og ammeslutt (Helsedirektoratet, 2014b), en tankegang Antonovsky støtter seg til når han henviser til oppbyggende krefter for god helse (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

5.2.3 Kunnskap fra det formelle systemet

Selv om norske helsetjenester har retningslinjer å forholde seg til iht. å informere mødre om amming (Regjeringen.no, 2002), viser funn i denne studien at det kan oppstå hull i dette arbeidet. Et fåtall hadde vært på kurs arrangert av jordmor på helsestasjon eller på sykehuset. Siv hadde deltatt på et slik gruppekurs, og satt pris på at det var «Fint å vite at det var andre som kanskje stressa litt rundt både det å være gravid, det å føde, det å amme». Ei mor fikk først kunnskap om amming etter fødsel, og flertallet følte de fikk for lite informasjon.

Meg: Var amming tema før fødsel?

Cecilie: (...) Og det som skuffet meg litt, kunne gjort noe med, det er at jordmora jeg hadde på helsestasjonen bare spurte meg om tre spørsmål om amming, (...) snakket ikke mer om amming. Spørsmålene var: «Har du tenkt å amme? Hva tenker du om å amme? Vet du hvilke tilbud som finnes om du ikke får til amming?»

Stamsø (Stamsø & Hjelmtveit, 2009) påpeker at ansvaret for hvert enkelt liv ikke kan legges alene i velferdsstatens hender, men at staten skal anerkjenne at «det personlige ansvar ikke alltid holder, ikke alltid strekker til» (ibid.). Mennesker er ulike, med ulike bakgrunner, samt variasjoner i sosiale, personlige og miljømessige forutsetninger for å kunne forvalte dette livsansvaret. Graden av behov for hjelp vil derfor og variere, i tillegg til hva som oppfattes som utfordringer eller problemer. Det må og tenkes at det er variasjoner i hvilken grad en tjeneste eller en hjelp mottas av ulike mennesker, noe som Helsedirektoratet selv påpeker (Helsedirektoratet, 2014b). De fleste mødre i denne studien hadde fått informasjonsheftet «Hvordan du ammer ditt barn» i svangerskapet (Helsedirektoratet, 2011). Når mødre aktiverte disse tekstene, vises det forskjeller i hvordan mødre møter slike standardiserte tekster og informasjon; noen forstod ikke aktualiteten, noen henvendte seg til familie, venner og kollegaer for å søke ytterligere utfyllende kunnskap mens noen forsøkte å få mer informasjon fra jordmor men at slike ønsker ofte ikke ble møtt. Aktivering skjer nettopp ved hvordan mødre stiller seg til slik informasjon, og hvordan denne aktiveringen utspiller seg

i handlinger. Mens noen forble «passiv» og avventende, grep andre tak i kunnskap i andre nettverk for å fylle «informasjonshull» de følte eksisterte etter svangerskapskontrollene. For at slike informasjonshefter skal ha relevans for mødre, ser det ut for at det er det uformelle rundt mødre som aktualiserer slike brosjyrer, og at aktivering først skjer ved hjelp av særlig venner og familie. Slik fremstår hefter for mange som fremmed, som gis et mer forståelig innhold når uformelle kanaler tilføyer erfaringer og kunnskap til mødre. Dette anerkjenner videre at mennesker er ulike, og at mødre besitter forskjellige ressurser og tar i bruk disse også ulikt, og at standardskriv basert på objektive mottakere, ikke nødvendigvis kan ha samme relevans for samtlige. Aktivering ser ut for å skje i en større kontekst, hvor institusjonelle rammer inngår i aktiveringen, og som mødre sjelden baserer på isolerte, individuelle vurderinger. Trolig er den sterke ammekulturen førende for at tekster som i utgangspunktet anses som lite relevant, allikevel aktiveres som diskutert tidligere. Dette vises særlig når en rekke mødre har søkt andre uformelle og frivillige kanaler for å dekke ulike kunnskapsbehov og for å skape forståelse og gi amming en form for mening.

Denne studien viser flere mødre som aktivt forsøker å få tilstrekkelig ammekunnskap når de føler de offentlige velferdsinstitusjonene kommer for kort – de vet at det skal eksistere mer kunnskap enn de har mottatt. En annen utfordring er kunnskapsgrunnlaget som har endret seg over tid (Eide, 2003; Ellingsæter, 2005), og mødre som henvender seg til eksempelvis egne mødre eller svigermødre kan risikere å få ammeråd som er i strid med hva som er anbefalt. En informant hadde til eksempel fått råd om å gi juice til babyen, men flere mødre påpekte at de antok at generasjonen før de hadde utdatert kunnskap og var på vakt overfor dette. Siv forklarte i intervjuet at det var fint å ha ei mor å snakke med, men «jeg tenker også at, okei det er jo 30 år siden hun ammet sist, ting har forandret seg, hun delte erfaringer men jeg følte ikke det kanskje var sånn det fungerer i dag siden det er mye nytt og det er kommet mye research». I dette tilfellet klarer Siv å stole på seg selv, i tillegg til å inneha en tillit til at ny vitenskap omkring amming er viktig og relevant. Det kan og tenkes at mødre som hadde lest heftet «Hvordan du ammer ditt barn», anerkjenner at kunnskapsgrunnlaget der skiller seg fra tidligere ammekunnskap som det så ut for at enkelte mødre og svigermødre var i besittelse av. I så fall er slike tekster med på å styrke mødre til å stole på den informasjonen de blir tildelt, og at det eksisterer legitimitet overfor helsemyndighetenes råd og anbefalinger.

Pernille var den eneste som hadde deltatt på privat kurs i forkant av fødsel, hvor amming hadde fått mye oppmerksomhet i undervisningen:

Meg: Hvor fikk du informasjon om kurset?

Pernille: Eh, vi fikk ikke informasjon, helsestasjonen har ikke lov å si noe, men jordmora sa at vi måtte søke opp privat kurs selv (...).

Meg: Hadde ikke helsestasjonen kurstilbud i forkant av fødselen?

Pernille: Nei. Ikke annet enn de timene du hadde til jordmor. Så, det er et tilbud som absolutt burde være.

Meg: Spurte du om de hadde?

Pernille: Ja, jeg gjorde det, jeg hadde ønsket å få. Hadde hørt om flere andre som har vært på fødselsforberedende kurs, der de har fått vite om sånne ting, men at det har vært så minimalt med hva de går gjennom egentlig, hva de går gjennom på helsestasjonen. Fikk vite mye fra jordmor, men følte ikke at det var nok, det hun fortalte.

Meg: På hvilken måte?

Pernille: Nei, jeg følte ikke jeg fikk den informasjonen om amming som jeg trengte, for jeg satt med så mange spørsmål som hun ikke kunne svare på, fordi det var ikke tid til å svare på det heller, i og med at den kontrollen var forbeholdt før du fødte og fødselen – ikke tiden etterpå. At det var begrenset, at i dag – det er for tidlig å snakke om amming nå for nå er du på kontroll for babyen din og vi har ikke tid til det nå, at det var litt sånn.

Eksempelet viser at mødre er innstilt på at det offentlige til en viss grad skal informere de, men når dette ikke blir møtt, finner de andre veier i sin kunnskaps- og problemløsende atferd. I det nevnte tilfellet tipset jordmor om privat kurs, selv om jordmødres institusjonelle føringer egentlig er å tilby informasjon og samtale selv (se Helsedirektoratet, 2014b, 2019a). På samme tid har den uformelle diskursen vært styrende for Pernilles atferd, i den forstand at hun søkte etter mer kunnskap enn hva hun følte jordmor kunne tilby. Det er vanskelig å vite årsaken til at jordmor tipset om det private kurset. En kan tenke seg en situasjon hvor hun av kapasitetsmessige hensyn ikke kan undervise mer om amming, men ønsker at mor skal få denne informasjonen og derfor henviser til at det finnes private kurs. Eller, det kan være at hun har et tankesett hvor amming er noe som er forbeholdt tiden etter svangerskapskontrollene. Allikevel ble det private kurset tatt, som følge av at Pernille deltok i en styringsrelasjon med venner og jordmor (aktivering).

Det er et politisk ønske om å styrke mødrene i møte med ulike helsesituasjoner hvor det er muligheter for deltakelse (HOD, 2009). I prioriteringen av knappe ressurser er kvinners utdanning en god investering for bedret barnehelse» (D. N. Legeforeningen, 2014), og at det vil gi kvinner «økt deltakelse i samfunnet». På samme tid er det vanskelig å vite hvilke prinsipper det forsøkes å etterleve i helsevesenet. På den ene siden er helsevesenet pliktet til å informere den gravide, samtidig som det skrives; «For omsorgsfeltet som helhet, er det like viktig å utvikle og spre kunnskap som kan sette den enkelte i stand til å forebygge og utsette hjelpebehov» (NOU, 2011). Videre vises det til at slik kunnskap hos blant annet pårørende, organisasjoner, frivillige og venner kan hjelpe til med å avdekke hjelpebehov; «Jo mer brukere og andre utenfor det profesjonelle apparatet har av kunnskaper, jo bedre forutsetninger skapes for konstruktiv kritikk og velbegrunnede forslag til forbedringen av tjenesteytingen» (NOU, 2011).

Underskudd på ammeinformasjon fra det offentlige har og vist seg gjeldende i andre studier (Kunnskapssenteret, 2013). Fortsatt er det frivillige organisasjoner og uformelle nettverk som i stor grad støtter og hjelper mødre omkring amme problemer. Det er et ønske å jobbe tverrfaglig også på tvers av sektorer (deriblant dra nytte av eksempelvis frivillige organisasjoner), men det ser ut for å foreligge en problematikk akkurat her. Amming står i et skjæringspunkt mellom ulike sfærer; offentlig, frivillig og i familiesfæren. En utfordring ser ut til å være tvetydighet i hva ammeinformasjon skal inneholde, hvem som skal gi denne og når, som vises i de ulike formene og mengden amming var som tema hos førstegangsmødrene underveis i svangerskapet. Dette vises og i synet på fødsel og amming, om dette skal være ansett som noe normalt eller medisinsk (Helsedirektoratet, 2014b; NOU, 2011), eller heller *når* noe blir ansett som det ene eller det andre. Og når helsepersonell i denne studien hyppig har henvist til Ammehjelpen, virker det vanskelig for mødrene å vite om helsepersonellet skal være støttende eller hjelpende, og hvilken rolle mor selv skal inneha. Ståle Fredriken (i Molander et al., 2008) hevder moderne teknologisk medisin har en effekt, hvor den barberer bort folks egen dømmekraft når det gjelder vurdering av sykdom og helse. Når velferdsstaten kommer inn som en normativ produsent, med tilhørende, universelle velferdstjenester, kan det tenkes aktører som ikke lengre behøver (eller kan – lokalsamfunn smuldret bort?) støtte seg til familie i samme grad for å få nødvendig omsorg i et forebyggende og forberedende perspektiv (Aarseth, 2018). I denne studien er det gjort motsatt funn; det offentlige arbeidet er organisert på en slik måte at det uformelle blir av vesentlig betydning for utvikling av egen dømmekraft i møte med amme problemer.

En annen utfordring og problematikk for helsevesenet er som nevnt hva den enkelte mor behøver, eller mangler – som gjør at hun har behov for en helsetjeneste. I dette ligger det at mennesker er ulik, og at et universelt, standardopplegg trolig ikke er tilstrekkelig til samtlige mødre. Dette er en utfordring med standardiserte tekster omkring amming som helsepersonell læres opp i og er anbefalt å følge; denne studien viser at de i liten grad ser på hele den totale situasjonen rundt mor. Det er særlig i svangerskapskontroller dette skal være et fokus (Helsedirektoratet, 2014b). Det vises videre til at lover og retningslinjer ikke er til hinder for å «(...) vise faglig skjønn i vurderingen av hver enkelt pasient for å ta hensyn til individuelle behov» (ibid). Helsedirektoratet skriver videre; «For å sikre god ressursutnyttelse og en sammenhengende tjeneste, må jordmødre kunne gi et tilbud som utnytter deres samlede kompetanse og understøtter helhetlige pasientforløp» (HOD, 2009). Flere mødre beskrev situasjoner hvor de satt med flere ubesvarte ammespørsmål det ikke ble tatt hensyn til:

Kamilla: (...) Det er ikke sånn at jeg føler at hverken fastlege eller jordmor har sagt at amming, det er nok noe du må jobbe for, eller kan være.

Meg: Har amming vært tema med fastlege?

Kamilla: Nei

Meg: Syns du det burde være det?

Kamilla: Ja

Meg: Hvorfor? Kan du utdype?

Kamilla: Jeg valgte å gå til jordmor, før svangerskapet tenkte jeg at jeg skulle gå til begge to annenhver gang, men jordmor var så flott og har bedre tid enn fastlegen, så jeg følte at jeg bare ville gå til henne, samtidig er det to forskjellige yrkesgrupper og at de har kanskje hver sin måte å legge frem ting på. Mens jordmor har et fokus og fastlege et annet fokus. Så, sånn sett kunne jeg kanskje tenkt meg kortversjonen fra fastlegen sin side, for det er to grupper, de hadde lagt det frem annerledes. Det viktigste for jordmor er ikke det viktigste for fastlegen, så okei, man kan høre men gjøre seg mening selv om hva man føler hva den enkelte sier. For jeg er ser ulempene og, flere som skal blande seg inn og gi informasjon før fødsel.

Utdraget over i intervjuet med Kamilla viser et skille i hvilke råd som kommer fra profesjonelle eller venner, og hun hadde hatt oppfølging med fastlege ifm. oppfølging av svangerskapsdiabetes. Kamilla savnet og en form for ærlighet fra helsevesenet, og viste til at venner hadde forberedt henne på ammingens virkelighet. Cecilie var og med fastlege i

forbindelse med svangerskapskontroll på bakgrunn av at hennes jordmor hadde ferie. Cecilie mente at amming heller ikke da fikk den plassen hun mente det burde – «det er så viktig med amming», og at fastleger også burde inneha en rolle hvor de informerte om amming og mulige problemer som kan oppstå. Flere mødre beskrev situasjoner hvor de anerkjenner det offentlige som en viktig rolle iht. å informere om amming, i datainnsamlingen kunne en antyde en form for allmennkunnskap at relevant helsepersonell skal kunne bistå. Det ser ut derfor ut for å foreligge en spenning i informasjonsarbeidet, mellom mødrenes forventninger og helsepersonellens praksis.

Som nevnt kan svangerskapsomsorg gis av både jordmor eller fastlege, eller i en kombinasjon (Helsenorge, 2020b). Fastleger, som en del av primærhelsetjenesten, må forventes å inneha kunnskap som også angår amming. Det er og forventet at fastleger skal ha en sentral rolle i folkehelsearbeid, hvor amming i høyeste grad er relevant. Helsedirektoratet skriver blant annet at «Amming er et av de mest effektive tiltakene for å fremme helse og forebygge sykdom hos både barn og mor» (Helsedirektoratet, 2018). Videre skriver Regjeringen i Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017-2021) at: «Fastlegen skal være kjent med hvilke nasjonale faglige retningslinjer som gjelder. I de tilfeller råd om kosthold og ernæring inngår i slike retningslinjer, skal fastlegen følge dem» (Regjeringen, 2017).

I Stortingsmeldingen «Resept for et sunnere Norge» vises det til problemer knyttet til fastlegers roller i lys av samfunnsmedisin, eller folkehelsearbeid; «(...) er det liten interesse for samfunnsmedisin blant legene» (Helsedepartement, 2003). Det vises og uklarhet omkring hva som er legers og andre profesjoners oppgaver. Noe av problemene knyttes til operasjonaliseringen av begrepet samfunnsmedisin, men at slikt arbeid skal kobles opp mot folkehelsearbeid. Stortingsmeldingen påpeker at samfunnsmedisin skal betraktes som «(...) medisinerens – legens – medisinsk-faglige begrunnede arbeid inn mot folkehelsearbeid» (ibid). Amming anses som «et av de mest effektive tiltakene for å fremme helse og forebygge sykdom hos både barn og mor» (Regjeringen, 2017). Mødrene i denne studien savnet å ha en fastlege «å støtte seg til», og det ble trukket frem eksempel på manglende kunnskap fra fastleger, noe som enkelte mente var uheldig når amming var så på «agendaen» i samfunnet.

I «Svangerskapsomsorg» skrevet av Backe, publisert ved Den Norske Legeforening, skrives det at «store, randomiserte, kontrollerte studier tyder på at svangerskapsomsorgen best skjer i samarbeid mellom fastlege og jordmor» (Backe, 2014). Denne gråsonen over hvor ammekunnskap skal gis må og anses som en problematikk, hvor teori om hva som bør gjøres sier en ting men utfallet i praksis er noe annet. Det forventes at fastleger skal delta i folkehelsearbeid, og inneha amming i sitt arbeid, men hva som gjøres av hvem varierer allikevel.

