



Ammeundersøkelsen år 2000

**Mor, barn og materutiner ved norske fødeenheter
i perspektiv 1973-2000**

Rapport ved

Ingrid Eide,

Eli Heiberg,

Elisabet Helsing

og

Kari Palgard Pape

Utført med støtte fra Helsetilsynet

Mai 2003

Ammeundersøkelsen år 2000

Mor, barn og materutiner ved norske fødeenheter i perspektiv 1973 – 2000

Rapport ved Ingrid Eide, Eli Heiberg, Elisabet Helsing og Kari Paalgard Pape

Utført med støtte fra Helsetilsynet

Oslo, mai 2003. 28 sider.

Denne undersøkelsen kan bestilles fra: Elisabet Helsing, ehel@online.no

Undersøkelsen finnes i elektronisk versjon på Helsetilsynets nettsted: www.helsetilsynet.no

INNHALDSFORTEGNELSE

BAKGRUNNEN.....	1
OPPLEGGET	2
SVARENE MED KOMMENTARER.....	3
Fødeenhetene	3
<i>Tabell 1. Antall fødeenheter gruppert etter antall fødsler i undersøkellesperioden</i>	3
Ammepraksis.....	4
<i>Tabell 2. Ammepraksis og anslått ammerate ved hjemreise år 2000</i>	4
Mor-barn-vennlige støtteprosjekt.....	4
<i>Tabell 3. Antall enheter som har ”mor-barn-vennlig”(MBV) godkjenning år 2000.</i>	5
Den første kontakten.....	5
<i>Tabell 4. Hvor snart etter fødselen kommer barnet til morens bryst første gang?.....</i>	5
Ubegrenset kontakt mellom mor og barn	5
<i>Tabell 5. Tid mor og barn tilbringer sammen per døgn, 1973-2000.</i>	6
”Mor velger” – eller gjør hun?	6
Rutinene endres drastisk	7
<i>Tabell 6. Følger avdelingen en bestemt måltidsrytme?</i>	7
<i>Tabell 7. Kan mor amme utenfor de bestemte måltidsrytmene, eller når hun vil?</i>	8
Tillegg til morsmelken?	8
<i>Tabell 8. Tilleggsernæring gitt ved enhetene om vurdert nødvendig, 1973-2000</i>	8
Kontrollveiging før og etter at barnet har spist (testveiging)?	9
<i>Tabell 9. Kontrollveiging før og etter amming i enhetene 1973-2000.</i>	10
Mødre som ikke vil eller ikke kan amme	10
<i>Tabell 10. Vansker med etablering av amming år 2000: Enhetenes angitte grunner til at mor ikke lykkes i å amme eller at hun ikke ønsker å amme.</i>	11
Gruppeveiledning om amming.....	12
Informasjonsmaterieil til utdeling til mødrene.....	12
<i>Tabell 11 Utgivere av informasjonsmaterieil som benyttes i fødeenhetene år 2000.</i>	12
I alt	12
Anbefalinger om ammeperiodens varighet.....	13
<i>Tabell 12. Enhetenes anbefalinger om ammeperiodens totale lengde (i 2000).</i>	13
NOEN REFLEKSJONER	13
Nedgangen i ammefrekvens - planlagt policy eller arbeidsuhell?.....	13
Årsaker til nedgangen i ammefrekvens.....	14
<i>Figur 1 Ammefrekvens i Norge 1860-2000 sammenholdt med noen markante hendelser i nyere norsk ammehistorikk</i>	15

Trenden snur på syttitallet	16
Ammehjelpgrupper dannes landet over og mor myndiggjøres i ammespørsmål.....	16
Mødres kunnskap om amming i praksis blir spredt - ved helsemyndighetenes hjelp.....	16
Brukerne krever rett til medbestemmelse.....	16
<i>Figur 2. Svangerskapspermisjonens lengde i uker, prosentandel kvinner (15-45 år) i arbeid utenfor hjemmet og amming ved seks måneders alder, i perioden 1968-1998.....</i>	17
Hva betyr føde/barselenhets-rutinene for ammingen?	17
Norske helsemyndigheter var tidlig ute	18
Nye gamle arbeidsoppgaver for jordmor.....	18
Mor og barn sammen på barselenheten.....	18
Ny farsrolle	19
Nye utfordringer: Barseltid på hotell – isolasjon i stedet for tidligere tiders kvinnefellesskap?	19
Større åpenhet om mulige ammeproblemer	19
Urban livsstil og amming i ”nye rom”.....	19
SLUTTORD	20
TAKK!	20
<u>Vedlegg 1</u>.....	21
SPØRRESKJEMA OM MATING AV FRISKE, FULLBÅRNE NYFØDTE.....	21
<u>Vedlegg 2</u>.....	23
Forslag til opplegg på norske fødeavdelinger for å øke amming (1974).....	23
REFERANSER.....	25