En studie viser at allmennleger svarte korrekt på omtrent 50 % av kunnskapsspørsmål vedrørende amming (Svendby, 2012). Kvinnene hadde noen flere riktige svar enn menn. 39 % anbefalte amming som eneste næringskilde for barnet frem til 6 måneders alder. 94 % oppga at tømning av brystet var det beste tiltaket mot begynnende mastitt, som er etter anbefalingene (Alquist & Strømsnes, 2016). Ved problemer med amming (teknisk), oppga ca 90 % at de henviste til helsesøster. Over halvparten i studien oppga at barn som fikk morsmelk og barn som fikk morsmelkerstatning, var like friske, og viser i så måte en mangelfull kunnskap om de gunstige helseeffektene ved å amme. Det var og forskjell i når allmennlegene mente deres veiledningsrolle var sentral, hvor en større andel anså tiden etter fødsel som viktigst. Kvinnelige leger hadde i tillegg større tro på sin rolle som informatør og hjelper. Til tross for at mødre i min studie i stor grad henter og mottar praktisk ammekunnskap fra sine uformelle nettverk og dels fra helsepersonell på sykehus – savner mødre informasjon fra fastlege underveis i svangerskapet. Studien av Svendby tegner et bilde av allmennleger med en «svak» rolle underveis i svangerskapet, men at de selv anser amming som viktig. Når det viser seg at de ikke har godt nok kunnskapsgrunnlag etter de retningslinjene som foreligger (Helsedirektoratet, 2014b; Regjeringen, 2017), og ikke anser seg som viktig omkring amming i svangerskapet, begrenses mulighetene for å være støttende og informerende i lys av et folkehelseperspektiv. Min studie viser kvinner som ønsker flere syn på amming, men det kan se ut som det er institusjonalisert at fastleger ikke er kanalen å søke informasjon etter. Det er ikke dermed sagt at fastlegers rolle er fastlåst og ubevegelig. Flere mødre kan tenkes å ha et tett forhold til sin fastlege og er mottakelig på en annen måte til å motta informasjon, eksempelvis ved at mødre kan inneha en annen relasjon til fastlegen sin som har vart over tid. Fastleger kan og stå i en unik posisjon til å kunne se hele mors situasjon i en større kontekst (Helsedirektoratet, 2014b). Det lå og blant andre mødre en forventning om at fastlegen ikke hadde like god tid som jordmor underveis i svangerskapet, og flere hadde tanker om at jordmor kom til å opptre mer uformelt hvor praten kunne «gå

om løst og fast». En fastlege har avsatt ca. 15 minutter til hver pasient (Helsenorge, 2020a). På den måten er pasienter og brukere av fastlegetjenester presset inn i en systemisk skvis, og prioriteringen skjer trolig i form av at de viktigste parameterne på mor og barn settes først. Dette var tilfellet for en av informantene. Tidligere forskning viser at 77 % av mødre gikk til fastlege i svangerskapskontroller, mens 75 % gikk til jordmor på helsestasjon (Kunnskapssenteret, 2013). Kombinasjoner hvor begge yrkesgruppene ble benyttet var vanlig. Spørsmål omkring parametere som omhandlet blant annet tidsbruk, omsorg, faglig dyktighet og imøtekommenhet, var mødrene mer tilfreds med jordmødrene på samtlige felt.

Et sentralt funn synes å være relevansen av amming som mødre først forstår etter fødsel. Dette innebærer flere utfordringer for helsevesenet når det er tvetydighet om svangerskap, fødsel og amming skal være et medisinsk anliggende og ansvar eller ansees mer som normale fysiologiske hendelser (Ellingsæter, 2005; HOD, 2009). Som en informant beskrev; «de må aktualisere ammingen på en annen måte, kanskje trekke frem at det ikke bare er rosenrødt». Flere ønsket at helsevesenet var mer ærlig, og at de fortalte dem at amming «var noe en måtte jobbe for». Informantene fikk inntrykk av at amming var en enkel affære, før de eventuelt hørte andre mødres historie, eller opplevde utfordringer selv.

Ut fra mødrenes erfaring, kan det stilles spørsmålstegn ved hvorvidt kravet om å gi nødvendig informasjon har blitt oppfylt (jf. Lovdata.no, 2018). Dette gjelder til eksempel brosjyrer som var delt ut, men hvor mødrene ikke anså dette som tilstrekkelig kunnskap. Hva som er *nødvendig* informasjon for enkelte mødre, ser ut for å variere. Det var ett tilfelle hvor helsestasjonen formelt sett hadde tilbudt kurs i svangerskapet, men hvor innholdet hadde fått et mer uformelt preg. Eva hadde en slik erfaring, hvor «det ikke var ett kvekk om amming», men fokuset i kurset var preget av kun å omhandle å være en «trygg havn». Eva henviste med dette til kurset «Trygghetssirkelen³», og mente at innholdet i kurset i stor grad ble preget av at det var to deltakere som jobbet i barnehage som deltok. Innholdet i svangerskapskontrollene rettet mot amming, var særdeles ulik for mødrene i denne studien. Helsedirektoratet viser til at det foreslås tilbud om både individuelle og gruppesamtaler, men at sistnevnte ikke kan erstatte individuelle samtaler (Helsedirektoratet, 2014b).

-
- ³ Trygghetssirkelen er basert på tilknytningsteori, fokuserer på at barn har behov for tilknytning (beskyttelse og omsorg) samt utforskning (selvstendighet til å undersøke og mestre verden). Trygghetssirkelen knytter sammen disse to behovene, med foreldre som skal opptre som en «trygg havn», og se barns behov. (Ida Brandtzæg, 2020; Jonassen, 2017).

Helsedirektoratets veileder «Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødeselsomsorgen» viser at det er et ønske om «(...) en mindre vektlegging av fysiske parametere, med en dreining mot veiledning og informasjon som gjør kvinner i stand til å ta informerte beslutninger» (Helsedirektoratet, 2010). Funn i denne studien viser at det for de fleste mødre er gitt informasjon omkring det ammetekniske, men at informasjonen som gis ikke ser ut til å sette mødre i stand til å søke kunnskap og informasjon i en situasjon hvor de føler mestring og begripelighet. De mødre som allikevel kom godt ut av ammeutfordringene, evnet *selv* å ta bruk av sine egne nettverk og kanaler for å bøte på de manglene de følte eksisterte.

Denne delen har omhandlet første del av ammereisen, dvs. mødrenes erfaringer før fødsel. Mye ser ut til å være tett knyttet opp mot ammekulturen og normen i Norge, som virker å være sterk og førende for mødrenes oppfatninger og handlinger. Flere mødre har trukket frem viktigheten av det uformelle nettverket, som er med på å gi en opplevelse av sammenheng. I slike nettverk har mødre fått kunnskap om at amming kan være krevende, noe som har gitt amming en form for begripelighet. Slike forberedelser ser ut for å være mindre prioritert fra offentlige institusjoner. I tilfeller hvor mødre har fått informasjon i form av hefter, virker den uformelle diskursen og støtten å være av stor betydning for å kunne aktivere slike tekster. Dette viser i sin tur en avstand i hva tekster fra dominanssystemet gir retning til (informere, støtte, og myndiggjøre/ansvarliggjøre mødre), og med hva som gjøres i praksis. Det har og blitt vist en tvetydighet i hvor ansvar overfor amming skal ligge innad i det offentlige helsesystemet, mellom ulike profesjoner. Endelig ser det ut for at det uformelle nettverket i større grad har klart å se den enkelte mor med hennes unike kontekst, for å imøtekomme mødrenes behov.

5.3 ETTER FØDSEL – sykehusoppholdet

Denne delen ser særlig på ulike styringsrelasjoner som har betydning for hvordan mødrenes ammereiser blir påvirket og formet under sykehusoppholdene. En rekke tekster er inkludert, for å se forholdet mellom teori og praksis blant helsepersonell. Framstillingen er organisert tematisk og første punkt er knyttet til mødrenes nære relasjoner, nemlig barnefars rolle i den del av ammereisen som foregår på sykehus.

5.3.1 Barnefar

I forbindelse med barselopphold var det varierende hvorvidt barnefar ble omsnakket; noen la ikke vekt på han, andre beskrev fine stunder med barnefar, og et par beskrev uheldige situasjoner hvor de følte barnefar nærmest ble «sett ned på» av helsepersonellet.

Tora: For vi, når man er førstegangsførelde og ikke vet noen ting, og far – han var jo egentlig usynlig.

Meg: Hva tenker du på da, med usynlig?

Tora: Nei altså han satt jo sammen med deg, og snakket og stilte spørsmål og ble egentlig overkjørt av helsepersonellet (...).

Meg: Har du eksempel på en slik situasjon?

Tora: Ja altså, jeg var veldig sliten, så jeg klarte nesten ikke få ut noen ord, han så på meg at jeg ikke var bra, så han prøvde å be om hjelp for jeg var helt nedkjørt (ler) (...), men det er ikke ofte han blir paff av mennesker, han satt i hjørnet sitt og bare «hjelp» (ler), «du kan ikke være her lengre».

Meg: Hva gjorde at han ble paff?

Tora: At jeg trengte hjelp, hvordan gjør man det ift. ammingen, skal man vekke de – det var plaine spørsmål. Det virket som om «ja, men burde du ikke ha visst det». Nedlatende, kjerringprat. Han ble helt paff. Om jeg stilte samme spørsmål så var det helt greit, da kunne de svare i lange store setninger. Det var tydelig at mennene var usynlig.

Utdraget over med Tora viser at hun følte hun ikke hadde fått den støtten hun trengte fra sykehuset, og hadde et ønske om å ha med og inkludere barnefar men at dette ikke ble som forventet.

I denne studien var det varierende hvorvidt barnefar ble omsnakket i sammenheng med sykehusoppholdet, og det var store forskjeller i hvordan mødrene opplevde at barnefar ble inkludert. Barnefar har dog for de fleste vært viktig spesielt ved hjemkomst, og slik vises det betydningen av å inkludere også barnefar under oppholdet på sykehuset. Mødrene beskrev og hyppig situasjoner hvor de følte seg utmattet, sliten og omtåket – en situasjon hvor potensielt mye nyttig informasjon kan gå tapt, og da kan barnefar være en god støttespiller i å ta inn over seg slik kunnskap og delta sammen med mor og barn når amming skal etableres. Dette var tilfellet hos en informant. Studier peker på viktigheten av far i et ammeperspektiv; fars nærvær etter fødselen er spesielt positivt for førstegangsmødre i lys

av amming, i tillegg til at fars holdning til amming spiller inn på ammeforekomsten (Hägglkvist, 2006). Det er og viktig for legitimiteten til velferdsstaten, at fedre blir inkludert.

Helsedirektoratet skriver «For å få til ammingen er det nyttig med oppmuntring, praktisk hjelp og avlastning med barnet. Barnefar/partner er den nærmeste til å bidra» (Helsedirektoratet, 2014b). Videre heter det «En familievennlig barselomsorg møter mor, barn og familie med godhet, respekt og verdighet». Slike retningslinjer ble ikke påpekt direkte i datainnsamlingen, men mødrene hadde en forventning om at barnefar skulle inkluderes, og at familie som helhet og i samfunnet for øvrig skulle ha fokus på barnefar. Et par hadde og tatt med barnefar på svangerskapskontroller, men de følte at han ikke ble involvert i ønsket grad. Det ser ut for et det er en problematikk i hvorvidt den faktiske praksisen også tar hensyn til barnefar. Tekstene gir retning til den formelle, offentlige styringen samt til mødrenes forventninger (som er i overensstemmelse med tekstene; far skal inkluderes), men at det ikke er samsvar med hva som faktisk gjøres i praksis.

5.3.2 Sykehuset

Alle mødrene i studien fødte på sykehus. De fleste lå på sykehuset til amming var opprettet, unntakene var ei mor som hadde dratt hjem tidligere på bakgrunn av manglende medvirkning, og ei hvor amming fortsatt var problem selv etter flere dagers opphold. Kapittelet trekker inn erfaringer fra mødre som strekker seg ut over sykehusets opphold og grenser, og viser at amming både er dynamisk men og tidvis fragmentert iht. ulike ansvarsområder og andre kontekstuelle forhold (som tidspress).

Antonovsky viser til en stressfaktor, som en livshendelse karakterisert av «manglende sammenheng, under- og overbelastning og utestenging fra deltakelse i beslutningstaking» (Antonovsky & Sjøbu, 2012, p. 50). Videre skiller han mellom tre typer stressfaktorer; mer hverdagslige irritasjonsmomenter, større livsbegivenheter og kroniske. Familieforøkelse anses som en stressende livsbegivenhet, og Antonovsky hevder det ikke er begivenheten isolert sett som utløser stress, men følgene av den. Hvorvidt slike hendelser utspiller seg som helsebringende, nøytralt eller skadelig, beror på personens OAS-nivå (opplevelse av sammenheng).

Ved fødsel og velkomsten til et barn, settes en førstegangsmor i en viss form for ubalanse fra en normalt tilstand. Etter den salutogene modellen, vil en førstegangsmor med sterk OAS være bedre rustet til å håndtere situasjonen, og skape både mening og orden (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Ved ammeutfordring, vil en mor med sterk OAS velge den mestringsstrategien som hun anser som mest hensiktsmessig for å håndtere situasjonen. OAS er derfor ikke en mestringsstil, men det gir en person verktøy til å klare å løfte blikket for å se etter både sammenhenger og forståelse, og anvende de ressursene hun anser som sentral i sin situasjon. Motsatt vil en mor med svakere OAS anse ulike belastende hendelser som kun uheldige, og i større grad fokusere ensidig på de vonde følelsene omkring situasjonen, eksempelvis angst og nedstemthet – utløst av stressfaktoren (eksempelvis fødsel, ammeutfordring). En person med svak OAS vil la kaos, forvirring og oppgitthet ta plass, mens en med sterk OAS vil forsøke å strukturere, anerkjenne og forstå situasjonen, for så å ta tak i problemene. Hun har skapt håndterbarhet, meningsfullhet og begripelighet. Hvordan mødrene håndterte den faktiske ammingen på sykehuset, varierte langs flere dimensjoner.

Tidsunderskudd og sprikende informasjon

Tid og travelhet var et gjennomgående tema for de aller fleste førstegangsmødre i intervjuene, og det forekom hyppige beskrivelser av føde- og barselavdelinger som var sprengt kapasitetsmessig. Gjentatte ganger ble det og vist til at mødrene fikk en mengde informasjon, og til tider informasjon som spriket i ulike retninger over hva mødrene skulle foreta seg. I tidligere forskning vises det og til misnøye som går på mangelfull samhandling, samt flere meninger og råd å forholde seg til som oppleves forvirrende (Alquist, 2006; Blixt, Martensson, & Ekstrom, 2014; Kunnskapssenteret, 2013; Tveit, 2015; Tønjum, 1996). Mangel på tid utfordrer helsepersonells mulighet for å kunne gi ammehjelp (Blixt et al., 2014). Kristin var en av de som hadde opplevd å få en rekke ulike beskjeder på sykehusoppholdet. Barnet slet med at det var trøtt, og ulike helsearbeidere hadde ulike syn på hvorvidt barnet skulle vekkes for å amme;

Kristin: (...) fikk ulike beskjeder fra sykehuset. Halvparten sa ikke vekke, andre halvparten sa vekke (ler). Greia var, oppfølgingen der følte jeg, de hadde nok mye å gjøre, det var 13 fødsler den natta og mye som skjedde på barsel, følte litt på det. Alle menneskene vi møtte der var kjempe grei og hyggelig, men hadde dårlig tid, og jeg følte litt på det – «hun har sikkert 5 andre som har ringt».

Kristin viste og til at hun «manglet systematisk informasjon» og at hun gjerne hadde fått flere løsningsforslag på ammeutfordringene på barsel, men at «de legger han til, så sitter du der og ammer». Hun savnet mer praktisk hjelp, i hvordan legge til barnet, ulike stillinger mm. Venninnen til denne informanten hadde dog sett på dette som en ressurs, for da hadde en ulike løsningsforslag å forholde seg til. Dette belyser det faktum at mødre er ulike som personer, og står i ulike kontekster. Hvorpå noen skaper en struktur og forståelse rundt mange ulike løsningsforslag på ammeproblemer, havner andre bakpå nærmest passivt og uten selvtillit eller motivasjon til å ta tak i utfordringene.

I evaluering av helsepersonell som gir ammehjelp (se vedlegg 5), heter det at en mor skal bli observert og vurdert ut fra minst én amming (NKA, 2019), blant annet for å kunne veilede mor. Flere mødre beskrev situasjoner hvor barnet ble lagt til på brystet, men at det manglet forklarende kunnskap rundt hvorfor ting ble gjort som de ble. Hvorfor dette var tilfelle for flere kan ikke forklares, selv om flere henviste til travelhet. Flere påpekte at de hadde fått en mengde informasjon, og det anerkjenner at det eksisterer ammekunnskap på barselavdelingene, men at denne for flere virker fragmentert og lite individuell som følge av at ulike helsepersonell kommer med ulike løsningsforslag. Trolig eksisterer det heller en koordineringsutfordring i det offentlige systemene. Samtidig viser flere mødre en viss type omsorg for både helsepersonalet som ser ut til å ha det travelt, men og overfor andre mødre indirekte ved å ikke dra hyppig i snora. I Tufte sin studie (Tufte, 2005), var det og mødre som følte seg som en belastning overfor helsepersonalet, og med det ikke turte å si fra når de behøvde hjelp. Dette er utfordrende når helsepersonell oppfordres til å «bruke ferdigheter for å bygge opp tillit og gi støtte og råd til mor» (NKA, 2019).

Kamilla fikk ulik amnehjelp basert på hvem som var på vakt;

Kamilla: Det jeg mener med frem og tilbake, strategien på dagtid hjalp ikke på kveldstid, det kom an på hvem som var på jobb. Forferdelig slitsom å forholde seg til (...) for taktikken dagvakten hadde på søndag, den var jeg mer med på, så kom seinvakt med en helt annen strategi, da kjente jeg at nå må vi hjem. Dagvakt var veldig at nei – bare morsmelk, senvakt var mer på at du har for lite volum, vi må ha erstatning. Hadde savnet at sånn strategi kjører vi i dag på den moren og den babyen, istedenfor at alle jordmødre, barnepleiere, studenter skulle si sitt og gjøre sånn på min vakt. Det var utrolig slitsomt.

Likhet er en sentral verdi i offentlige helsetjenester; uavhengig av bakgrunnen til mennesker skal de behandles likt, i tillegg til at tjenester skal tilbys ut fra medisinske behov (Helsedirektoratet, 2018). Helsedirektoratet viser selv til at det er uvisshet omkring hva sosioøkonomiske ulikheter har av betydning når det kommer til bruk av ulike helsetjenester; «(...) det er utfordrende å vite hva som er behovet som utløser bruk av helsetjenester» (ibid). Det er vanskelig å nå frem med informasjon under slike omstendigheter (Rimeplä 1991), fordi «personalet på sykehus står overfor en vanskelig oppgave fordi mange av barselkvinnene er utslitte etter fødselen og befinner seg i en biologisk betinget krise». En ytterligere utfordring er førstegangsmødre som skal inn i en ny og ukjent tilværelse de mangler personlig erfaring med, og med det ikke kan predikere kommende behov. Dette kan være utfordrende i lys av at liggetiden på sykehus etter fødsel stadig setter under press, med begrunnelser om at fødsel er noe naturlig (Helsedirektoratet, 2014b). Vinduet på tidsrommet det kan gis hjelp på utfordres og, men og at melkeproduksjonen ofte først kommer i gang når mor og barn kommer hjem (Schjelderup, 2014).

I lys av hvilke sosioøkonomiske faktorer som utløser bruk av helsetjenester (Helsedirektoratet, 2018), ser det i denne studien ut for at det i like stor grad er *måten* amnehjelp gis på som forårsaker (et større) bruk av helsetjenester. Mødrene på sykehuset som ikke hadde opparbeidet seg ammeteknisk kunnskap (som var tilfellet for flertallet), var i større grad avhengig av helsepersonalet. Og det ser ut for at denne amnehjelpen bar preg av å ikke være systematisk i den forstand at rådene spriker og det gis lite praktisk veiledning. Slik amnehjelp er ikke i tråd med Ti trinn for vellykket amming (Universitetssykehus, 2020a), hvor både ammeobservasjon, individuell veiledning og støtte skal gis til mødrene.

En annen fellesnevner virker å være, som mødre selv beskrev, at «alle henvendte til Ammehjelpen». At mødre læres opp til å ta problemer i egne hender kan være bra og i tråd med hva som er ønskelig (HOD, 2009), men flere hadde et annet inntrykk av helsevesenet; de skulle hjelpe de der og da – ikke bli henvist videre til Ammehjelpen! Helsedirektoratet påpeker selv at likeverdige tjenester skal ta hensyn til at mennesker er ulike (Helsedirektoratet, 2014b). Videre skrives det at «en likeverdig omsorg identifiserer behovene og tilrettelegger tjenesten individuelt» (ibid). Det kan være flere eller ulike løsninger på samme ammeproblem, og når informanter i denne studien snakket om at helsepersonell til stadighet viste til Ammehjelpen, står en i fare for å generalisere ammeproblemer og vike unna det faktum at hver mor med sitt barn er en unik og i egen situasjon, som har behov for tilrettelagt, individuell hjelp og informasjon. Sykehuset står og i en særstilling i å påse at ammingen fungerer før hjemreise, og selv om liggetiden har blitt redusert, anbefales det at mor og barn er på sykehuset til amming er etablert (ibid). Ved å henvise til Ammehjelpen, virker det som om mødrenes mestringsfølelse og selvtillit havner i andre rekke, og at kunnskapsinnhenting- og forståelse om amming overlates til mødre selv og skyves ut av barselsengen og sykehuset. Dette er svært uheldig når mødre ikke klarer å tre inn i denne proaktive, selvhjulpne rollen, og spesielt når man i startfasen legger grunnlaget for videre amming. I tillegg viser funn at flere mødre i denne studien ikke vet hvilken informasjon de faktisk behøver, og med det gjøres mer sårbare både under sykehusoppholdet og ved hjemkomst, ved at de føler en overlast av informasjon som ikke er tilpasset eller nødvendigvis relevant for dem. På denne måten har flere mødre først måtte gjøre en selvdiagnostisering av seg selv, for dernest å søke etter løsning på problemene.

Selvtillit og mors tro på seg selv er og som tidligere nevnt sentralt for ammeforløpet (Häggkvist, 2006), og mødre som er i en sårbar og ukjent, stresset livssituasjon (Antonovsky & Sjøbu, 2012), må tenkes å være særlig utsatt for å miste sin tro på egne evner rett etter fødsel om ammeproblemer oppstår. Det er som Antonovsky skriver ikke selve hendelsen (fødsel) som utløser stress, men følgene av fødselen. Når mødre blir møtt med uhåndterlige situasjoner med lite systematikk og en mengde ulik informasjon, settes mødre i en utsatt posisjon for å miste selvtillit og mot til å fortsette ammingen. Som plaster på denne uhåndterlige, fragmenterte situasjonen, har det uformelle nettverket vært en viktig bøter for å overkomme ammeproblemene for mange mødre, i form av å tilegne seg støtte til «å stå i det».

De aller fleste beskrev Ammehjelpen som det som var redningen, unntaket var de som synes det var for mange råd å forholde seg til. Det faktamessige innholdet satte dog samtlige pris på. Det er kanskje forventningene til flere av mødrene som skaper utfordring; de forventer å få hjelp og være pasient i møte med helsevesenet på sykehuset. Hvor ammingen på sykehuset hadde et positivt utfall, hadde mødrene selv vært proaktive og deltakende i egen omsorgssituasjon – både ved hjelp av kunnskapsinnhenting i forkant, men og gjennom utnyttelse av helsepersonalets kompetanse. Hvor sistnevnte var mulig, var sykehusoppholdet preget av mer ro og færre fødsler. Dette tegner et komplekst bilde, hvor både mødrenes forutsetninger og den enkeltes situasjon sammen med en formell ramme (sykehusvirksomhet) utfordres – både i lys av tid og kapasitet, men og av sprikende kompetanse og ulik omsorgsytelse.

I en nasjonal rapport fra 2013, fremkom det at «En forholdsvis stor andel (...) skrev at de spesielt ønsket mer informasjon om amming eller annen ernæring til barnet» (Kunnskapsenteret, 2013). Denne studien viser tilsvarende kunnskapsønske blant mødrene også under sykehusoppholdene. En utfordring ser dog ut til å være at denne kunnskapen ikke er i stor nok grad tilrettelagt hver enkelt mor med sitt barn. Og selv når mødre blir henvist til Ammehjelpen som står for mye av informasjon som blir gitt, føles dette fortsatt ikke tilstrekkelig når det *kommer fra helsepersonellet*. Ammehjelpen har vært redningen beskrevet mange, ikke de (helsepersonell) som har henvist til Ammehjelpen. I ett tilfelle søkte ei mor heller hjelp hos egen mor som hadde jobbet på en neontalavdeling, og det virket som nærheten og tryggheten til egen mor ble tillagt større vekt enn hva helsepersonellet kunne tilby. Dette er utfordrende for både mødrene og i et velferdsperspektiv, når de fleste førstegangsmødre oppholder seg på en offentlig institusjon i dagene etter fødsel. De fleste mødrene ønsket og ytret ønsker om mer kunnskap, men i møte med fremmed helsepersonell ser det ut for at mødrene blir en passiv pasient istedenfor en proaktiv bruker. Med manglende støtte, veiledning og oppbygging av selvtillit, økes forventningene om at de som yter helsetjenester skal være proaktive, men at behovene allikevel ikke tilfredsstilles når det «bare» henvises til Ammehjelpen. Flere mødre viste til at de ønsket direkte ammeveiledning, og ble satt ut av en følelse av overflod av informasjon. Om mødrene hadde fått mer direkte og skreddersydd ammehjelp i lys av anbefalinger (Universitetssykehus, 2020a), hadde kanskje mødrenes opplevelse av begripelighet, og håndterbarhet økt, i tråd med den salutogene modellen (Antonovsky & Sjøbu, 2012). En kan tenke seg at i en slik situasjon ville helsepersonellet i større grad *også* opptre mer som støttende aktører, en type støtte som

mødrene i stor grad har fått fra sine uformelle nettverk og som har vist seg betydningsfull. Hvor slik støtte hadde forekommet på sykehuset, bar relasjonen mellom jordmor og mor preg av å være uformell, nær og tilgjengelig. På den måten hadde kanskje mødrene og følt større legitimitet og tiltro til arbeidet som blir utført på sykehusene, og ikke valgt å reise hjem før ammingen var etablert som var tilfelle hos en informant.

Cecilie beskrev en situasjon hvor jordmødrene prøvde å skape god relasjon til dem, og at de kunne komme inn på rommet for å høre hvordan det stod til. Det ser ut for at slike uformelle samtaler er med på å skape en tillitsvekkende relasjon og god atmosfære for mødrene, som videre skapte en ro og trygghet til å mestre den nye livssituasjonen. I Cecilies situasjon ser det ut for at jordmor opptrådte i en sosial relasjon med likhetstrekk til de som var å finne i de uformelle nettverkene til mødrene. Tidligere forskning viser og at mødre har en holdning og forventning til helsevesenet om at de skal opptre proaktive (Hoddinott, 2001). Mangel på selvtillit og tro på seg selv ser ut til å være en av årsakene til denne atferden. De som var mer frempå i studien, var de som hadde opparbeidet seg et nært forhold til jordmor. Det var og parallell mellom denne relasjonen og tilliten, hvor der den var tilstede, tok mor til seg informasjon og hjelp i større grad enn de som følte større avstand til helsepersonalet.

Grimen (Molander & Terum, 2008) viser til en skeivfordeling når det kommer til makt og profesjoner. Mellom behandler og bruker er det epistemisk asymmetri; brukeren trenger kunnskapen som den profesjonelle har. På den andre siden kan informasjonsflyten være mer åpen, og innholdet mer detaljrikt om det foreligger tillit mellom partene. Foreligger det mistro til den profesjonelle, kan brukeren og stille seg tvilende til budskapet fra den profesjonelle. For øvrig fungerer kommunikasjon mest optimalt i situasjoner hvor det er lik status mellom personer (Vik i Ekeland & Heggen, 2007). Denne interaksjonen mellom helsevesenet og en mor er og påpekt av WHO som viktig, hvor det er ønskelig å flate ut maktforholdet (McFadden, 2019). Siv fortalte om helsepersonell som hadde kommet inn og hørt om de hadde sett på en ammevideo de kunne se når det passet dem, på tv på rommet. At personalet kom til henne syns Siv var fint; «(...) at noen kommer og sier eller spør om man lurere på noe, da er det kanskje lettere å spørre enn at man tenker at jeg ikke har lyst å spørre».

I et ammeperspektiv er det heller ikke nødvendigvis en epistemisk asymmetri; det er mulig for mødre å tilegne seg kunnskap om amming via egne uformelle kanaler, eller i mer

formelle kilder som ved bøker eller internettsider. Dog har helsepersonell på sykehuset gode muligheter til å bidra til å skape en god grunnmur for at mødre skal få til ammingen, samtidig som de får tro på seg selv. Informantene i min studie er i all hovedsak karakterisert av å ha gode nettverk rundt seg, og en kan tenke seg at mødre uten slikt nettverk kan komme til å bli en «avmektig klient» som gir opp ammingen. I situasjoner med mødre som ikke har et støttende nettverk og sosiale relasjoner rundt seg, er det særlig viktig at helsevesenet opparbeider tillit til mødrene, og evner å være en uformell i det formelle – men at dette må fanges opp og aller helst før fødsel. Med nødvendig samkjøring og koordinering mellom nivåer som angår mors nettverk, kan kanskje det offentlige også være en positiv bidragsyter for å sette mødre inn i en mestringssituasjon også fra fødsel av.

Ti trinn for vellykket amming på Mor-barn-vennlige sykehus må antas å være førende for helsepersonell (Helsedirektoratet, 2014b; HOD, 2009) (se vedlegg 4), i alle fall for de som har gitt ammehjelp til mødrene i denne studien på sykehus. Samtlige fødesteder hos mødrene er godkjent etter MBVI og Ti trinn for vellykket amming prinsipper (NKA, 2020). Hæggkvist (2006) viser til at personalets holdning omkring amming, kan være med på å farge mødrenes oppfatning om amming, via deres veiledning. Om helsepersonells veiledning mangler kunnskap og gir råd som oppleves unøyaktig, kan det være en negativ kilde til støtte (Dennis, 2002). Dette er og i tråd med opparbeidelse av tillit mellom profesjoner og brukere (Molander & Terum, 2008).

De fleste mødrene opplevde lite eller ingen støtte til amming, både før og etter fødsel, av ulikt helsepersonell. Når helsepersonell kan basere sin kunnskap og ammeopplæring på evidensbasert vitenskap, har det en positiv effekt på deres holdninger, kunnskaper og praktiske ferdigheter (Blixt et al., 2014). Dette viser seg å gi mødre god støtte til både tiden underveis i svangerskapet, men og etter fødsel. Ti trinn for vellykket amming er en grei og oversiktlig tekst og «arbeidsmetode», og der hvor mor har fått slik evidensbasert kunnskap virker det ikke å være tilstrekkelig nok. Dette kan være forbundet med manglende tid, hvilken omsorg mor møter fra helsepersonell eller samhandlings/samkjøringssutfordringer;

Pernille: Eh, det er litt forskjellig fra person til person. Det var en barnepleier som på en måte, når jeg skulle ha hjelp til amming som refset tak i puppen istedenfor at jeg fikk gjøre det selv, og jeg synes det var litt «okei»? (ler), jeg vil jo gjerne gjøre det selv. Også hadde jeg en annen barnepleier som var kjempetrivelig og tålmodig, som bare var så rolig og behagelig som ga meg trygghet og liksom tok seg tid til at jeg skulle gjøre det selv og ikke hun.

Eide m.fl. (2003) viser til at innføringen av Mor-barn-vennlige prinsipper har vært utfordrende, nettopp fordi miljøet oppleves som fragmentert i lys av at ulike profesjoner er sentral i et fødeperspektiv med beskrivelsen; «Manglende samordning og varierende praksis». Tid og travelhet virker å være sentrale forklaringsfaktorer for mødrene i denne studien, men det påpekes i lys av de mange råd mødrene har fått, at dette oppfattes som usystematisk for mødrene. Dette fører i sin tur til liten nytte for mødrene, hvorpå deres usikkerhet i den nye rollen og omkring amming opprettholdes. At mødrene *har* fått «trippel informasjon» viser jo at det eksisterer ressurser og informasjon, men at disse trolig ikke brukes målrettet og effektivt nok.

Pernille hadde et annet syn på det å ligge på barselavdelingen, og dro nytte av kunnskapen hun hadde ervervet fra det private kurset sammen med kompetansen på sykehuset:

Pernille: Så vi fikk mye god hjelp av sykehuset og barselhotellet også da. Så, for hver gang jeg skulle amme når jeg enda var på sykehuset fikk jeg hjelp. Og ja, jeg ringte på nesten hver gang jeg skulle amme, for jeg vet at jeg er her så kort tid, når jeg kommer hjem kan jeg ikke gjøre det samme, utnytte det mest mulig og bli best mulig rustet til en skal fortsette ammingen hjemme. Så, følte vi var trygg på det, vi hadde fått den kunnskapen vi hadde trengt for at ammingen skulle gå så bra som den gjorde. Rett og slett.

I denne studien er det som tidligere nevnt noe interessant som utspiller seg; ammeopplysning og ulik informasjon (tekster) som gis før fødsel, ser ikke ut til å bli aktivert før etter barnet har kommet og ammingen starter opp. Dette er utfordrende, særs av biologiske hensyn. En førstegangsmor møter en rekke nye indre stimuli (eksempelvis hormoner, blødninger, etterrikk mm.) og ytre stimuli (forventninger om amming, manglende oppfølging, barnegråt osv.). Mens enkelte mødre ser ut for å ha en sterkere selvtillit og tro på seg selv i søken på hjelp når de trenger det, og med det oppsøker både helsepersonell på avdelingen og tar i bruk

ressurser i nettverket sitt, er andre mer passive. Et annet interessant funn er at selv om det tilsynelatende ser ut for at mors OAS ikke er like sterk for samtlige rett etter fødsel, og når det ser ut for at ammingen er «grei nok» men at ikke alt kjennes helt riktig ut (eks. smerter ved amming), så tok samtlige tak i sine problemer spesielt ved hjemkomst og når ammeutfordringene fortsatt vedvarte eller for alvor dukket opp. Unntaket var de få som allerede hadde gått inn i ammereisen med egen kunnskap, særlig støttet av mor, svigermor, venner og private kurs. De informantene som kom godt ut av ammeutfordringene i denne studien, hadde særlig vært aktiv (hatt motivasjon) i kunnskapssøking (håndterbarhet) før fødselen. Begripeligheten av ammesituasjonen var i all hovedsak kun forståelig etter fødsel, selv for de som hadde venner og familie som hadde inkludert de i ammerelaterte hverdagserfaringer forut fødselen. Men denne begripeligheten var det ytterst få helsepersonell som hadde gitt mødrene, det var noe som virket å være overlatt til mødrene selv. Dette gjaldt også for de som fikk råd om hvor de kunne finne ammehjelp, noe som er en gjennomgående rød tråd i denne studien. De færreste fikk direkte eller individuell ammehjelp av helsepersonell, og hvor slik ammehjelp ble gitt var den ofte i strid med både mors ønsker og med retningslinjer. Det kan se ut for at måten ammehjelp ble gitt av helsepersonell på sykehuset, ikke var med å støtte opp under mødrenes mestringsfølelse omkring ammingen.

Selv om det er knapphet med tid og ressurser på barselavdelinger, er det ingenting i veien for å bake inn et mer uformelt, institusjonelt perspektiv i formelle, instrumentelle rammer. Flere mødre fortalte om ulike filmer de ble tilbudt å se på barselavdelingene (gruppebasert). Noen hadde møtt opp, noen hadde sett litt og noen møtte ikke opp. Flere beskrev en ny livssituasjon med krevende omveltninger som årsak til isoleringen, og biologiske faktorer er en utfordring som nevnt, i tiden etter fødsel. Allikevel kan slike uformelle sammenkomster invitere andre mødre til å se at det er flere som er i «samme båt» som mødre hyppig beskrev i intervjuene, og det legger muligheter for utveksling av tanker, erfaringer og bekymringer. Denne studien har påpekt viktigheten av det nære og uformelle, og slike muligheter for å komme sammen bør bestå og opprettes hvor det ikke allerede er et tilbud. Slik kan noe av det historiske og støttende lokalsamfunnet på sett og vis gjenoppbygges eller beskyttes, også i et formelt, offentlig miljø.

Et annet viktig aspekt når en studerer frivillig, uformell omsorg opp mot det offentlige, formelle arbeidet, er at profesjonsyrkene skal forholde seg til flere pasienter eller brukere på

samme tid (Pettersen, 2012). Kunnskap om det større nettverket en omsorgsarbeider av formell type inngår i, er nødvendig for å forstå deres arbeidskontekst. De har strukturer å ta hensyn til, selv om det ikke hindrer dem i å ha sitt fokus kun rettet mot én bruker eller pasient, men at dette må begrenses i tid. Faren er at omsorgshjelpen kan opptre som spontan, tilfeldig og uten refleksjon og med diskrimineringspotensial (Pettersen, 2012), noe som ser ut til å være tilfelle for flere mødre i min studie.