AMMEUNDERSØKELSEN ÅR 2000

Mor, barn og materutiner ved norske fødeenheter

- i fortsettelsen av undersøkelser gjort 1973, 1982 og 1991.

ved Ingrid Eide, Eli Heiberg, Elisabet Helsing og Kari Paalgard Pape

Bakgrunnen

Med 9 års mellomrom har det vært foretatt spørreskjema-undersøkelser med fokus på materutiner og dermed rammevilkår for amming ved norske fødeenheter: første gang i 1973, dernest 1982, 1991 og nå senest 2000⁽ⁱ⁾. Spørreskjemaet som på forsommeren 2001 ble sendt ut til alle landets fungerende fødeenheter med støtte fra Statens helsetilsyn, er dermed den fjerde undersøkelsen som stiller sammenlignbare spørsmål, og den gir oss mulighet til å følge utviklingen av fødeenheterenes materutiner i Norge over 28 år. I alle fire undersøkelser har vi hatt særdeles god respons: *hver gang* har 100% av de eksisterende føde/barselenhetene returnert utfylte spørreskjema.

Ved den første undersøkelsen tidlig på 1970-tallet var ammingen fremdeles i krise: ved 3 måneders alder fikk under 1/3 av barna morsmelk. Riktignok ble brysternæring stadig fremholdt som det normale og fødeenheterne forventet stadig at mødrene skulle amme. Når ammingen likevel ikke lot seg opprettholde for de fleste, ble det viktig å se på flere faktorer og flere faser av svangerskap, fødsel og barsel, for å finne hva det var som hindret etablering av en god og vedvarende ammepraksis. Fødeenheterne som fellesarena, både når det gjelder materutiner og fødeforhold, ble gjenstand for kritisk oppmerksomhet.

Mange tiltak fra ulike hold både nasjonalt og internasjonalt, frivillig og lønnet, fra leg og lærd, statlig og mellomstatlig har bidratt til det som skulle utvikle seg til en større ”snuoperasjon” for ammingen i de nordiske land. Disse har de siste 30 årene ligget i forkant og har kanskje fungert som pådrivere med en viss ”modellfunksjon” i internasjonale sammenhenger (1). I denne perioden klargjorde vitenskapen de artsspesifikke egenskapene hos morsmelken, og viste hvordan de både beskytter barnets helse og samtidig tjener som mat. Forståelsen av ammingens psykologiske betydning for mor og barn ble utforsket, anerkjent og omtalt.

Fødeenheterne har hele tiden vært sett som sentrale aktører i endringsprosessen. Det er ved fødeenheterne mor-barn-forholdet først synliggjøres, og samfunnet har anledning, og også plikt, til å veilede foreldrene og definere rammene for samspillet mellom mor og barn (2).

I tillegg til medisinske framskritt og stadig synkende spedbarnsdødelighet har flere faktorer bidratt til å endre forholdene i fødeenheterne over den perioden som dekkes av de fire undersøkelsene:

(i) Vi har valgt å bruke fellesbetegnelsen ”fødeenhet” eller ”enhet” for både klinikker, føde/barselavdelinger og fødestuer

- det er færre, men større enheter,
- beredskap og ”verstefalls-tenkning” søkes avvendt mot en holdning til svangerskap/fødsel/barsel som naturlig og ”ikke-sykkelig”,
- forholdet pasient/helsearbeider er blitt mer basert på gjensidig tillit, respekt og fleksibilitet, noe mindre på kontroll, underordning og regelmessighet,
- likestillingsideologien er i ferd med å skape en ny farsrolle som bringer barnefaren inn som mer aktiv deltaker i alle faser av fødearbeidet⁽ⁱⁱ⁾,
- sist, men ikke minst har Sosialdepartementets og Helsetilsynets tilrådinger (3, 4) gitt mulighet for kontinuerlig og konsistent kvalitetssikring ved fødeenhetene, i den senere tid forankret i UNICEFs og WHO's Baby-Friendly Hospitals Initiative (5) som på norsk ble oversatt med "Mor-barn-vennlig-initiativ" (MBV).