Stemmer har talt for at kvinners egenerfaring fra det private livet skal få sin respektive plass i omsorgsarbeidet, og at byråkrati, stoppeklokke og profesjonalisering må vike for dette (Hjelde, 2015). Det vises og til et system hvor det ikke er rom for «skreddersøm» og at omsorgssystemet preges av samlebåndprinsipper. I lys av lover og retningslinjer (Helsedirektoratet, 2014b; Lovdata.no, 2001b) burde det være klart at i et svangerskaps-, fødsels- og barselsituasjon, burde det være muligheter for å tre vekk fra samlebåndprinsipper og gi mødre individuell og tilrettelagt hjelp, og slik få både kvalitet og effektivitet i alle ledd. Det virker å være lite effektivt for flere parter når flere ulike helsepersonell kommer inn til mor og barn og gir ulike råd, som vist i denne studien gir større påtrykk på avdelinger og bruk av helsetjenester når mor ikke opplever forståelse og mestring.

To mødre savnet medbestemmelse, og det å bli hørt på barselavdelingen. Dette er i samsvar med det Antonovsky etterspør; til tross for profesjoners strukturelle føringer har de autonomi og frihet. Dette påpeker Helsedirektoratet og, at faglig skjønn bør få plass i arbeidet for å imøtekomme den enkeltes situasjon og behov (Helsedirektoratet, 2014b). I den salutogene modellen omkring medbestemmelse, er det ikke kontroll det henvises til, tvert imot; avgjørende er at en person stiller seg positiv til oppgavene eller de ulike stimuli en blir utsatt for, at en innehar en viss form for ansvar for utførelsen og endelig at det man gjør (eller ikke gjør) påvirker utfallet av situasjonen (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Kristin hadde ønsket at hun hadde blitt hørt i større grad, i forbindelse med bruk av skjold som hun ikke ville bruke; «(...) kan vi ikke gi han (barnet) 3 minutter til eller 15 for å prøve uten skjold. Følte det litt sånn, det går ikke, da finner vi kjappeste løsning (helsepersonellet) (...) Vi legger han til så forsvinner de, så sitter du der og ammer». Delmar beskriver dette som en omsorgssvikt hun kaller «formynderi» (Delmar, 2018). Dette er når en sykepleier baserer sitt arbeid og praksis på bakgrunn av sin faglige kompetanse og gjør det han eller hun mener er det beste for pasienten, uten at pasientens ønsker er i fokus. En annen form for omsorgssvikt hevder

Delmar skjer ved en «(...) direkte ufiltrert overførsel af autonomi fra sunde til og raske mennesker til syge mennesker» (Delmar, 2018). Begge eksemplene kan før til reduserte muligheter i pasientens livsutfoldelse. Tillit er en essensiell ingrediens for at pasienten enten skal føle drivkraft og finne nye handlingsmuligheter, eller oppleve mangel på handlekraft og føle seg avmechtig. Dette er i tråd med Grimens syn på tillit mellom profesjoner og mottakere (Molander & Terum, 2008). Det virker som flere mødre opplevde mye og ulik informasjon, som lite tillitsvekkende under sykehusoppholdet. Dette ble for noen mødre forsterket ved at de ikke følte de ble inkludert i ammereisen, som i sin tur ga hele situasjonen liten grad av meningsfullhet.

Denne studien har vist at ulike strukturelle rammer (tid, kapasitet) og institusjonelle arbeidsmåter (tilpasset ammeveiledning), skaper utfordringer for å gjøre en førstegangsmor medvirkende og ansvarlig overfor egen situasjon. Men, når mødre på et sykehus ikke har kjernefamilien og fellesskapet rundt seg i samme grad som tidligere, er det et stort ansvar for både omsorgsgiver- og mottaker å påse at utfallet av situasjonen blir som ønsket (både ammeønske, medvirkning, type hjelp mm.). Utdraget under med Kamilla tegner konturer av denne kollektive ammekunnskapen som er blitt borte, og overlatt til det medisinske fagfeltet. Sosial fragmentering ser ut til å være aktuelt når profesjoner overtar ulike segmenter i samfunnet (Molander & Terum, 2008), og hvor mangel på tillit er tilstede.

Kamilla: Sitter ikke igjen med noe positivt inntrykk av barsel.

Meg: Hva som gjorde det?

Kamilla: Hvordan de møtte meg, om de var villig til å høre på hva jeg mente om saken, ikke trumfe gjennom uten å høre hva jeg ville, jeg er helsepersonell men fødsel, amming og barsel er ikke mitt fagområde, jeg må stole helt og fullt på de, men det skal være sånn i helsesituasjoner at pasienten skal ha innspill ift. medbestemmelse (...).

Handlinger i strid med retningslinjer

I forbindelse med sykehusoppholdet ble det gjort handlinger i strid med mors ønsker, og hva som er anbefalt av ulike retningslinjer (Helsedirektoratet, 2014b). I ett tilfelle ble det gitt smokk, begrunnet i at det skulle være stille på avdelingen. NAN ble og gitt uten mors samtykke, og uten at det lå helsemessige begrunnelser til grunn.

Tora: Ja, alle egentlig på barsel sa det til enhver tid, at du må pumpe, men jeg ville ikke. Viktig at jeg pumpa når jeg kom hjem sa de, men jeg ville jo ikke det, syns det var smertefullt. Jeg følte ikke at jeg fikk noen særlig, de hørte ikke noe på meg når jeg sa det. Så egentlig, til frustrasjon sa jeg bare «ja» til skjoldet (ler), for å slippe og forsvare meg. Det er kanskje litt det mannen og følte, når han var usynlig at jeg også måtte forsvare oss selv. Det blir helt feil. Ja det er greit de som er helsepersonell at de har peiling, men, eh, jeg følte jeg ble usynlig og når det kom til dette med NAN. (...) og etter den helprøven, og de slet med å roe han ned, så de hadde gitt han smokk, og da fyrte jeg på alle plugger, det var jeg ikke interessert i. Når jeg ikke får til å legge til brystet ordentlig, og attpåtil gir han smokk, da fyrte jeg på alle plugger. Da var jeg lei, da var jeg lei – det sa jeg til de.

Meg: Hvordan reagerte de da?

Tora: Han var så vanskelig sa de, men da vekker dere meg sa jeg, jeg visste ikke hvor de var en gang, hadde bare avtale om å ta prøve og komme tilbake. Jeg vet ikke hvor dere tar disse prøvene. Dere spør før dere dytter smokk i kjeften på han (...)

Meg: Hva svarte de på barselavdelingen?

Tora: Det var sånn, for dem var det på en måte, virket på hun ene som at det skulle være ro på avdelingen (...). Men hun ene, enten hadde hun en dårlig dag, men hun var sånn at det skulle være ro, og det var ikke annet enn ro på avdelinga, hørte nesten ikke barnegråt.

På bakgrunn av dette presset Tora følte fra jordmor, ville hun heller oppsøke Ammehjelpsgruppa på Facebook fordi hun heller ville amme – hun følte ikke at ammingen fikk det fokuset det burde på barseloppholdet på sykehuset. Diskursene fra både det uformelle nettverket og særlig fra de mange offentlige tekster gir retning til at amming skal ha et bredt omfang og innhold både før og etter fødsel. Også her ser det ut for å foreligge en problematikk, i krysningen mellom ammenormer og hva som faktisk gjøres i praksis; det mangler samsvar mellom mors forventinger og hva hun blir møtt med i det offentlige som angår helsepersonellens praksis og opptreden. Siv måtte gi barnet tillegg en periode fordi barnet ikke gikk tilstrekkelig opp i vekt, dette beskrev hun som veldig tungt med følelsen av at «jeg klarer ikke å mate ungen min selv, det var ganske ille». For Siv opplevdes dette som krevende når hun hadde tatt inn over seg ammediskurser som er særlig førende (aktivering) av hva hun ønsket (amme selv) og ikke (smokk og NAN), og at dette utfordres når hun følte det var mangel på medbestemmelse og inkludering av barnefar. Når samfunnet har artikulert hva som er god ammenorm og hva som anses av en god mor i lys av amming – og det ikke

samsvarer med hva en mor klarer å møte slike forventninger med, settes hun ut av en viss balanse.

Det er vanskelig å vite hva manglende informasjon og opplæring av mødrene er koblet opp mot. Flere beskrev situasjoner med underbemanning, mange fødsler, en Koronasituasjon som tvang helsesykepleiere til å bruke telefon hyppigere mm. Én utfordring kan være at ulikt helsepersonell baserer sin hjelp på ulik praksis, dvs. et samkjøringsproblem hvor mors individuelle og tilpassede behov havner i bakgrunnen. Selv om det offentlige har et betydelig ansvar for å gi amnehjelp, og særlig på sykehuset hvor mødre er i en sårbar situasjon, viser intervjumaterialet flere svakheter ved hvordan amnehjelp er organisert og gis. Om den aktuelle situasjonen til hver enkelt mor og barn fikk hovedsete i deres egne ammereiser, hadde kanskje ikke mødrene behøvd å få trippel informasjon fra en rekke ulike helsepersonell. Både fragmentering og tidspress ser ut for å utfordre et offentlig ønske om en helhetlig pasienttankegang hvor også fedre er inkludert.

5.4 BARSELTIDEN

Denne delen omhandler tiden etter hjemkomst og i likhet med funnene omkring de første etappene i ammereisen, er det variasjoner i hvem som utøver amnehjelp og hvilke erfaringer mødrene har.

5.4.1 Barnefar

Materialet gir flere eksempler på hvor sentral far kan være i tiden etter hjemkomst. Underveis i intervjuet med Kristin, spurte jeg informanten om hun aldri hadde vurdert å gi seg med amming, med tanke på alle de problemer de hadde støtt på;

Kristin: Den eneste som ikke sa jeg skulle gi opp var mannen min. Han synes det var vondt å høre meg, men han var opptatt av at (barnet) skulle få morsmelk for det var så bra. (...) for han var ikke med på å si nei. Jeg var takknemlig, hadde han sagt nei da hadde jeg kanskje gitt opp. Selv om mange helsesykepleiere, fastlege sa det er ingen skam å bare slutte, du har kanskje hatt nok nå, men jeg var ikke klar selv. Nå skal vi prøve dette og dette og dette først.

En svensk studie fant fars rolle for førstegangsmødre som positiv, når han var nær og deltakende, og en annen fant likheter til ammehjelp når far var inkludert (Alquist, 2006; Blixt et al., 2014). Tilsvarende funn er gjort i denne studien. Flere mødre hadde støttende fedre både før fødsel, og etter – og slik støtte beskrev flere som avgjørende for at de både ønsket å amme, men og at de holdt ut når det oppstod ammeutfordringer. Selv om fedrene ikke kan gjøre selve ammingen, deltok flere med mye av det andre praktiske rundt ammingen. Det være seg alt fra husarbeid, til byssing av baby eller å oppvarte mor så hun fikk ro til å være med baby. I ett tilfelle hadde barnefar lest på Ammehjelpen og søkt etter kunnskap selv, og i et annet tilfelle hadde barnefar erfaring fra tidligere samboerskap med tette melkeganger. Denne kunnskapen ble delt til mor, og sammen fikk de bukt med første runde med dette problemet.

Ikke alle informantene vektla far sin rolle like sterkt. Dette samsvarer med funn i Tønjums (1996) studie der det var lite snakk om barnefedrenes rolle. Selv om denne studien ligger noe tilbake i tid, kan det tyde på at funnene fortsatt har gyldighet ved at det også i mitt materiale er store forskjeller i hvorvidt barnefar anses som sentral for mødrenes ammehjelp. Samtlige støttet seg på andre nettverk, som hos mor, svigermor, venner m.fl. og hvor barnefar hadde vært avgjørende for enkelte, var han mer i bakgrunnen hos andre. Permisjonsordningene ble nevnt av noen, en ordning de var takknemlig for og for enkelte avgjørende for at mor hadde orket å amme. Det totale bildet av barnefar i min studie, tyder på at han er med som en positiv motstandsressurs mot ammeslutt, men at det er mødre selv som (eventuelt) inkluderer far i ammehjelpen.

5.4.2 Det uformelle systemet

Intervjumaterialet viser at det uformelle nettverket har hatt en stor rolle for de aller fleste; det er her de har søkt kunnskap, erfaring og støtte eller hjelp. Tidligere forskning viser og betydningen av denne formen for forhåndskunnskap, hvor familie og venners kunnskap omkring barnestill har vært en viktig del av forberedelsene til en ny epoke i livet, og hvor forberedelser i samspill med familie og venner i sum ga mor større tillit til seg selv til å håndtere morsrollen og amming (Dennis, 2002; Tveit, 2015). Tora henviste til en type arbeidskunnskap om amming som var unik for de som hadde ammeerfaring selv; «Men jeg synes ikke det er noe greit å prate med de som ikke har født selv, fordi de nok ikke helt har forstått hva jeg prøver å si», og videre beskrev hun at ammetekniske temaer hun hadde

snakket med familie og venner før fødselen var noe hun «ikke hadde skjønt noe av før etter fødsel». Arbeidskunnskap viser nettopp til kunnskap om en virksomhet (her amming) som er koblet til omgivelsene på to måter; hva mødrene selv gjør og hvordan hennes atferd eller handlinger er sammenkoblet med hva andre gjør (Widerberg, 2015). Beskrivelsene fra Tora henviser til en type arbeid som er usynlig, men som har en sentral plass i institusjonell etnografi for å vise hvordan det den enkelte gjør er koblet sammen med andre institusjonelle ordninger og nivåer. Amming fremstod for mange mødre som «enkelt» på overflaten etter å ha lest tekster, men at det faktiske ammearbeidet langt ifra opplevdes som en enkel affære når barnet hadde kommet. Denne skjulte arbeidskunnskapen kom i hovedsak fra mødrenes uformelle nettverk.

Helsedirektoratet viser til betydningen av det fysiske og sosiale miljøet rundt individer (Helsedirektoratet, 2018). Til eksempel spiller sosiale relasjoner, nærmiljø, trygghet og arbeid inn på helsen til den enkelte. Deltakelse på ulike arenaer trekkes og frem i arbeidet med å skape helsefremmende samfunn. Ensomhet, stress og underskudd på sosial støtte virker inn på helsen, og for muligheten til å takle hva som kreves av en i ulike livssituasjoner. Nettverk og sosial støtte beskriver Helsedirektoratet som en «buffer» mot stress (ibid), helt i tråd med den salutogene modellen (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Mennesker med lang utdanning og/eller høy inntekt har ofte større nettverk og bedre helse. Studier rundt amming viser at eldre mødre og de med lengre utdanning, ammer mer og/eller lengre (Alquist, 2006; Häggkvist, 2006). Denne studien har ikke sett på bakgrunnsvariabler som utdanning, men datamaterialet viser betydningen av miljøet rundt den enkelte. De med større nettverk, opplevde i større grad støtte til å stå i utfordringene. Dette gjaldt både i tiden før fødsel og etter.

Sosial støtte og tilhørighet har vært forsket på lenge, og betydningen har vist seg gjennom historien å være viktig (se til eksempel en sosiologisk tilnærming av Durkheim, (Durkheim, Østerberg, & Roll, 1991). I en sykdomsorientert tilnærming har sosial støtte vist seg viktig i funksjonen som en buffer, men og som sykdomsforebygging (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Antonovsky viser til sosial støtte som én av flere variabler som er sentrale innenfor den salutogene modellen, men den har vist seg som svært sentral i denne studien. Sosial støtte fungerer som en motstandsressurs, som både utvikler, opprettholder og bevarer en sterk OAS.

Nestekjærlighet anses som en kjerne i omsorgsarbeid, og særlig i omsorgsarbeid av mer uformell karakter (Tretteteig, 2019). Omsorg sees og som noe grunnleggende iboende i menneskets natur. Flere mødre pekte på en slik form for omsorg, som de fikk spesielt fra mor, svigermor eller barnefar. Ingen nevnte omsorg i sammenheng med hjelp fra det offentlige, selv om det i ulike etiske retningslinjer blant profesjonsarbeidere står at de skal yte nettopp omsorg (DNJ, 2016; Legeforeningen, 2015; NSF, 2020). Empiri i denne studien antyder en ulik operasjonalisering av begrepet, hvor «omsorg» er noe som står informantene nærere, mer uformelt, hvorpå «hjelp» er noe de fleste tenker parallelt om i tilknytning helsevesenet. Selv om flere mødre trengte hjelp, i form av kunnskap og teknisk undervisning til å overkomme ammeutfordringene, trakk de aller fleste frem den uformelle omsorgen som avgjørende for å klare og holde ut i sine ammereiser. Denne uformelle omsorgen ser og ut for å kunne komme fra andre en ikke har personlig forhold til, som til eksempel via andre mødre på ulike grupper på internett. Og selv om denne uformelle omsorgen ikke har gitt direkte ammeteknisk hjelp, har den vært en positiv bidragsyter til mødrenes OAS – de har fått styrke og selvtillit til å «stå i det» og søke kunnskap og gjøre problemløsende handlinger på egen hånd. I den salutogene modellen henvises det til både historiske, samfunnsmessige og sosiale klasser i formingen av en persons OAS (Antonovsky & Sjøbu, 2012), og det samfunnsmessige i denne studien er i all hovedsak det uformelle nettverket samt fra det frivillige.

«Mature care» er et begrep som forsøker å vise til blant annet at gjensidigheten mellom den som mottar og yter omsorg, er mer likestilt (Pettersen, 2012). En annen tanke er at mottaker ikke skal opptre som en passiv mottaker i omsorgsrelasjonen, som ofte kan sees under profesjonell omsorgskontroll. Begrepet henviser og til styrking av ens egenomsorg - at en skal ta like mye vare på seg selv som en gjør overfor andre. Det skjer med andre ord en vridning vekk fra rettighetstenkning, og mer over på likeverdighetstenking. Omsorg skal heller ytes basert på kunnskap ut fra forholdet mellom partene. Det relasjonsmessige er i fokus.

Flere mødre beskrev en «frykt» for helsevesenet, noe de ikke kjente på blant familie og venner. Denne frykten var typisk knyttet opp mot om de var «en god mor» ut fra hvorvidt de ammet etter hva helsestasjonen artikulerte, eksempelvis ved nattamming. Et par beskrev og frykt i forbindelse med «makten» helsestasjonen hadde ved å dømme de om barnet ikke gikk opp nok i vekt. WHO og retningslinjer for helsestasjons- og skolehelsetjenesten

påpeker at vekt er en viktig del av oppfølgingen av barn, deriblant for å følge med på vekst og trivsel (Helsedirektoratet, 2020a). Denne frykten hadde de overkommet sammen med egen familie, hvor både nattamming og (ulik)vektoppgang ble normalisert ut fra at «ingen er lik». En ammehjelper hadde og støttet ei mor til å stole på seg selv i å tolke barnets signaler om at det viste tegn til trivsel, iht. både nattamming og grader av normal vektoppgang. Pernille beskrev dette overfokuset om vekt på helsestasjonen; «(...) dumt å være så sykkelig opptatt av vekta når ungen er fornøyd, for du dreper gleden til mor». I forlengelse av dette beskrev hun stress til denne situasjonen, om stress som kan ødelegge ammingen fordi «(...) det ikke blir noen glede lenger». Pernilles mor hadde og hjulpet henne i å håndtere dette og finne ro i situasjonen. Flere trakk og frem familien som viktigst når det oppstod utfordringer, og det kan tenkes at en slik «mature care» omsorg er noe flere foretrekker, versus «ovenfra-og-ned» følelse flere kjente på i sammenheng med helsestasjonene. Det ble og nevnt i intervjuene at mødrene kjente på en følelse av forståelse fra andre mødre i samme situasjon, og at slik arbeidskunnskap ga begrepene meningsfullhet og begripelighet et mer karaktermessig og relevant innhold, og støtte til å tro på seg selv. I forlengelse av dette savnet flere en form for ærlighet fra helsepersonell omkring hvor hardt amming kunne oppleves. Det virker som ærlighet er noe mødrene foretrekker, og at denne ærlige kunnskapen først og fremst ble møtt i uformelle nettverk og relasjoner, hvor relasjonene er mer eller mindre likeverdige.

Flesteparten av informantene hadde hatt kontakt med familie og andre i det uformelle nettverket i tiden etter fødsel. De fleste rådene fra egne mødre og svigermødre inneholdt råd om «basic overlevelsesråd» som Tora beskrev det – at dette var «cluet i alt», og siktet til rådene for å overkomme stress i hverdagen. Sara mente kunnskapen nok har endret seg, men at hennes svigermor «var veldig forståelsesfull og ja, støtte. God støtte». Det var ikke bare en overflod av informasjon som følte utfordrende for noen, men og «mammapolitiet» som Pernille snakket om. Hun var med i en annen barselgruppe på Facebook, og viste til at hun var redd for å bli dømt om man ikke gjorde ting til punkt og prikke som andre mente i forhold til ammingen. Ved spørsmål om hun hadde skrevet innlegg selv i gruppen svarte Pernille: «Ønsker ikke å utsette meg for en situasjon der jeg føler meg som en dårlig mor fordi jeg gjør noe sånn eller sånn. Da spør jeg heller privat til en ammehjelper, sånn anonymt isteden». Pernille viste til at det private kurset hadde gjort at hun stolte på seg selv i morsrollen, og slik at selvhjelpen sammen med ammehjelpen hadde gjort at hun kunne jobbe etter «Learning by doing, ikke bare ringe noen andre hele tiden (...) Forske litt selv». Kurset

hadde gjort at hun «(...) hadde litt koll og kontroll på ting», og det tyder på at slike forberedelser var med på gi Pernille en opplevelse av sammenheng, i tillegg til å gi henne kunnskap og innsikter som angikk motivasjon og meningsfullhet. Amming kunne være krevende, men hun fikk stort kunnskapsutbytte av kurset som ga henne verktøy hun kunne anvende om ammingen skulle bli utfordrende, og på den måten bli forberedt på den kommende tiden. En investering av Pernille forut fødselen i et perspektiv som ser på hva som kan styrke og gi god helse (Antonovsky & Sjøbu, 2012), ga stort utbytte på en rekke felt når amming skulle gjøres i praksis. Det kan tenkes at slik kunnskap spilte en ekstra stor (støttende) rolle i møte med de mange diskurser som angår ammenorm i uformelle forum, til å stole på seg selv i ammereisen.

5.4.3 Det formelle systemet

Helsestasjonen

Sara beskrev at «Alle refererer til Ammehjelpen.no – helsestasjon, kollega, sykehus og venninnene mine. Det var det som var hovedinformasjonskilden». At helsestasjonen henviste til ammehjelpen opplevde hun som «frustrerende», fordi hun ikke hadde behov for å vite hvor hun kunne finne informasjon, hun ønsket hjelp på selve helsestasjonen. Flere opplevde å få ulik informasjon også etter hjemkomst. Kristin viste til «Norge-systemet hvor man skal amme», men at det var «sørgelig lite kompetanse når man skal følges opp om det ikke går». I utdraget under vises og konturerer av følelser som går på at noen står posisjonert høyere i et hierarkisk system, som er til hinder for åpen kommunikasjonen og god interaksjon. Interessant er det at selv ved manglende tillit til helsepersonell, begrenses ikke handlingspotensialet til informantene. Istedenfor å bli passiv, styrkes selvtilliten på bakgrunn av at frivilligheten støtter opp i beslutningsaktiviteter omkring amming:

Meg: Hvordan reagerte helsestasjonen når du henviste til Ammehjelpen?

Kristin: Jeg sa ofte, det har jeg lest på Ammehjelpen. Det var ofte, de sa noe også tenkte jeg i hodet mitt – «mmm – det står det motsatte».

Meg: Men det sa du ikke til de, hvorfor?

Kristin: Det blir litt sånn, nei det blir for flaut, blir på en måte at man setter spørsmålstegn til kompetansen man har, det vil man jo egentlig ikke, det er ubehagelig. Jeg kan gå hjem og gjøre hva jeg tenker, gjøre det som står på Ammehjelpen, de har hjulpet meg hele tiden og har gjort at jeg stoler på meg. Egentlig litt rart.

Meg: Følte du at de ikke hadde kompetanse, helsesykepleiere, barsel osv?

Kristin: Jeg tenkte, du sier alt det jeg vet fra Ammehjelpen, og jeg vet to ting til som du ikke vet.

I Ti trinn for vellykket amming, heter det seg i punkt 10 at helsepersonell bør informere om Ammehjelpen (Helsedirektoratet, 2014b). Å vise til Ammehjelpen er derfor i tråd med retningslinjene. I utdraget over i intervjuet med Kristin ser en konturene av en uheldig situasjon hvor mor ønsker direkte ammehjelp fra helsestasjonen, samtidig som at Kristin selv har økt sin kunnskapsbase ved å søke etter råd og tips fra Ammehjelpen – en kanal hun hadde funnet via Facebook selv. Mor-barn-vennlig initiativ implementeres også i helsestasjoner for å sikre ammekyndige helsestasjoner som vil øke kompetansen omkring amming også i kommunene (ibid). Det er ikke dokumentert hvorvidt førstegangsmødre i denne studien har vært tilknyttet en ammevennlig helsestasjon. Pernille opplevde og at det ble skapt en avstand til helsesykepleier, og at *mangelen* på en systematisk og målrettet støtte har gitt henne selvtillit til å prøve ulike tiltak selv;

Meg: Hvordan har du følt hjelpen derifra har vært, på helsestasjonen?

Pernille: Veldig variert, for vi har, vi har vært på kontroll til flere ulike helsesykepleiere, og de sier så mye forskjellig, eh, i motsetning til hverandre. (...) Ift. den situasjonen (introduksjon av fast føde/nattamming) så syns jeg det var forvirrende, de sa motsetninger til hverandre, og ja du blir litt sånn villedet på hva du egentlig skal gjøre. Men, det endte opp med at vi måtte ta avstand fra det de hadde sagt, føle på det selv, gjøre det som passet oss og se om det funket.

Det fremkom og i intervjuene mødre som beskrev situasjoner med helsesykepleier hvor de «jattet med» og svarte det de antok helsesykepleier ville høre (eksempelvis at en skulle slutte med nattamming), men at de gjorde selvstendige valg og handlinger hjemme basert på hva de selv mente var riktig, og ofte i samråd med andre mødre og venninner. Selv om helsestasjonen skal gi råd som er tilpasset hvert enkelt barn og mor (Helsedirektoratet, 2020a, 2020c), virker flere mødre å være mindre sårbar i møte med slike offentlige institusjoner enn på sykehuset, i den forstand at de har opparbeidet en selvtilit og mestring som virker styrende for ulike selvstendige handlinger og aktiviteter. Og det til tross for at de også blir møtt med mye sprikende informasjon også på helsestasjonen.

Opplevelsen av å måtte være proaktiv på sykehus i forbindelse med å få hjelp, gjaldt også for mange etter fødsel. Cecilie beskrev det med at «(...) initiativet ikke bør ligge på personen som kommer dit, (...) det ansvaret bør ikke ligge på meg». Disse forventningene ser ut til å være knyttet opp mot når ammeproblem er et faktum, og mødre beskrev situasjoner hvor de var sliten og ønsket støtte og veiledning. Flere påpekte at de opplevde at det var «lav terskel» å oppsøke helsestasjonen, men at de samtidig hadde tanker om at helsestasjonen skulle være «på» og følge opp, og spesielt i situasjoner hvor amming var blitt et problem. Samtidig ønsker ikke mødre å bli henvist til Ammehjelpen av helsestasjonen; de ønsker medbestemmelse og at helsestasjonen opptrer i en informerende og veiledende rolle. Dette gjaldt særlig de mødre som ikke hadde blitt forberedt før fødsel i like stor grad, eller hvor mødre hadde mindre nettverk å støtte seg på etter fødsel. Disse mødre ser ut for å være mer sårbare. Eva hadde tilsvarende oppfatning;

Eva: (...) at jeg føler jeg måtte oppsøke så innmari mye selv, jeg var så innmari sliten (...). Skulle ønske de var mer på tilbudssiden (...), og at de var mer på for å hjelpe meg, at jeg ikke måtte oppsøke så veldig selv. Jeg skjønner jeg må gjøre det først når det er et problem, de kan ikke ringe alle men når de vet at noen sliter skikkelig, at det kunne vært litt tettere oppfølging når det er veldig utfordrende.

Senere i intervjuet forteller Eva om en helsestasjon som er underbemannet;

Eva: (...) De er underbemannet i kommunen jeg bor i og, de har sagt – har ikke vært på 4 mnd kontroll, prioriterer bort de for de er for lite folk, tar bare kontroll når det er vaksiner eller ting de må gjøre, de andre prioriterer de bort. Skjønner det, det er 2 stillinger færre enn hva de skal være, sier seg selv at de må prioritere.

Det er tidligere vist at helsepersonell var hovedleverandør av informasjon omkring amming (Tønjum, 1996). Det offentlige er forpliktet å informere om amming etter retningslinjer på området (Helsedirektoratet, 2014b). Funn i min studie viser at det er flere gråsoner omkring kravet om informasjon og at helsepersonell ofte kun *indirekte* (med å henvise til Ammehjelpen) er leverandør av ammeinformasjon, men at mødre allikevel klarer å søke kunnskap på egen hånd i andre kanaler. Hoddinott fant og at mødre hadde større utbytte i interaksjon med andre mødre, enn med profesjonelle i helsevesenet (Hoddinott, 2001). Det kan tenkes at begrepet om «mature care» spiller en sentral rolle i dette; mødre som så hyppig beskrev «i samme båt» termen kan tyde på at en form for likhet, gjensidighet og at samme-nivå-tenkning er sentralt. Trolig spiller den sterke ammekulturen og en viktig rolle i lys av dette, og andre mødre som er med på å støtte opp under amming og deler av sine erfaringer, bidrar i å normere at amming er foretrukket. I forlengelse av dette kan det tenkes at normen om hva som anses som for å være en god mor, har betydning som en sterk styrende relasjon, og til tross for lite direkte og individuell ammehjelp- og veiledning, «tvinges» mødre til å søke hjelp, informasjon og støtte i andre mer uformelle og frivillige kanaler.

Begrepet «i samme båt» ble brukt av 5 mødre i studien. Tilsvarende begrep ble funnet i Alquists studie om ammeproblemer (Alquist, 2006), og «oppdagelsen» av at det var flere som strevde med ammingen virket nærmest forløsende for mødre i hennes studie. Det samme funnet er gjort i denne studien. Flere hadde antagelser om at amming skulle være enkelt, men at denne overbevisningen ble endret i møte med egne ammeproblemer eller via andre mødres historier. Dette viser hvor viktig det er å aktualisere amming på en annen måte enn hva som gjøres av velferdsstaten, for å evne å støtte og forberede mødre på en mer realistisk måte enn hva som gjøres i dag. (Heldigvis) for de fleste i min studie, har de fått slik kunnskap fra andre så de har evnet å nå både egne ammemaal, men og mål som er satt av nasjonal helsepolitikk:

Meg: Var det bare de to kanalene du brukte, helsestasjon og barselpoliklinikken?

Tora: Nei det var de to. Jeg har vært medlem av ammehjelpsgruppen siden fødsel, men jeg har ikke skrevet noen ting der selv, har egentlig bare lest om andre som kanskje sitter i samme båt. Den kanalen har vært grei å ha. (...) Da var det greit å vite at det sitter folk rundt i landet som kjenner på akkurat disse følelsene som man selv gjør, det er ikke bare meg.

Mature care viser og til utfordringene med en form for gjensidighet og maktfordeling, i og med at ved omsorg og ofte i lys av helsetjenester, står den ene parten (giveren) i et maktforhold overfor mottakeren, ved at giveren besitter noe den andre parten har behov for (Pettersen, 2012). Ved brudd i foten er man avhengig av helsevesenets radiolog til eksempel, det er vanskelig å velge bort røntgenbilde i behandlingen av bruddet. Det er kanskje ikke sånn ved amming? Studier viser at helsepersonell spiller en viktig rolle som støtte, når mors forventede ammeopplevelser ikke går som tenkt (Blixt et al., 2014). Min studie bygger ikke opp under dette. Ammekunnskap er det ikke ene og alene helsepersonell som besitter, og mødrene i denne studien verdsetter det nære, uformelle og relasjonelle i stor grad – og når mødrene finner både slik kunnskap og omsorg i det uformelle og frivillige, ser det ut for at de fleste foretrekker denne formen for hjelp. I tilfeller hvor mor hadde fått støtte fra helsesykepleier og i tillegg hadde en god relasjon, viste det seg ofte at venner, familie og Ammehjelpen ble tillagt større vekt i betydningen av hva som hadde gjort at man hadde klart å jobbe seg gjennom ammeproblemene. Samtidig ser en et samfunn i dag preget av et høyere opplysningsnivå, samt stigende utdanningsnivå som gjør at mennesker evner å tilegne seg kunnskap og informasjon på en mer gunstig måte (Vik, 2007). Dette fører i sin tur til en utflating av makt – kunnskap er makt, og kunnskap er en viktig forutsetning for ulike maktrelasjoner i samfunnet. Legitimiteten til andre kunnskapsbærere, ser ut for å være mer effektiv hvor mødre har en tillit og relasjon til den andre parten.

Sara hadde en positiv opplevelse med helsestasjonen:

Sara: (...) vi var en gang i uken på helsestasjonen, snakket alltid om amming og kom med veiledning på helsestasjonen. Når jeg var der da, så hadde jeg fått påvist brystbetennelse og fått medisin. Helsesøster på helsestasjonen skulle hjelpe meg å legge til på brystet jeg hadde betennelse på, jeg vegret meg for å gjøre det for det var så vondt, hun hjalp meg og da gikk det veldig fint, så det var en lettelse.

Sara beskrev og helsestasjonen som beste stedet å få hjelp ift. amming senere intervjuet. Hun vektla spesielt det å være fysisk i samme rom som helsesykepleier var gunstig, for «da kan de se hva som er problemet». Sara trakk og frem at hun hadde en god relasjon til helsesykepleieren, og at det hadde spilt en viktig rolle for henne. Tora synes det var «veldig ålreit» med hjemmebesøk, og at «hun var superhyggelig», og ga tilbud om at hun (helsesykepleier) kunne sitte og følge med på ammingen, men at hun var ferdig å amme når hun kom og at det «var litt teit». Nærhet i et formelt perspektiv har vært viktig for disse mødrene, og slik ansikt-til-ansikt ammerådgivning er i tråd med WHO's anbefalinger (McFadden, 2019).

Fastlegen

Cecilie beskrev fastlegen sin som en pensjonist hun følte tok henne useriøst. Cecilie opplevde fastlegen så dårlig ifm. en helt annen sak foruten om amming, at hun droppet 6 ukers kontrollen etter fødselen. Eva hadde sluttet å amme etter en del trøbbel, og hadde ikke fått hjelp til ammeslutt av helsesykepleier på helsestasjonen, men heller blitt henvist til fastlegen:

Meg: Kan du fortelle mer om møte med legen?

Eva: Ja, jeg ble skuffet, hadde håpt at jeg, hun sjekket vel og sa det ser fint ut, ser ikke ut som tegn til betennelse, ikke rødt eller hovent – sånn sett ser det greit ut. Fortalte om hvor vondt det var, og at jeg ikke egentlig turte å slutte, om det gikk for lang tid (mellom ammingene) ble det tett med en gang, og at jeg hadde hørt at det finnes sånne piller som kan stoppe produksjonen, nei – da var hun bare sånn «nei du må stå i det, at det tetter seg til, og ha vondt i noen dager».

Meg: Du fikk ingen hjelp eller forslag til tiltak for å holde ammingen gående?

Eva: Nei, ingenting.

Kristin hadde og støtt på en rekke ammeutfordringer, og i møte med fastlege hadde legen spurt om hun ikke hadde vurdert å gi NAN. Både Eva og Kristin er uheldige i møte med fastlegen med sine ammeproblemer, i den forstand at de ikke har institusjonalisert i sitt arbeid de retningslinjene som er ansett som førende i et barsels- og ammeperspektiv (Helsedirektoratet, 2014b). WHO-koden sier klart at det skal beskyttes og oppmuntres til amming (ibid), og Eva hadde i utgangspunktet et sterkt ønske om å få til ammingen. Verken hun selv, helsesykepleier eller fastlegen tok opp dette temaet, og må sies å være uheldig og ikke preget av å være en salutogen tankemodell hvor fokus skal være hva som skaper god helse (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Det ser ut for at det ikke ble tatt stort nok hensyn til Evas situasjon og ønsker.