Opplegget

En selvbestalt gruppe på fire personer (forfatterne), alle med bakgrunn i arbeidet med de tre foregående undersøkelsene, påtok seg på frivillig basis å gjenta den samme undersøkelsen for fjerde gang, i det vesentlige basert på det samme spørreskjemaet. Skjemaet ble sendt til samtlige fødeenheter uansett størrelse og antall fødsler. Etter en purring og telefonisk oppfølging i et par tilfelle har alle fungerende enheter besvart skjemaet. Skjemaet er kortfattet og rimelig enkelt å besvare, og dette har nok bidratt til den høye svarfrekvensen. Skjemaet er også denne gang som regel utfyllt av øverste ansvarlig jordmor eller sykepleier ved enheten.

Materialet er kodet manuelt og sammenfattet i en datamatrikse som p.g.a. det lave antallet enheter lett lot seg bearbeide til enkle tabeller. Tabellene blir i noen tilfelle supplert med data fra de foregående undersøkelsene. Vi har ikke sett det som mulig eller formålstjenlig å sammenligne de enkelte enheter over tid. Noen tabeller vil presentere enhetene i henhold til de fem helseregionene som ble etablert på 90-tallet, mellom vår 3. og 4. undersøkelse.

Vi har altså et materiale som gir oss opplysninger fra alle landets fødeenheter, 60 i alt. Samlet dekker materialet 57 409 friske, fullbårne nyfødte, eller 97% av totalt fødselstall i år 2000. Enkelte større enheter anslår at de har relativt store andeler barn som *ikke* er friske fullbårne, helt opp mot en tredjedel av de fødte. Dette er, som en kunne vente, spesialiserte enheter. Utfordringene omkring amming av syke barn blir såpass spesielle at vi har valgt å holde dem utenfor denne undersøkelsen. Vi har derfor som tidligere begrenset oss til å spørre om rutinene omkring nyfødte som er friske og fullbårne.

⁽ⁱⁱ⁾ Med fødearbeidet forstås her svangerskap, fødsel, barsel og ammeperiode.

Svarene med kommentarer

Vår presentasjon av svarene følger stort sett spørreskjemaet, som er vedlagt (*Vedlegg 1*).

Fødeenhetene

Norges befolkning bor fremdeles spredt i et langstrakt land, der transport kan være både omstendelig og tidkrevende. I samtlige helseregioner finnes derfor flere fødeenheter, 10 til 13 i sørlige regioner og 17 i Nord-Norge.

Sengetallet varierer fra 2 til 113, og antallet fødsler per enhet fra 14 til ca. 5 000 i år 2000 (*tabell 1*). Litt over halvparten hadde mer enn 500 fødsler og 13 enheter var så store at de hadde over 1500 fødsler i år 2000.

Over årene er mange mindre fødeenheter blitt nedlagt til fordel for mer sentrale enheter med bredere kompetanse og beredskap for kompliserte fødsler. Avvikling av lokale helsetilbud er alltid omstridt og dette vakte stor diskusjon på 70- og 80-tallet da de største endringene fant sted.

Tabell 1. Antall fødeenheter gruppert etter antall fødsler i undersøkelsesperioden og fødeenhetenes prosentvise andel av det totale antall fødsler år 2000 rangert etter størrelse

Enheterens størrelse	1973	1982	1991	2000	Antall fødsler 2000	% av fødslene 2000
3000 eller flere fødsler	2	2	5	4	15 413	27
2999 - 1500	9	8	8	9	18 677	33
1499 - 500	30	20	19	18	17 278	30
499 - 50	51	46	28	23	5 898	10
49 - 10	26	11	4	5	143	0,2
9 - 0 ⁽ⁱⁱⁱ⁾	-	-	-	1	0	0
Antall enheter	118	87	64	60	57 409	100

Antall og lokalisering av fødeenhetene ble stabilisert på 90-tallet, men diskusjonen fortsetter og brukernes syn reflekteres for eksempel i en rapport fra Statens helsetilsyn i 1999: "*Legkvinnekonferanse om fødsels- og barselomsorgen*" (6).