5.4.4 Ammehjelpen

Ammehjelpen ble nevnt av samtlige, og hadde spilt varierende rolle for mødrene. For de fleste hadde Ammehjelpen vært redningen for ammingen. Nesten alle hadde blitt henvist til Ammehjelpens nettside av ulikt helsepersonell. Også flere svarte at de ville oppsøke Ammehjelpen først, fremfor helsestasjonen eller annet helsepersonell – til tross for at de følte det var en lav terskel å oppsøke helsestasjonen og selv når problemer oppstod «innenfor åpningstid». Ammehjelpens Facebookgruppe hadde de fleste kommet i kontakt med via tips fra andre venninner. Facebookgruppen administreres av Ammehjelpere, og i tillegg til at det publiseres artikler i gruppen, kan mødre delta i diskusjoner og stille spørsmål som besvares av både andre mødre, men og av kvalifiserte Ammehjelpere eller annet frivillig helsepersonell.

Selv om flere fant støtte i andres erfaringer, syns andre det var overveldende med så mange personlige erfaringer og valgte å holde seg til de faktabaserte, vitenskapelige artiklene publisert på Ammehjelpens nettside. Både Kamilla og Sara følte det kunne bli voldsomt med så mange synspunkt og erfaringer:

Meg: Facebook gruppen, Ammehjelpen, hvordan har det vært å være medlem der?

Sara: Nei, det er jo veldig mye forskjellig da (ler). (...) Men en må være god på å skille hva som er relevant for deg, mange kommer med sine erfaringer, kan være annerledes enn det du opplever. Akkurat det som andre skriver føler jeg ikke er helt trygg kilde, det er bare deling av erfaringer. Men jeg ser at av og til kommer ammehjelpere som svarer da, det føler jeg er mer trygt enn det som bare andre skriver.

Meg: Hvorfor føler du det slik?

Sara: For det er det at mange har så ulike erfaringer, i alle fall til spesifikke ting som de har gjort, det funker for deres barn, ikke sikkert det funker for ditt barn. De som er ammeveiledere eller ammehjelpere har kanskje litt mer bakgrunn og informasjon som gjelder, som kan gjelde for alle.

Kamilla: Jeg foretrekker å lese selv. Lurer jeg på noe, så er Google fint å ha. Oppsøker kilder som jeg vurderer seriøse, ikke en tilfeldig blogg skrevet av tilfeldig person som ytrer sin mening. Ammehjelpen ser jeg på som seriøs og troverdig. Vil bruke den nå og fremover. Jeg er ikke interessert i å lese hva andre mener om den og den saken. På Facebook gruppen, Ammehjelpen, mange meninger, en blir stresset, sluttet å følge selv om jeg er medlem, blir bare mer stresset av så mange meninger (...) ja, jeg kjenner at jeg ikke orker å lese.

Både Sara og Kamilla klarer å sile ut hvilken informasjon som er relevant for dem i deres situasjon, og en kan tenke seg mødre som «drukner» i overflod av informasjon og erfaringer som kan føre til ytterligere forvirring i en allerede oppkavet situasjon som fødsel og familieførøkelse kan innbefatte. Flesteparten anså det dog som positivt å høre at det var flere som strevde, og denne åpne diskursen virker å styrke mødres selvtillit og evne til å søke kunnskap som passer inn i deres situasjon. Medmødre blir en ressurs for å oppleve en grad av sammenheng også hvor mødre blir møtt med mye informasjon. Verdt å merke seg er som tidligere beskrevet at mødre i mindre grad på sykehuset klarer å sortere og gjøre ulik informasjon relevant for dem der og da.

Alquists studie fant stor betydning av et «døgnåpent» tilbud og raske tilbakemeldinger fra ammeveiledere, som sentralt for å opprettholde motivasjon for å amme (Alquist, 2006). Min studie peker og på informanter som beskrev at de hadde behov for hjelp «her og nå», og typisk etter helsestasjonens stengtids og at de derfor søkte støtte og råd hos Ammehjelpen;

Eva: Forskjell på å lese, eller om helsesykepleier leser opp, tilgjengelighet – jeg følte veldig på, når jeg trengte hjelp trengte jeg den der og da, kunne ikke ha ventet til i morgen. Det er sant, jeg syns det var så ofte jeg kom på ting på fredags ettermiddag, «fader og, nå er ikke legen og helsesykepleier oppe før mandag», jeg trenger å ringe de nå. Det var en faktor.

Ammeproblemer oppstår når som helst, og mange utfordringer fordrer at det settes i gang med tiltak raskest mulig, til eksempel ved tilstoppede melkeganger hvor det er anbefalt å tømme brystet hyppig med en gang for å unngå brystbetennelse (mastitt) (Alquist & Strømsnes, 2016). Velferdsstaten har en viktig rolle i å enten lære opp mødre til å håndtere slike problemer på egenhånd når det offentlige tilbudet ikke er åpent, eller å informere mødre om hvor de kan søke hjelp. De fleste mødre hadde fått heftet «Hvordan du ammer ditt barn» på svangerskapskontroll hvor Ammehjelpen er nevnt, men de fleste hadde fått kunnskap om Ammehjelpen via andre venner og mødre i ettertid av fødselen. Dette viser et behov fra det offentlige om å forberede mødre i større grad om eksempelvis Ammehjelpen i svangerskapet, og samtidig anerkjenne at de ikke har mulighet til å være tilgjengelig for mødre 24/7.

De som anså Ammehjelpen som nyttig, trakk spesielt frem det enkle og tilgjengelige ved nettsiden; det var lettlest informasjon, punktvis, og enkelt å diagnostisere seg selv ut fra angitte symptomer, bilder og filmer:

Meg: Hvor fikk du informasjon om amming?

Kristin: Fikk brosjyre fra jordmor, hun jeg var på kontroll til. Den var ikke utfyllende da jeg tok den fram (etter fødsel), da må jeg bare lese på Ammehjelpen, der er informasjonen en trenger – der står alt. Hadde ikke den vært der hadde vi ikke ammet – den er fantastisk.

Meg: Kan du utdype mer?

Kristin: Lett å finne informasjon der. Det er bra hvordan de skriver artiklene; har du et problem kan det skyldes a, b eller c, det kan løses ved 1-10 punkter en kan prøve, og så kan man gjøre det.

Her må fenomenet om hvem som kommer med informasjon fremheves på ny. Et par mødre hadde fått opplest tekster av helsesykepleiere som var hentet fra Ammehjelpen, men at det ikke var det de trengte – de behøvde hjelp her og nå. Allikevel finner mødre trygghet når de selv oppsøker Ammehjelpen og leser seg opp, samt støtte til å holde ut. Disse mødre hadde liten tillit til helsesykepleierne, og kan tenkes å spille en sentral rolle i hvorvidt de evner å få *aktivert* tekstene for mødre. Når mødre allikevel finner tillit og hjelp når de (alene) leser på Ammehjelpen, er det noe annet som aktiverer disse tekstene. I lys av den salutogene modellen, kan en tenke seg at ulike profesjoner *har* muligheten til å aktivere og skape en positiv OAS, men av blant annet ressurs- og situasjonsmessige (Covid-19) hensyn (og kanskje med en tanke om at mor selv skal søke råd, og slik bli myndiggjort) gjøres ikke dette. Flere kjente og på en avstand til helsesykepleiere, og en form for ovenfra-og-ned holdning. Allikevel finner mødre god støtte på Ammehjelpen. Og videre; med den norske konteksten som bakteppe hvor amming er ansett som ønskelig og positivt, som trolig er med på å skape en motivasjonsfaktor for at mødre ikke gir seg. Amming var tross alt noe samtlige hadde ønske om, før fødsel. Flere mødre forbinder og trolig det å være en god mor med å amme sitt barn, og som viser seg å være en sterk føring for at mødre ikke gir opp ammingen.

De som hadde brukt ammehjelper i regi av Ammehjelpen, viste en tillit til disse. De var klar over at de var mødre selv, men hadde informasjon om at de var utdannet og kvalifiserte ammehjelpere etter Ammehjelpens standarder. Denne formen for systemtillit⁴ ble og forsterket ved at flere visste at ammehjelperne måtte gjennom et visst pensum. Tilliten ble blant annet begrunnet med at de var klar over at ammehjelpere var «opplærte» og at de hadde «litt mer informasjon til å støtte det de sier» (Siv). Sara viste og til at hun anså ammehjelpens nettside som «en god kilde», når helsepersonell og helsestasjonen refererte til siden. Dette legitimerer ammehjelpen som «eksperter», og henvisning av helsepersonell til ammehjelpen er nevnt i Ti trinn for vellykket amming (se vedlegg 4). Cecilie delte dette synet, men foretrakk å kontakte helsepersonell begrunnet med at de hadde hun et ansikt på. Hun stolte på Ammehjelpen, i form av at de måtte «gjennom oppriktig pensum» og at de er «frivillige, det kunne vært dårlig, men virker som de tar ting seriøst». Med henvisningen til å ha et ansikt på den som yter en velferdstjeneste overfor en, bekreftes behovet for å ha en nær

⁴ Anthony Giddens viser i denne sammenheng til systemtillit hvor man har tiltro til at systemet fungerer (Aakvaag, 2008).

relasjon, og at dette er viktig i forbindelse med hvem en hører på, samt søker omsorg og kunnskap fra. Samtidig vises det en form for tillit overfor profesjonelles rolle, ved at flere mødre viser legitimitet til kildene de blir henvist til.

Flere hadde fått høre om Ammehjelpen fra egne venner eller kollegaer, og flere viste til at «alle» (helsepersonell) henviste dit. Det er med andre ord både en formell og en uformell kanal som er med på å bygge opp under Ammehjelpen som et trygt og fornuftig sted for å søke råd, støtte og hjelp. Å informere mødre om Ammehjelpen er i samsvar med rådende retningslinjer (Helsedirektoratet, 2014b), problemet ser ut til å være når dette er den eneste formen for støtte og hjelp mødre får. Flere etterspurte direkte ammehjelp ansikt-til-ansikt, og de som var fornøyd med ammetilbudet fra spesielt helsestasjonen beskrev situasjoner hvor helsesykepleier kunne observere og hjelpe til der og da. Dette er også den formen for ammerådgivning WHO anbefaler (McFadden, 2019). Årsakene bak denne ensformige henvisningen til Ammehjelpen som er karakteristisk for flere mødre i denne studien, er vanskelig å besvare. Det kan være som flere mødre har påpekt mangel på både kompetanse, tid eller ressurser – eller at situasjonen (Covid-19) tvang enkelte helsesykepleiere til kun å ha kontakt per telefon. Flere mødre hadde ikke fått hjemmebesøk som følge av Covid-19. Timingen av når ulik informasjon skal gis er som nevnt og vanskelig, men en styrking av mors aktivisering forut fødselen kan trolig være med på å redusere kompleksiteten og følelsen av meningsløsheten som flere mødre kjente på når ammeproblemene oppstod.

Barseltiden er preget av å være en reise som er innom en rekke sfærer, kanskje i enda større grad enn i tiden før fødsel og på sykehuset. Særlig sentralt for mødrene har Ammehjelpen vært for å få en mestring til å utforske på egen hånd og tilpasse informasjon til egen situasjon og hverdag. Tilgjengelighet og en systemtillit til Ammehjelpen har og blitt trukket frem som sentral årsaksforklaring til hvorfor Ammehjelpen har vært en viktig bidragsyter. Offentlig ammehjelp har flere opplevd som fragmentert, lite systematisk og med manglende individuell tilpasning. Barnefar er en positiv ressurs for å skape motivasjon til å håndtere utfordringene, spesielt i tilrettelegging rundt mødrene men og i kunnskapssøking. Ammenormen ser ut til å prege mødrene også ved hjemkomst, særlig kjennetegnet ved at flere føler seg dømt eller som en dårlig mor om ikke det ammes like mye eller lenge som det artikuleres i samfunnet. Nære relasjoner er viktig for å skape god kommunikasjon og tillit, i tillegg finner mødre ammeutfordringer mer forståelig og «akseptabelt» når de hører

om andre som står i samme utfordringer eller har opplevd tilsvarende. De som hadde nytte av helsestasjonen, hadde en god relasjon til helsepersonellet.

Dette kapittelet har vist hvordan ammereisene over tid eskaleres mht. kompleksitet, ved at stadig flere instanser aktiveres (se figur 2 og 5). Samtidig kan det spores en tendens til at frivilligheten og nære relasjoner får økt betydning utover i ammereisene, og særlig i de tilfeller mødrene har store hjelpebehov.

6.0 Avsluttende refleksjon og forslag til videre forskning

Bakgrunnen for å studere førstegangsmødre som mottar ammehjelp, er et behov for å få en mer helhetlig forståelse av hvordan denne type hjelp fungerer og oppleves sett fra mottakernes perspektiv. Studien har anerkjent førstegangsmødre som bærere av kunnskap, og har med inspirasjon fra institusjonell etnografi samlet inn kvalitative data både om hvem mødrene har fått ammehjelp fra, men og hvordan denne ammehjelpen har blitt gitt. Et sentralt fokus har vært å avdekke hva som har hatt betydning for hvordan mødrenes ammereise har blitt som den har blitt. Med utgangspunkt i en salutogen modell, har mødrenes egenskaper også blitt inkludert i studien. En fullverdig institusjonell etnografi hadde i tillegg omfattet data om flere sentrale aktører for å belyse ytterligere hvorfor ammereisene ble som de ble. Slikt materiale kunne vært samlet inn fra eksempelvis helsepersonell på barselavdelinger, fastleger eller jordmødre som møter mødre både i svangerskap og tett etter hjemkomst. Slik kunne blant annet forventninger og muligheter blant de som yter helsetjenester blitt studert, og krysspresset det ser ut for at flere står i. Det kan og tenkes at problemstillingen hadde blitt ytterligere besvart og nyansert, ved å rekruttere informanter fra andre kanaler eksempelvis via helsestasjon eller andre Facebookgrupper. Relevansen av førstegangsmødrenes erfaringer og beskrivelser i denne studien vurderes, selv med de begrensninger som ligger i omfang og rekruttering fra gjennom en spesifikk kanal, å være høy. Det begrunnes med at deres autentiske historier gir kunnskap og informasjon om hvordan ammehjelp (i stort og smått) oppleves og gjøres. Flere funn samsvarer og med tidligere forskning.

Resultatene av denne studien viser at amming oppleves som en problematikk som står i en skjæringsflate mellom frivillig, offentlig og uformelle sfærer. Hvordan sfærene står i forhold

til hverandre varierer i tillegg ut fra hvor en mor er i ammereisen sin. Ammereiser er dynamisk, og ut fra både mødres ønsker og behov søker de i stor grad til de uformelle og frivillige kanalene for å støtte opp under egen selvtillit og skape meningsfullhet ut av en til tider kaotisk situasjon. En utfordring ser ut for å være når den offentlige diskursen omkring ammenormen som er svært førende for mødre, ikke blir møtt med tilstrekkelig grad av informasjon, veiledning og støtte for at mødre skal nå både egne og offentlige ammemål. Samtidig vises det til utfordringer belyst av flere mødre, som angår både medbestemmelse i egen regi, men og ved inkludering av barnefar, i svangerskapet og etter fødsel.

I kapittel 4 ble det formulert en antakelse om at offentlig sektor er på vei over i en NPG tankegang, kjennetegnet av blant annet nettverksstyring eller *samstyring* (Aarseth m.fl., 2015; Kirchhoff, Vik, & Aarseth, 2019). Endringer i styring inspirert av slik tankegang, skal bl.a. motvirke det som oppleves som et fragmentert tjenestetilbud og manglende helhetstenkning. På et overordnet nivå skal samstyring forbedre koordinering på tvers av ulike segmenter, og samtidig inneha et mer nedenfra-og-opp perspektiv hvor involvering skal øke aktørers ansvar men og bidra til å styrke ens sosiale kapital (Aarseth m.fl., 2015; Delmar, 2018). I intervjuene med mødrene, framkom det hyppige beskrivelser av helsepersonell som henviste til Ammehjelpen. I retningslinjer og informasjonsmateriell til både helsepersonell og mødre, er Ammehjelpen nevnt (Helsedirektoratet, 2011, 2014b). I retningslinjer for barselomsorgen skrives det blant annet; «bidra til at det etableres en enhetlig arbeidende tiltakskjede mellom svangerskapsomsorgen, føde-/barselavdelingen og helsestasjonen, idet helsetjenesten bør informere om Ammehjelpen og støtte opprettelsen av ammehjelpgrupper» (Helsedirektoratet, 2014b). Det påpekes og viktigheten av både samarbeid og samhandling, og at svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen skal være preget av helhet og sammenheng (HOD, 2009). Brukermedvirkning skal og være sentralt i utviklingen av helsetjenesten. Det vises og til at gravide og fødende har opplevd tjenesten som «fragmentert og lite sammenhengende» (ibid). Videre rettes det fra et offentlig perspektiv, fokus på nødvendigheten av «å tenke nytt om samspillet mellom de offentlige ordningene og det sivile samfunn, utforske de nye formene frivilligheten tar, og sette fokus på alternative arbeidsmetoder, (...) og organisering som utfordrer til medborgerskap» (NOU, 2011).

Denne studien kan ikke avdekke motivene bak ulike henvisninger fra helsepersonell til eksempelvis Ammehjelpen, men det må antas at retningslinjene om en helhetlig og

sammenhengende tjeneste er styrende for det praktiske arbeidet, i tillegg til at ansatte i det offentlige skal fokuseres på mødrenes ressurser og styrke deres autonomi. I «Omsorg 2020», trekkes en rekke faktorer frem for å møte fremtidens helse- og omsorgstjenester, deriblant nettverksarbeid, frivillighet og mestring (omsorgsdepartementet, 2015). Velferdsstaten er ikke bare et ansvar tillagt staten, staten anerkjenner at det er flere andre aktører som er med på å gi begrepet innhold (Anvik, Sandvin, Breimo, & Henriksen, 2020). Samtidig har det historisk vært vektlagt viktigheten av brukermedvirkning, og med det følger et ansvar for tjenestemottakerne til å både inkluderes og myndiggjøres ift. delaktighet (Øydgard og Askheim i Anvik et al., 2020). Samproduksjon er et nøkkelord i dette bildet. Mødrenes møte med tvetydighet og usikkerhet over hvor de skal få hjelp, tegner et uklart bilde over velferdspolitikken. Det sees konturer av et ønsket helhetlig perspektiv på amnehjelp, men organiseringen opprettholder uklare linjer mellom offentlig, frivillig og privat sfære. Eller at det med en form for reversering av det offentliges muligheter til å ta reelt ansvar, - gjøres forsøk på få å samspillet på plass eller tilbake, ved å inkludere mer de uformelle, frivillige aspektene som et sikkerhetsnett for de ammereisende.