Den fysiske avstanden mellom hjem og fødeenhet oppleves stadig som problematisk for kvinnen og familien. Transport kan være en utfordring og det synes ofte vanskelig å få sammenheng i helsetilbudet over fasene i fødearbeidet når avstandene er store, noe som også kan få betydning for å opprettholde ammingen. Den nye sykehusreformen som kom i 2001, året etter nærværende undersøkelses referanseår, lanserte forslag om ytterligere nedleggelse og sammenslåinger.

⁽ⁱⁱⁱ⁾ I tidligere undersøkelser var enheter med under 10 fødsler utelatt. 2000-undersøkelsen omfatter samtlige fødeenheter, også de aller minste. En avsidesliggende avdeling fungerte bare som barselstue og hadde ingen fødsler dette året.

Ammepraksis

Omfattende og omdiskuterte omorganiseringer kan gi rom for nytenkning på flere områder. Utfordringene og tilrådingene har vært mange – ikke minst med hensyn til ammepraksis - i denne perioden. Det er derfor interessant å se om enhetenes størrelse målt med fødselstallene gir seg utslag i hva som rapporteres om ammepraksis og ammefrekvens ved hjemreise.

Tabell 2 gir en første innføring i hovedtrekkene ved vårt materiale. Den tar for seg viktige indikatorer på gode ammerutiner. 56 enheter (93 %) oppgir at 95 % eller flere av mødrene ammer ved hjemreise. De resterende fire enheter oppgir ikke tall for dette.

Tabell 2. Ammepraksis og anslått ammerate ved hjemreise år 2000
ved større fødeenheter (> 500 fødsler) og mindre (< 500 fødsler)

Ammepraksis	Større enheter	Mindre enheter	N (%)
Uforstyrret samvær 1. time etter fødsel	29	23	52 (90)
Barnet kommer til brystet umiddelbart	17	20	37 (62)
Amming når mor vil, inkl. nattaming	31	29	60 (100)
>20 timer/døgn samvær mor & barn	23	19	42 (70)
Antall liggedøgn, anslagsvis	3 - 5	2 - 7	
>95% av mødrene ammer ved hjemreise	29	27	56 (93)
Antall enheter	31	29	60 (100)

Svarene viser en stor grad av samstemmighet mellom store og små avdelinger om amming og tjenlige materutiner, noe mer variasjon med hensyn til rutiner omkring fødselen og den umiddelbare etableringen av mor-barn-forholdet. Vi får vite at mor og barn tilbringer nesten all tid sammen, men at varigheten av hele oppholdet ved fødeenheten derimot er redusert til et minimum. Mange enheter angir imidlertid en variasjonsbredde i liggetid som antyder at man kan ta hensyn til om mor eller barn har spesielle problemer. Den normalt korte liggetiden kombinert med stor avstand mellom hjem og fødeenhet kan selvsagt også vanskeliggjøre fødeenhetens mulighet for oppfølging av mor-barn-forholdet og ammingen. Desto viktigere blir den veiledningen og støtten som gis under det relativt kortvarige oppholdet. Samtlige svarskjema gir et generelt inntrykk av at oppslutningen om amming ikke bare er et resultat av almen forventning, men noe enhetene arbeider målbevisst med.

Hensynet til mors ønsker og evt. spesielle forhold er ofte nevnt. Dette kan tydes i flere retninger, noe vi kommer tilbake til.

Mor-barn-vennlige støtteprosjekt

I 1993 introduserte helsemyndighetene det internasjonale WHO/ UNICEF "Baby Friendly Hospital Initiative" ved norske føde- og barselenheter. Dersom enhetene ønsket evaluering av hvorvidt deres praksis var i samsvar med de prinsippene som var nedfelt i initiativets "10 trinn for vellykket amming"(7) kunne de etter å ha gjennomgått en inngående undersøkelse med tilfredsstillende resultat, bli godkjente som "Mor-barn-vennlige"(MBV).