En utfordring er når mødrenes situasjon og behov, ikke samsvarer med den praksis som gis av offentlig velferd. Dette vises for eksempel i svangerskapsomsorg hvor flere mødre har forventninger og ønsker om å få informasjon om amming, men isteden blir henvist til private kurs eller Amnehjelpen. Denne spenningen kan føre til at det offentlige ansvaret omkring amming og amnehjelp nedtones, ved at det både oppfordres (formelt) til å ta i bruk mødrenes nettverk og frivilligheten, men og ved oppfølging og veiledning som ikke er tilpasset mødrenes situasjon og som de dermed ikke nyttiggjør seg. En ytterligere side ved en mulig reversering av velferdspolitikken, er når det offentlige ikke følger opp retningslinjene som omhandler et helhetlig perspektiv på pasientene. Dette gjelder både før og etter fødsel, og omfatter til eksempel ulik praksis i hva som er fokus i svangerskapskontroller, tidspress på sykehus og kortere barselopphold på sykehus. Det ser og ut for at amming og amnehjelp etter fødsel gjøres ut fra standardiserte tekster, og at praksis ikke møter og tar hensyn til situasjon – noe det uformelle og frivillige i større grad har gjort. Den store bruken av venner, familie og Amnehjelpen via ulike medier, viser og at det ligger fleksibilitet i hvordan amnehjelp kan gjøres, selv i situasjoner hvor samfunnsfunksjoner stenges ned fysisk (Covid-19). Hvor kanaler har møtt mødrene på deres premisser, ser det i denne studien ut for at både mestringsgraden og opplevelse av sammenheng har økt betydelig.

Sentrale funn i denne studien tyder på at når flere ikke har fått skreddersydde tjenester basert på individuelle behov, risikerer en at det frivillige blir en erstatte eller sovepute for det offentlige. I så måte vil de tenkte positive effektene på både mikro- og makronivå med en NPG tankegang, stå i fare for å undergrave seg selv gjennom en ytterligere fragmentering av amnehjelp. Bildet forsterkes ytterligere av at helsepersonell både i primær- og spesialisthelsetjenesten synes å mangle kompetanse om amming. Amnehjelpen opplever å være en avgjørende rolle for mange mødre, heller enn en medvirkende aktør i sammenheng med det offentlige tilbudet (Holø, 2016).

Nærhet og trygghet til omsorgsytere både til private, uformelle og formelle hold har vært viktig for å opprette tillit. Slik tillit ser ut for å skapes i situasjoner hvor «mature care» preger relasjonene, kjennetegnet av maktforhold som er flatet ut. Flere av mødrenes behov for nærhet og omsorg blir dekt i og av mellommenneskelige forhold i et uformelt fellesskapsrelasjoner de færreste har fått fra offentlige tjenester og aktører. I arbeidet med å overkomme ammeproblemer, virker uformelle, støttende relasjoner å ha større betydning enn hjelpen fra offentlige tjenesteytere. Dette tegner et bilde av frivilligheten og sosiale nettverk som kan dekke behov som velferdsstaten alene ikke kan tilby. Disse sfærene er og i stor grad med på å aktivere tekster mødrene møter, spesielt i svangerskapet.

Med inspirasjon fra institusjonell etnografi, har studien forsøkt å dykke dypere bak hva som faktisk er med på å avgjøre *hva* som har betydning for hvilken hjelp mødrene får. De uformelle linjene har gjentatte ganger blitt nevnt av samtlige informanter som særdeles viktig. Samtidig er det belyst at standardiserte tekster må gis et mer subjektivt, personlig innhold for å passe den enkelte mor – for at hun skal kunne dra nytte av helsehjelp.

Studien har fremhevet en salutogen modell og tankegang, som ser ut til å være en god forklaringsmodell på hvorfor mødre gjør (og ikke gjør) som de gjør når de støter på ammeutfordringer. Sentralt i mødrenes opplevelse av sammenheng, er de uformelle relasjonene som er med på å støtte opp og gi selvtillit til mødrenes nye hverdager. Nettverk er et nøkkelord, og helsepersonell bør ut fra funn i studien, særlig underveis i svangerskapet - avdekke hvordan mødrenes nettverk ser ut, for å slik kunne fange opp de som ikke har et like sterkt nettverk å støtte seg til. Slik kan medbestemmelse over eget liv og egen situasjon ivaretas på en legitim måte. Det forutsetter at både helsepersonell og mødre blir oppmerksom på at mødre må forberedes på at mye av arbeidet kan gjøres av dem selv ved hjelp av et

nettverk bestående av både familie, venner og frivillige organisasjoner. Dette er særlig sentralt hvor strukturelle rammer forhindrer graden av og måten offentlig hjelp kan gis, typisk hvor problemer oppstår «etter stengetid», men og i samfunnssituasjoner hvor det kreves alternative løsninger for å yte hjelp som ved Covid-19. Å aktivere mødrene i forkant av fødsel ved at de bli klar over hvilket nettverk de har rundt seg, virker i tillegg å være et sentralt tiltak for å realisere samproduksjon av kunnskap og hjelp om amming.

Denne studien har med inspirasjon fra institusjonell etnografi, avdekket ulike problematikker. Amming fremstår som fragmentert for mødrene, og er karakterisert av uklare ansvarsområder. Tilnærmingen har åpnet for å se samspillet mellom faktorer på ulike nivå, og ved hjelp av mødrenes operasjonalisering av «ammereise», har en rekke institusjonelle forhold som mødrene møter underveis i reisene blitt belyst. Institusjonell etnografi gir ikke nødvendigvis et svar på problemer, men har angitt retning for aktuelle områder det kan søkes mer kunnskap og forståelse overfor.

Min studie er av begrenset omfang, og oppfølgende studier ønskes velkommen. Særlig aktuelt vil det være å utforske helsevesenets møte med styrende tekster, eksempelvis nasjonale retningslinjer, og hvordan disse oversettes og gjøres til praktisk arbeid i møte med tjenestemottakere. I tillegg vil det være fruktbart å frembringe empiri som studerer hvordan ulike samhandlinger er tiltenkt og gjøres, særlig helsetjenester som står i en skjæringsflate mellom det private, det offentlige og det frivillige. Et slik fokusområde kan være med på å kartlegge og klargjøre ulike ansvarsområder, og hvordan en kan dra nytte av et tverrfaglig samarbeid. En mulig teoretisk forankring for slike studier, kan være knyttet opp mot ny-institusjonell teori som særlig ser på legitimiteten for ulikt arbeid som gjøres. Studier med utgangspunkt i institusjonelle logikker kan i tillegg være fruktbart for å frembringe kunnskap om hvordan ulike aktører stiller seg til hverandre i utøvelsen av ammehjelp. En slik teoretisk tilnærming vil trolig få bedre forståelse av hvordan samhandling er eller utfordres, i lys av hvilke styrende prinsipper som virker inn på den daglige, offentlige velferdspraksisen.

Endelig vil det i et folkehelse- og forebyggingsperspektiv være nyttig å se mer nøye på arbeidet som gjøres før fødsel, både fra helsestasjoner men og i regi av fastleger. Slike studier kan være med på å undersøke hvorvidt investering i gravide, kan gi av effekter og gevinster både for den enkelte mor og for samfunnet.

Vedlegg

Vedlegg 1 - Invitasjon til deltakelse med informasjon

Er du **førstegangsmor**, og vil delta i forskningsprosjektet

”Hvordan og fra hvem får førstegangsmødre hjelp med amming, og hva har betydning for hvilken hjelp de får”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se hvordan ammehjelp praktiseres og oppleves. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med denne masteroppgaven er å se hvor ammehjelp gis, hvordan og fra hvem. Hvordan mødrene står i dette er viktig for å kunne se hvor slik barselomsorg finnes, og hvilke muligheter mødre har eller opplever å ha. Det antas et samspill mellom sykehus (jordmødre), helsestasjon (helsesykepleiere), sivilsamfunn (familie og venner), ammehjelpere (private) eller Ammehjelpen - eventuelt andre profesjonelle som yter ammehjelp.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskolen i Molde ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

For å kunne delta på denne studien må du være over 18 år, og være førstegangsmor som har mottatt ammehjelp. Det er ikke satt krav om hvor lenge du må ha ammet. Amming betyr at du gir/har gitt morsmelk fra eget bryst til barnet, enten ved at barnet har diet, eller ved at du har pumpet og gitt melken til barnet ved hjelp av kopp, flaske eller annet hjelpemiddel. Ammehjelpen kan du ha fått fra eksempelvis sykehus, helsestasjon, familie/venner, private ammehjelpere eller Ammehjelpen – eller i en kombinasjon av

disse. For å nå ut til aktuelle informanter, er dette skrivet delt på Ammehjelpens facebookgruppe, ammehjelpsgruppen.

Hva innebærer det for deg å delta?

Undersøkelsen baserer seg på personlig intervju, enten ansikt-til-ansikt eller over telefon. Det er i all hovedsak deltakernes egne erfaringer med ammehjelp som er sentralt og førende for intervjuene. Under intervjuene vil det bli gjort notater på data, som lagres på egen pc beskyttet med passord og som er innelåst fra uvedkommende. Intervjuene antas å vare i en times tid.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle data fra deg vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

All informasjon som blir samlet inn, lagret og benyttet, vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun student, veileder og bi-veileder som vil ha tilgang til data som samles inn. Dette gjelder undertegnede, veileder og prosjektansvarlig Turid Aarseth, samt i samarbeid med og veiledning fra Guro Wisth Øydgard. Aarseth er professor på Høgskolen i Molde, og Wisth er førsteamanuensis tilknyttet Nord Universitet i Bodø.

Den innsamlede dataen oppbevares på passordbeskyttet pc-, og uvedkommende vil ikke ha adgang. Det skal ikke på noen måte være mulig å gjenkjenne eller spore informasjon tilbake til deltaker. Personopplysninger om deltakerne (navn og kontaktinformasjon) vil bli oppbevart separat fra datamateriale og kun kunne kobles med kodenøkkel som oppbevares separat.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes Desember 2020, med en prosjektperiode som utløper 01.04.2021. Det garanteres for at alle personopplysninger slettes, og innsamlet data anonymiseres ved prosjektperiodens slutt. Oppgaven vil i sin helhet gjøres offentlig og publiseres på internett.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskolen i Molde har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Høgskolen i Molde ved Trine Elde Pedersen, tlf. 415 45 535 eller på epost Trine.e.ped@gmail.com
- Vårt personvernombud: Merete Ludviksen, tlf. 712 14 118, epost Merete.ludviksen@himolde.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

Turid Aarseth

Student

Trine Elde Pedersen

bi-veileder

Guro Wisth Øydgard

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*hvordan og fra hvem får førstegangsmødre hjelp med amming, og hva har betydning for hvilken hjelp de får?*» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til å delta i personlig intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. August 2020.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2 – Tilrådning fra NSD

NSD Personvern

05.12.2019 07:07

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 446402 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 05.12.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.08.2020.

INFORMASJONSSKRIVET

Informasjonsskrivet er godt utformet, men dato for prosjektslutt må oppdateres slik at det samsvarer med det som står i meldeskjemaet (01.08.2020).

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Lise A. HAveraen
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Masteroppgave - velferdsretning, barselomsorg i lys av institusjonell etnografi. Førstegangsmødre som mottar ammehjelp

Referansenummer

446402

Registrert

12.11.2019 av Pedersen Trine Elde - trine.e.pedersen@stud.himolde.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskolen i Molde – Vitenskapelig Høgskole i Logistikk / Avdeling for økonomi og samfunnsvitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Turid Aarseth, Turid.Aarseth@hiMolde.no, tlf: 71214213

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Trine Elde Pedersen, trine.e.ped@gmail.com, tlf: 41545535

Prosjektperiode

01.11.2019 - 01.04.2021

Status

21.02.2020 - Vurdert

Vurdering (2)

21.02.2020 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 21.02.2020.

Vi har nå registrert 01.04.2021 som ny sluttdato for forskningsperioden.

NSD vil følge opp ved ny planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til videre med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Lise A. Haveraaen

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 3 – Intervjuguide

→ Kan du fortelle om erfaringene dine med amming?

Hjelpespørsmål

FØR FØDSEL

- tanker/forventninger om amming
- snakket med andre? Eks: familie, venner, jordmor, lege, internett, sosiale medier

ETTER FØDSEL

- hvordan var ammestarten/den første ammingen?
- veiledning og oppfølging på fødested?
- hjemmebesøk fra jordmor/helsesøster, tema om amming, hjelp, råd, veiledning?

BARSELTID/VEIEN VIDERE

- hvordan var ammingen denne tiden?
- følelser? Opp/nedturer?
- amming som tema – sosialt eller mer lukket? Hvor har du snakket om amming? (Hjemme, venner, sosiale medier, podcast, helsestasjon, barselgruppe?)

Eventuelt ETTERTID

- hvor følte du deg komfortabel med å ta opp/snakke om/spørre om amming?
- tanker om hva du velger å gjøre ved eventuelt neste barn ift amming?

ANDRE TANKER?

Vedlegg 4 – Ti trinn for vellykket amming

Mor-barn-vennlig initiativ består av enkle, grunnleggende og konkrete prinsipper for å få en god, positiv start og etablering av ammingen (50).

Ti trinn for vellykket amming. Føde-/barselavdelingene på et Mor-barn-vennlig sykehus skal:

1. ha en skriftlig ammeprosedyre som rutinemessig formidles til alt helsepersonell ved avdelingen
2. tilby opplæring slik at det er mulig for personalet å følge ammeprosedyren
3. bidra til å spre informasjon til gravide om hvilke fordeler brystnæring har, og om hva de kan gjøre for å få til ammingen
4. sørge for at mor og barn etter en normal fødsel kan ha uforstyrret hudkontakt i minst én time, eller til barnet er rede til å suge og den første ammingen har funnet sted, og gjøre mødre oppmerksom på tidlige tegn på sult/sugebehov hos barnet
5. vise mødre hvordan de skal amme, og hvordan de kan opprettholde melkeproduksjonen selv om de midlertidig skilles fra sine spedbarn
6. ikke gi nyfødte barn noen annen form for næring eller drikke enn morsmelk, unntatt når det er medisinsk grunn til det
7. gi mor og barn anledning til å være sammen 24 timer i døgnet
8. oppmuntre til amming etter behov, såkalt selvregulering
9. unngå bruk av narre- eller flaskesmokk til brystbarn, i alle fall til ammingen er veletablert
10. bidra til at det etableres en enhetlig arbeidende tiltakskjede mellom svangerskapsomsorgen, føde-/barselavdelingen og helsestasjonen, idet helsetjenesten bør informere om Ammehjelpen og støtte opprettelsen av ammehjelpgrupper

Vedlegg 4. Ti trinn for vellykket amming (Helsedirektoratet, 2014b).

Vedlegg 5 – Evaluering av helsepersonell som veileder mødre i amming



Alt helsepersonell som veileder mødre i amming bør bli evaluert i sin kompetanse basert på kunnskaper om følgende punkter:

1. lytte og observere for å veilede mor
2. bruke ferdigheter for å bygge opp tillit og gi støtte og råd til mor
3. veilede en gravid kvinne om amming
4. observere og vurdere en amming
5. veilede en mor i å finne en god ammestilling for seg selv og barnet
6. veilede en mor i hvordan man best får barnet til brystet
7. forklare en mor om det optimale ammemønsteret
8. veilede en mor i håndmelking
9. veilede en mor i koppmating
10. legge til rette for at mor kan amme innen den første timen etter fødsel
11. veilede en mor som tror hun har for lite melk
12. veilede en mor som har et barn som gråter ofte
13. veilede en mor med et barn som avviser brystet
14. veilede en mor som har flate eller innadvendte brystknopper
15. veilede en mor med brystspreg
16. veilede en mor med såre brystknopper
17. veilede en mor med brystbetennelse
18. veilede en mor i å amme et barn med lav fødselsvekt eller et sykt barn
19. veilede mor om hennes egen helse
20. implementere WHO koden i føde-barsel enheten

NKA 25.06.2019

Vedlegg 5. (NKA, 2019)

Litteraturliste

- Aakvaag, G. C. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstrakt forl.
- Aarseth, H. (2018). Familie og intimitet i endring - sosiologiske perspektiver. Retrieved from https://www.idunn.no/fokus/2018/02/familie_og_intimitet_i_endring_sosiologiske_perspektiver
- Aarseth, Turid., Bachmann, Kari E., Gjerde, Ingunn., Skrove, Guri Kaurstad. (2015). *Mot samhandlingskommunen? Om endringer i kommunenes eksterne og interne relasjoner i møte med en nasjonal helsereform*. Bergen.
- Alquist, R. (2006). Mødre som strever med amming. Retrieved from <http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:730987/FULLTEXT01.pdf>
- Alquist, R., & Strømsnes, H. (2016). *Amming : en håndbok for helsepersonell* (4. utg. ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Ammehjelpen. (2020a). Hva er Ammehjelpen. Retrieved from <https://ammehjelpen.no/hva-er-ammehjelpen/>
- Ammehjelpen. (2020b). Medisiner og amming. Retrieved from <https://ammehjelpen.no/medisiner-og-ammig/>
- Ammehjelpen.no. (2020b). Hva er ammehjelpen. Retrieved from <https://ammehjelpen.no/hva-er-ammehjelpen/>
- Andreassen, M. (2001). Amming i Tromsø før og etter mor-barn-vennlig initiativ. Retrieved from <https://tidsskriftet.no/2001/11/klinikk-og-forskning/ammig-i-tromso-og-etter-mor-barn-vennlig-initiativ>
- Antonovsky, A., & Sjøbu, A. (2012). *Helsens mysterium : den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Anvik, C. H., Sandvin, J. T., Breimo, J. P., & Henriksen, Ø. (2020). *Velferdstjenestenes vilkår : nasjonal politikk og lokale erfaringer*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Backe, B. (2014). 1. Svangerskapsomsorg. Retrieved from <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/arkiv-utgatte-veiledere/veileder-i-fodselshjelp-2014/1.-svangerskapsomsorg/>
- Blixt, I., Martensson, L. B., & Ekstrom, A. C. (2014). Process-oriented training in breastfeeding for health professionals decreases women's experiences of breastfeeding challenges. *Int Breastfeed J*, 9, 15. doi:10.1186/1746-4358-9-15
- Campbell, M., & Gregor, F. (2004). *Mapping social relations : a primer in doing institutional ethnography*. Lanham Md: AltaMira Press.
- Delmar, C. (2018). Omsorg og ansvar som to sider af samme sag. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 322-329. doi:<https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-03-15>
- Dennis, C.-L. (2002). Breastfeeding Initiation and Duration: A 1990-2000 Literature Review. *JOGNN*, 31(1), 12-32. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2002.tb00019.x>
- DNJ. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for jordmødre. Retrieved from www.jordmorforeningen.no
- Durkheim, É., Østerberg, D., & Roll, H. (1991). *Selv mordet : en sosiologisk undersøkelse* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal.

- Eide, I. (2003). Ammeundersøkelsen år 2000. Retrieved from https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/Publikasjoner/andrepublikasjoner/ammeundersokelsen_2000.pdf/
- Ekeland, T.-J., & Heggen, K. (2007). *Meistring og myndiggjering : - reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ellingsæter, A. L. (2005). De "nye" mødrene og remoralisering av moderskapet. *Nytt Norsk Tidsskrift*, 22(4), 373-382. Retrieved from https://www.idunn.no/nnt/2005/04/de_nye_modrene_og_remoralisering_av_moder_skapet
- Folkehelseinstituttet. (2020). SPEDKOST 3 Landsomfattende undersøkelse av kostholdet blant spedbarn i Norge, 6 måneder. Retrieved from <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2020/kostholdsundersokelser/spedkost-3---barn-6-mnd-alder.pdf>
- Grønmo, S. (2016). *Samfunnsvitenskapelige metoder* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Helsedepartement. (2003). St.meld. nr. 16 - Resept for et sunnere Norge. Retrieved from https://www.regjeringen.no/contentassets/069d160b7cf54b04a1a375515d01659a/n_o/pdfs/stm200220030016000dddpdfs.pdf
- Helsedirektoratet. (2010). Et trygt fødetilbud
Kvalitetskrav til fødselsomsorgen Retrieved from https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen/Et%20trygt%20f%C3%B8detilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20%C3%B8dselsomsorgen%20E2%80%93%20Veileder.pdf/_attachment/inline/13edf7e7-e77e-47bb-89d6-faa94bf80e28:809189312f88f05db5207d671c1f34f38adbc7cd/Et%20trygt%20f%C3%B8detilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20f%C3%B8dselsomsorgen%20E2%80%93%20Veileder.pdf
- Helsedirektoratet. (2011). Hvordan du ammer ditt barn. Retrieved from https://www.helsedirektoratet.no/brosjyrer/hvordan-du-ammer-ditt-barn-noen-rad-den-forste-tiden/Hvordan%20du%20ammer%20ditt%20barn%20E2%80%93%20Noen%20r%C3%A5d%20den%20f%C3%B8rste%20tiden.pdf/_attachment/inline/91d67b40-bdcf-473e-886d-0404f15d0df5:e90e70a54fd689afe159f6d6f7782e29d8040ca3/Hvordan%20du%20ammer%20ditt%20barn%20E2%80%93%20Noen%20r%C3%A5d%20den%20f%C3%B8rste%20tiden.pdf
- Helsedirektoratet. (2012). Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer
Retrieved from [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20\(fullversjon\).pdf/_attachment/inline/efa406d5-9fe5-4ff5-9a8c-3f0e143c55c8:2cc6aceb8963dcfec76bc036a10402f12729b8ad/Veileder%20for%20Utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20(fullversjon).pdf/_attachment/inline/efa406d5-9fe5-4ff5-9a8c-3f0e143c55c8:2cc6aceb8963dcfec76bc036a10402f12729b8ad/Veileder%20for%20Utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20(fullversjon).pdf)
- Helsedirektoratet. (2014a). Amming og spedbarns kosthold. Landsomfattende undersøkelse 2013. Retrieved from https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ammings-og-spedbarns-kosthold-landsomfattende-undersokelse-2013/Amming%20og%20spedbarns%20kosthold%20E2%80%93%20landsomfattende%20unders%C3%B8kelse%202013.pdf/_attachment/inline/008eea77-7b4f-4f7b-a6bb-7013b8817af1:da769ba163df13ab13b3d5afc64510c87b32c0f7/Amming%20og%20

- [Ospedbarns%20kosthold%20%E2%80%93%20landsomfattende%20unders%C3%B8kelse%202013.pdf](#)
- Helsedirektoratet. (2014b). Nytt liv og trygg barseltid for familien. Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. Retrieved from [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/) /attachment/inline/f70bcc8c-186f-41f1-b6e7-c897d968a285:24d3a455d94e52500dee479739d3acf83f7d6c16/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf
- Helsedirektoratet. (2018). Folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling
Helsedirektoratets innspill til videreutvikling av folkehelsepolitikken. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-og-baerekraftig-samfunnsutvikling/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf/> /attachment/inline/3bee41d0-0b38-4957-913e-bedad965e37a:a89f2b8d35a30992c90f2f4c4f872d2ffdd0abaa/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf
- Helsedirektoratet. (2019a). Svangerskapsomsorg. Retrieved from <https://helsenorge.no/gravid/svangerskapskontroller>
- Helsedirektoratet. (2019b). Svangerskapsomsorgen og informasjon til gravide. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen/svangerskapsomsorgen-og-informasjon-til-gravide#gravide-skal-fa-kunnskapsbasert-informasjon-og-ha-innflytelse-pa-oppfolgingen-i-svangerskapet-praktisk>
- Helsedirektoratet. (2020a). 4.1. Veiting og måling. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/helsestasjon-05-ar/veiting-og-maling#veiting-og-maling-helsestasjon-bor-male-vekt-og-lengdehoeyde-pa-barn-0-5-ar-sammendrag>
- Helsedirektoratet. (2020b). Helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Helsedirektoratet. (2020c). Spedbarnsernæring. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spedbarnsernaering/anbefalinger-for-morsmelk-morsmelkerstatning-og-introduksjon-av-mat#rad-om-morsmelk-og-annen-mat-ma-tilpasses-hvert-barn-og-hver-mor>
- Helsenorge. (2017). Amming og morsmelk. Retrieved from <https://helsenorge.no/etter-fodsels/ammings>
- Helsenorge. (2019a). Barseltiden - oppfølging etter hjemkomst. Retrieved from <https://helsenorge.no/etter-fodsels/oppfolging-etter-hjemkomst>
- Helsenorge. (2019b). Hjemmefødsel. Retrieved from <https://helsenorge.no/fodsels/hjemmefodsels>
- Helsenorge. (2020a). Forbered deg til timen hos fastlegen. Retrieved from <https://www.helsenorge.no/fastlegen/om/forbered-deg-til-timen/>
- Helsenorge. (2020b). Svangerskapskontroller. Retrieved from <https://helsenorge.no/gravid/svangerskapskontroller>
- Helsing, E. (2007). Elisabet Helsing: Historien om amnehjelpen. Retrieved from <http://kjonnsforskning.no/nb/elisabet-helsing-historien-om-amnehjelpen>

- Helsing, E. (2016). The Scandinavian Breastfeeding Adventure: The First Years (1968–78). Retrieved from http://waba.org.my/v3/wp-content/uploads/2019/04/10th-Step_Final-tribute.Chapter-6.pdf
- Hjelde, I. (2015). The rationality of caring. Retrieved from <https://sosiologen.no/hva-er-sosiologi/sosiologisk-kanon/rationality-caring/>
- HOD. (2009). En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/25a45886201046488d9c53abc0c8ad3a/n/o/pdfs/stm200820090012000dddpdfs.pdf>
- Hoddinott, P. (2001). *A qualitative study of women's views about how health professionals communicate about infant feeding* (Vol. 3): Blackwell Science Ltd.
- Holø, R. M. (2016). Ammehjelpen: – Vi gjør jobben myndighetene skulle gjort. Retrieved from <https://www.nrk.no/innlandet/ammehjelpen--vi-gjor-jobben-myndighetene-skulle-gjort-1.12891927>
- Häggkvist, A.-P. (2006). Ammeforekomst og faktorer som påvirker amming i Den norske mor og barn undersøkelsen. Retrieved from <https://docplayer.me/9550647-Ammeforekomst-og-faktorer-som-pavirker-amm-ing-i-den-norske-mor-og-barn-undersokelsen.html>
- Ida Brandtzæg, S. T., Guro Øiestad. (2020). Hva er tilknytning? Retrieved from <https://www.psykologforeningen.no/publikum/informasjonsvideoer/videoer-om-livsutfordringer/hva-er-tilknytning>
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (2. utg. ed.). Kristiansand: Høyskoleforl.
- Jonassen, T. (2017). Trygghetssirkelen som verktøy i tilvenningsperioden. Retrieved from <https://www.barnehage.no/artikler/trygghetssirkelen-som-verktoy-i-tilvenningsperioden/428752>
- Kirchhoff, R., Vik, E., & Aarseth, T. (2019). Management and reforms in the Nordic hospital landscape. *J Health Organ Manag*, 33(5), 588-604. doi:10.1108/jhom-07-2018-0183
- Kronborg, H. (2004). The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/8504025_The_influence_of_psychosocial_factors_on_the_duration_of_breastfeeding
- Kunnskapsenteret. (2013). Brukererfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Retrieved from <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/bruker erfaringer-med-svangerskaps--fodsels--og-barselomsorgen>
- Laanterä, S. (2012). Confidence in Breastfeeding Among Pregnant Women. *Western Journal of Nursing Research*, 34(7). doi:10.1177/0193945910396518
- Legeforeningen. (2015). Ethiske regler for leger. Retrieved from <https://www.legeforeningen.no/om-oss/Styrende-dokumenter/legeforeningens-lover-og-andre-organisatoriske-regler/etiske-regler-for-leger/#23667>
- Legeforeningen, D. N. (2014). Global barnehelse. Retrieved from <https://www.legeforeningen.no/contentassets/a4abbe68905f40cdb2a64d7fc5a99c12/policy-global-barnehelse.pdf>
- León-Cava, N. (2002). QUANTIFYING THE BENEFITS OF BREASTFEEDING: A SUMMARY OF THE EVIDENCE. Retrieved from <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/benefitsLM.pdf>

- Lovdata. (2018). Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584>
- Lovdata.no. (2001a). Helsepersonelloven. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Lovdata.no. (2001b). Pasient- og brukerrettighetsloven. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Lovdata.no. (2011). Helse- og omsorgstjenesteloven. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Lovdata.no. (2018). Lov om pasient- og brukerrettigheter Retrieved from https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#%C2%A73-1
- McFadden, A. (2019). Counselling interventions to enable women to initiate and continue breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *Int Breastfeed J*, 14(42). doi:<https://doi.org/10.1186/s13006-019-0235-8>
- Mittelmark, M. B. (2017). *The Handbook of Salutogenesis*: Springer.
- Molander, A., & Terum, L. I. (2008). *Studier av profesjonell yrkesutøvelse - kompetanseoppbygging i, profesjonsforskning*. Oslo: Universitetsforl.
- Naomi Joffe, F. W., Natalie Shenker (2019). Support for breastfeeding is an environmental imperative. *BMJ*. doi:10.1136/bmj.l5646
- NHI.no. (2018). Svangerskapskontroll. Retrieved from <https://nhi.no/familie/graviditet/svangerskap-og-fodsel/livsstil/svangerskap-gode-rad/kontrollprogrammet-i-svangerskap/>
- NKA. (2019). Opplæring - 20 kunnskapspunkter. Retrieved from <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Nasjonale-kompetansetjeneste-for-amming/Documents/2019-06-25%20Oppl%C3%A6ring%20-%202020%20kunnskapspunkter.pdf>
- NKA. (2020). Godkjente MBV sykehus / føde-barselavdelinger per september 2020. Retrieved from <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Nasjonale-kompetansetjeneste-for-amming/Documents/Kopi%20av%202020-09-02%20Godkjente%20sykehus%20MBVS.pdf>
- NOU. (2011). Innovasjon i omsorg. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/5fd24706b4474177bec0938582e3964a/nou/pdfs/nou201120110011000dddpdfs.pdf>
- NSF. (2020). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Retrieved from <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Olsen, B. C. R. (1989). *Omsorg mot år 2000 : frivillige organisasjoners rolle i omsorgsarbeidet* (Vol. 3-1989). Oslo: Norges Røde kors.
- omsorgsdepartementet, H.-o. (2015). Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020. Retrieved from https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2f9cb7/omsorg_2020.pdf
- OUS. (2019). Filmen "Bryst er best" på Youtube. Retrieved from <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonale-kompetansetjeneste-for-amming-nka/filmen-bryst-er-best-pa-youtube>
- OUS. (2020). Verdens helseorganisasjons kode for markedsføring av morsmelkerstatninger og tilskuddsblandinger (WHO-koden). Retrieved from https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Nasjonale-kompetansetjeneste-for-amming/Documents/WHO-KODEN_270619%20Enkel%20versjon.pdf

- Pettersen, T. (2012). Conceptions of Care: Altruism, Feminism, and Mature Care. *Hypatia*, 27(2), 366-389. Retrieved from https://www.jstor.org/stable/23254909?read-now=1&seq=11#page_scan_tab_contents
- Rankin, J. (2017). Conducting Analysis in Institutional Ethnography: Guidance and Cautions. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1). doi:10.1177/1609406917734472
- Regjeringen. (2017). Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021). Retrieved from https://www.regjeringen.no/contentassets/fab53cd681b247bfa8c03a3767c75e66/handlingsplan_kosthold_2017-2021.pdf
- Regjeringen. (2018). Helsesøster blir helsesykepleier. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/helsesoster-blir-helsesykepleier/id2610855/>
- Regjeringen.no. (2002). Ot.prp. nr. 45 (2002-2003)
Om lov om endring i menneskerettsloven mv. (innarbeiding av barnekonvensjonen i norsk lov). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/5803cce03b3b4fa886aca08fc612b197/no/pdfs/otp200220030045000dddpdfs.pdf>
- Ringdal, K. (2018). *Enhet og mangfold : samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (4. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Schjelderup, H. C. (2014). Strippet jordmortjeneste fører til at færre lykkes med amming. Retrieved from <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2238463/17036/Strippet-jordmortjeneste-forer-til-at-faerre-lykkes-med-amming>
- Skavhellen, T. (2008). Bedre med mamming enn amming? : en studie av unge mødres opplevelse av å amme mindre enn myndighetenes anbefalinger. In Lillestrøm: Høgskolen i Akershus.
- Smith, D. E. (2005). *Institutional ethnography : a sociology for people*. Lanham, Md: AltaMira.
- Smith, D. E. (2006). *Institutional ethnography as practice*. Lanham, Md: Rowman & Littlefield.
- SSB. (2020). Fødte. Retrieved from <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/fodte>
- Stamsø, M. A., & Hjelmtveit, V. (2009). *Velferdsstaten i endring : norsk sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Stortinget.no. (1995). Organisering av primærhelsetjenesten. Retrieved from <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/1994-1995/inns-199495-165/6/>
- Svendby, H. R., Omtvedt Marianne (2012). Holdninger og kunnskap om amming i allmennpraksis - en spørreundersøkelse blant allmennleger for å vurdere betydningen av egen rolle som veileder før etter fødsel. Retrieved from <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/28754/Prosjekt-Svendby-Omtvedt-2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tretteteig, S. (2019). Er omsorg som er motivert av kjærlighet, bedre enn omsorg gitt av plikt? Retrieved from <https://sykepleien.no/forskning/2019/06/er-omsorg-som-er-motivert-av-kjaerlighet-bedre-enn-omsorg-gitt-av-plikt>
- Tufte, E. (2005). Norske kvinners ammeproblemer. Retrieved from <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:733533/fulltext01.pdf>
- Tveit, G. N. I. (2015). Hva gjør førstegangsmødre for å mestre barnestellet i tidlig barseltid? *Nordisk sygeplejeforskning*, 5(2), 151-164. Retrieved from

- https://www.idunn.no/nsf/2015/02/hva_gjoer_foerstegangsmoedre_foraa_mestre_b_arnestellet_itidli
- Tønjum, L. (1996). Amming - en problematisk selvfølge : kvinners perspektiver på vanskelig amming. In. Bergen: L. Tønjum.
- Universitetssykehus, O. (2020a). Mor-barn-vennlig standard (MBV). Retrieved from <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonal-kompetansetjeneste-for-ammig-nka/mor-barn-vennlig-standard-mbv>
- Universitetssykehus, O. (2020b). Mor-barn-vennlig sykehus. Retrieved from <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonal-kompetansetjeneste-for-ammig-nka/mor-barn-vennlig-sykehus>
- Universitetssykehus, O. (2020c). Nasjonal kompetansetjeneste for amming (NKA). Retrieved from <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonal-kompetansetjeneste-for-ammig-nka#om-nasjonal-kompetansetjeneste-for-ammig>
- Vik, L. J. (2007). Makt og myndiggjering : utfordringar for helse- og sosialarbeidarar. In (pp. [83]-101). Oslo: Gyldendal akademisk, 2007.
- Walseth, L. T. (2004). Salutogenese og empowerment i allmenntmedisinsk perspektiv. Retrieved from <https://tidsskriftet.no/2004/01/kronikk/salutogenese-og-empowerment-i-allmenntmedisinsk-perspektiv>
- WHO. (2018). COUNSELLING OF WOMEN TO IMPROVE BREASTFEEDING PRACTICES. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/280133/9789241550468-eng.pdf?ua=1>
- WHO. (2020). Breastfeeding. Retrieved from https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_2
- Widerberg, K. (2007). Institusjonell etnografi– en ny mulighet for kvalitativ forskning?1. *Sosiologi i dag*, 37(2), 7-28. Retrieved from https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/15234/1/inst_etno_kvalitativ_forskning.pdf
- Widerberg, K. (2015). *I hjertet av velferdsstaten : en invitasjon til institusjonell etnografi*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Øydgard, G. W. (2018). Forhandlinger i omsorg. En institusjonell etnografi om pårørendes omsorgsarbeid og tilgang til helse- og omsorgstjenester. In: Nord universitet.
- Åsheim, H. (2018). Den institusjonelle utholdenheten – om unges erfaringer med langvarige avklaringsprosesser. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 257-270. doi:<https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-03-05>