Av tabell 3 ser vi at 60% av fødeenhetene opplyser at de var godkjente. Men helseregionene stiller noe ulikt:

70-80% av fødeenhetene var "Mor-barn-vennlige" i regionene Midt-Norge, Sør- og Øst mens helseregionene Vest og Nord foreløpig hang etter. Mange uttrykte imidlertid at de arbeidet for å få slik godkjenning. Dette initiativet med sine konkrete og klare mål og tilrådinge har åpenbart virket motiverende. En undersøkelse publisert av en gruppe i Tromsø (8) viser at MBV initiativ på Universitetssykehuset i Tromsø hadde en signifikant effekt på ammefrekvens og -varighet. Eksempelvis økte andelen fullammede barn ved tre måneders

alder, i perioden da MBV ble innført (1992-1997), fra 79% til 90%, mens andelen som fremdeles ble ammet ved 12 måneders alder over det samme tidsrom økte fra 11% til 19%.

Tabell 3. Antall enheter som har ”mor-barn-vennlig”(MBV) godkjenning år 2000.
Oppdelt etter dagens helseregioner (HR)

	HR Midt-Norge	HR Nord	HR Sør	HR Vest	HR Øst	N (%)
MBV	8	7	7	5	9	36 (60)
Ikke MBV	2	10	3	5	4	24 (40)
Antall enheter	10	17	10	10	13	60 (100)

Det siste tiåret har især tiden umiddelbart etter fødselen vært i fokus, basert på ny viten om barnets utvikling. Mor-barn- og far-barn forholdet trer mer i forgrunnen og fortrenger tidligere tiders vektlegging av tidkrevende vask, veing og måling.

Den første kontakten

Det nye synet på spedbarnsomsorgen omfatter at barnet bør slippe unødvendig diskontinuitet i sin nye tilværelse utenfor livmoren: det skal ha ro, nærhet til morens kropp og lyder, varme omsluttende plagg og dunkelt lys. Samtidig viser nyere forskning at spedbarnet har skarpere sanser og flere innebygde reflekser enn man før var klar over (9). Dersom det får anledning til det, kan det på egen hånd kravle seg frem til morens bryst, få et skikkelig "melketak" med munnen og slik erfare at det selv kan sikre seg både ernæring og nærhet.

Vi spurte enhetene hvor snart etter fødselen barnet kommer til morens bryst første gang. Svarene fordelt på større og mindre fødeenheter gjengis i *tabell 4*.

Tabell 4. Hvor snart etter fødselen kommer barnet til morens bryst første gang?
Svarene er fordelt på større og mindre fødeenheter.

	Større enheter >500 fødsler/år N	Mindre enheter <500 fødsler/år N	N (%)
Straks etter fødselen	17	20	37 (62)
Innen 1 time	11	9	20 (33)
Innen 2 timer	3	0	3 (5)
Senere enn 2 timer	0	0	0
Ubesvart	0	0	0
Antall enheter	31	29	60 (100)

Det fremgår av tabellen at samtlige fødeenheter tilstreber at barnet umiddelbart etter fødselen skal komme til morens bryst eller få hudkontakt. Samtlige enheter passer på at det skjer innen to timer etter fødselen. Det er liten forskjell på de store og de små enhetene.

Ubegrenset kontakt mellom mor og barn

Det er altså tydelig at man ved svært mange fødeenheter forsøker å gi mor og barn mest mulig ro og selvbestemmelse. Noen stiller mer tradisjonelt (vaske, veie osv) enn andre, men uten at det skal ta for mye tid før barnet er tilbake hos mor. Å sikre nærheten mellom mor og barn er blitt en sterk norm. I et tretti års perspektiv fremstår endringen som en revolusjon. *Tabell 5* viser imidlertid hvor gradvis den faktisk har skjedd.

Tabell 5. Tid mor og barn tilbringer sammen per døgn, 1973-2000.*Antall enheter: N prosent av alle (%)^(iv).*

	1973	1982	1991	2000
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<5 timer	68 (58)	2 (2)	0 (0)	0 (0)
5 – 16 timer (hele dagen)	26 (22)	40 (46)	25 (38)	2 (3)
17 – 19 timer (så mye som mulig - men ikke om natten)	3 (3)	15 (17)	18 (28)	11 (18)
20 – 24 timer (hele døgnet)	3 (3)	10 (12)	16 (25)	50 (83)
Variierende (fra mor til mor)	9 (8)	14 (16)	14 (22)	7 (12)
Etter mors ønske, mor velger, så lenge mor vil	15 (13)	33 (38)	9 (14)	5 (8)
Ubesvart	7 (6)	0 (0)	4 (6)	2 (3)
Sum avgitte (multiple) svar	128	114	86	77
Antall enheter	118	87	64	60

70-tallets rutiner førte til at mor og barn bare fikk svært begrenset tid sammen – med faste tidsrom øremerket for amming. Individuelle sult og søvnmønstre måtte både hos mor og barn underordnes enhetens øvrige stelle- og materutiner. Atskillelse og faste matetider ble ofte begrunnet med at mor og barn trengte ro for å komme seg. Melkespreng hos mødre med mye melk eller prestasjonsangst forbundet med kontrollveilingen av barnet før og etter måltidene hos mødre med lite melk, var for mange en dårlig start på både amming og foreldreskap.

Noen mødre hadde mot til å protestere og noen pleiere hadde mot til å fravike rutinene. ”Rooming-in” (”innepleie”) som er en forutsetning for ubegrenset amming var et nokså uklart begrep på 70-tallet i Norge. I den første undersøkelsen noterte 4 enheter spesielt at de planla å ”forsøke rooming-in”. Dette er en klar kontrast til at 37% av enhetene i år 2000 lar barn og mødre ha døgnet 24 timer sammen.

”Mor velger” – eller gjør hun?

Den relativt større andelen responderende helsepersonell som ifølge *tabell 5* i 1982 og 1991 svarer at samværstiden er ”varierende” eller at ”det er opp til mor å velge”, kan tolkes i to retninger. Det kan bety at mors ønsker i økende grad ble lyttet til og lagt til grunn for praksis. Det kan imidlertid også tenkes å indikere at pleiepersonalet var usikre på om den lange samværstiden var noen god idé, og som vi påpekte i analysen av undersøkelsen i 1982 (10), fraskrev de seg på et vis ansvaret for eventuelle uheldige følger av denne nye praksis ved å overlate valget til moren. Begge disse tolkningene er naturligvis plausible og ikke gjensidig utelukkende.

Samtidig antyder tallene at gamle rutiner står for fall. Allerede på 1970- og 80-tallet ser vi at mor og barn i enkelte tilfeller, vanligvis i de små fødestuene, kan få hele dagen sammen. På 90-tallet er dette imidlertid blitt helt vanlig, og stadig flere praktiserer også heldøgns samvær. I år 2000 svarer 83% at mor og barn har 20-24 timer sammen. Antall enheter som overlater valget til mor er redusert. Kan dette tyde på at personalet nå er mindre usikre? Flere grundige

^(iv) 1973, 1982- og 91-undersøkelsene måtte re-kodes da de opprinnelig ble gjort etter andre tidskutt. Når total % overstiger 100 er det fordi relativt mange enheter både oppga et tall og samtidig understreket f.eks. at det var opp til mødrene å velge hvor mye de ville være sammen med barnet, eller at samværstiden varierte individuelt.

forskningsarbeider som viste fordelene ved uhindret kontakt mellom mor og barn ble publisert i løpet av 80-tallet (11) og i WHO's opplegg til "Baby-Friendly-Hospital" er det standard. På norsk brukes som nevnt termen "Mor-barn-vennlig-initiativ". Det er ikke uvesentlig at den norske betegnelsen nettopp understreker mor-barn relasjonen og ikke bare barnet og fødeenheten.

Rutinene endres drastisk

I 1973 spurte vi fødeenhetene om de fulgte en bestemt måltidsrytme, og dette spørsmålet beholdt vi uforandret i alle de påfølgende spørreskjema. Ved den første undersøkelsen fulgte langt de fleste fødeenheter bestemte måltidsrytmer. Men i løpet av et par tiår endret praksis seg radikalt, og de bestemte, fastlagte måltidsrytmene som var blitt innført i begynnelsen av det tjuende århundre forsvant.

Tabell 6. Følger avdelingen en bestemt måltidsrytme?

N- alle avgitte svar, (%) av avdelingene.

	1973	1982	1991	2000
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Ja, avd. følger en bestemt måltidsrytme	108 (92)	38 (44)	2 (3)	0 (0)
Noen ganger følger avd. en best.målt.r.	6 (5)	21 (24)	3 (5)	19 (32)
Nei, avd. følger ikke en best.måltidsrytme	4 (3)	23 (26)	58 (91)	39 (65)
Ubesvart	0 (0)	5 (6)	1 (1)	2 (3)
Antall enheter	118	87	64	60

Ettersom praksis endret seg raskere enn noen hadde kunnet forutse måtte vi variere svaralternativene noe. I 1973 og 82 var spørsmålet åpent, fordi vi i første omgang forsøkte å fange variasjonene i måltidsrytmene. Men mating etter klokken ble så å si forlatt i løpet av åttitallet, og i 1991 var det bare to enheter som opprettholdt bestemte måltidsrytmer, i 2000 var det ingen. Ettersom de forsvant, ble svaralternativene på spørsmålet om bestemt måltidsrytme i 1991 begrenset til "ja" og "nei", og i år 2000 var de "ja", "noen ganger" og "nei". Denne siste endringen ble gjort fordi vi i 1991 fant at enkelte enheter bemerket at de *noen ganger* så det som nødvendig å innføre en viss rytme i måltidene. I 2000-undersøkelsen ba vi om de vanligste begrunnelsene for en slik beslutning. De vanligste årsakene ble oppgitt å være vekttap >10% hos barnet, stort barn eller dysmaturt barn, barn som fikk lysbehandling, eller mer generelt "på medisinsk indikasjon". Det var ikke mulig av svarene å se hvilket omfang "noen ganger" hadde i praksis.

Samtidig spurte vi i 1973 og 1982 forsiktig om mødrene hadde anledning til å mate sine barn også til andre tider, *utenfor* de bestemte måltidsrytmene. Som det framgår av *tabell 7* fikk de faktisk i 1973 tillatelse til dette i nesten halvparten av enhetene, men som et unntak snarere enn en regel, og det dreiet seg formodentlig om ett enkelt unntak nå og da. En tredjedel av enhetene svarte tvert "Nei" på spørsmålet om moren kunne amme til andre tider enn de bestemte.

Men alt i 1982 tillot 80% av avdelingene noe mer fleksible måltidsrytmer, selv om, som nevnt, nok ikke alle respondentene lot til å være overbeviste om at dette var riktig.

I 1991 var imidlertid forandringen kommet så langt at de aller fleste enheter ikke fulgte en bestemt måltidsrytme for alle barn. Spørsmålet om avdelingene tillot mødrene å amme utenfor "skjema" ble derved meningsløst. Vi endret spørsmålet i 1991 og 2000 til "Kan mor amme når hun vil?" for å få helt klar beskjed om hvorvidt moren og barnet nå hadde den fulle kontrollen over spisetidene.

Som det framgår av *tabell 7* har mor siden 1991 faktisk kunnet amme når hun ville på norske fødeavdelinger, og dermed kunnet lære seg å tolke og forholde seg til barnets sultsignaler. På fødeenhetene er i dag muligheten for selvregulering, som det også kalles, eller ubegrenset amming (inkludert nattamming) en selvfølge.

Tabell 7. Kan mor amme utenfor de bestemte måltidsrytmene, eller når hun vil?

N- alle avgitte svar, (%) av avdelingene.

	1973	1982	1991	2000
Mor kan amme til andre tider enn de bestemte måltidsrytmer	56 (47)	70 (81)	-	-
Mor kan noen ganger amme utenfor de bestemte måltidsrytmer	20 (17)	1 (1)	-	-
Mor kan ikke amme utenfor bestemte måltidsrytmer	36 (31)	0 (0)	-	-
Mor kan amme når hun vil	-	-	64 (100)	60 (100)
Mor kan noen ganger amme når hun vil	-	-	0 (0)	0 (0)
Mor kan ikke amme når hun vil	-	-	0 (0)	0 (0)
Ubesvart	6 (5)	16 (18)	0 (0)	2....(3)
Antall enheter	118	87	64	60

I motsetning til hva mange helsearbeidere opprinnelig hadde trodd, viste undersøkelser på nittitallet at mødrene ikke ble mer slitne av å ha barna sine inne hos seg døgkontinuerlig (12). Det forekommer ikke lenger at hun *ikke* får lov til å amme til de tider hun selv ønsker, selv om hun i visse situasjoner blir rådet til å amme til faste tider.

Tillegg til morsmelken?

På spørsmålet om hva barnet eventuelt får i tillegg til eller i stedet for morsmelk når dette vurderes som nødvendig, viser svarene i *tabell 8* at det har vært stor variasjon i praksis gjennom årene med hensyn til hva spedbarna ha fått i tillegg til morsmelken. Fortrinnsvis har det dreiet seg om henholdsvis vann, sukkervann og kumelkbaserte blandinger, hjemmelagede eller fabrikkfremstilte.

Tabell 8. Tilleggsernæring gitt ved enhetene om vurdert nødvendig, 1973-2000

I prosent av alle avdelinger - multiple svar.

Kategorier tillegg	1973 (%)	1982 (%)	1991 (%)	2000 (%)
- vanligvis ingenting	3	3	31	35
- morsmelk fra andre kvinner	37	59	3	6
- vann	2	1	69	55
- sukkervann	36	90	19	7
- kumelkblanding	41	3	0	0
- morsmelkerstatning	53	53	27	57
- ubesvart/uviss	2	1	3	0
Antall enheter	118	87	64	60

Den store forskjellen på bruken av melk fra andre kvinner fra 1982-1991 kan skyldes spørreskjemaet. I 1973 og 1982 hadde vi et spørsmål som lød: "Hender det at barn får melk fra andre kvinner?", og ganske mange enheter svarte positivt på dette. Spørsmålet falt bort i

1991 idet vi trodde melkebankenes tid var forbi for godt da hiv/aids-epidemien tok til på slutten av åttitallet. I dag er det 15 melkebanker i Norge, men de betjener fortrinnsvis premature og syke barn (13). Det er likevel mulig at bruken av andre kvinners melk er større enn vi har klart å registrere ved den nye spørsmålsstilling: "Får barnet vanligvis annet enn morsmelk under oppholdet på fødeavdelingen?" (*Se vedlegg 1*).

Bruken av vann og sukkervann har variert betydelig over tid. I 1980-årene ble det publisert flere artikler i norske helsearbeideres tidsskrifter som belyste bruken av bl.a. sukkervann, som den gang var svært utbredt på fødeavdelingene (14,15,16). Disse undersøkelsene påviste god tilvekst og utvikling hos de nyfødte også dersom man reduserte bruken av tillegg. De dokumenterte også øket ammefrekvens med mindre bruk av tillegg, og var kanskje med på å stimulere den mer restriktive holdning vi ser i år 2000 når det gjelder bruken av sukkervann. Men bruken av vann har enhetene vanskelig for å slippe fra seg til tross for at det er vist at morsmelken gir tilstrekkelig væske til å dekke barnets behov (17).

"Hjemmelagede" kumelkblandinger på basis av fersk kumelk har vært frarådet siden midten av 1980-tallet.

Morsmelkerstatninger er nå i bruk ved over halvparten av enhetene, og reflekterer trolig effektiv markedsføring av disse produktene.

35% av enhetene rapporterer for øvrig at de vanligvis greier seg uten å gi tillegg. Dette er en stor forandring fra de foregående år, da tillegg vanligvis ble temmelig rutinemessig gitt.

Samtidig viser dette at vi fremdeles har et stykke igjen før alle kvinner har like stor sjanse til å lykkes med ammingen.

I 1991 og 2000 spurte vi også på hvilke indikasjoner tillegg ble gitt, og fikk svært varierende svar, i alt ble 16 ulike indikasjoner beskrevet i 1991 og 23 i år 2000. De vanligste var: "urolog barn" (nevnt av 11 enheter i 1991 og 20 enheter i 2000), fulgt av "lavt blodsukker, sitring" (7 og 16 enheter henholdsvis). I 1991 ble det videre nevnt av 12 at vann ble gitt i tillegg "når nødvendig, ved tørste, etter behov"; i 2000 oppga 5 enheter liknende indikasjoner. "Store barn" ble nevnt av så få som 3 i 1991 men av 11 i 2000. I år 2000 nevnte 14 respondenter indikasjoner som "mors ønske", 13 refererte til "såre, innadvendte eller vanskelige brystvorter". "Sen melkeproduksjon, lite melk hos mor" ble nevnt av 8 og det samme antall nevnte "lysbehandling". Det mest forbausende trekk ved disse svarene var den store variabiliteten mellom enhetene med hensyn til hva som ble sett på som indikasjoner på at det var nødvendig å gi tillegg.

Kontrollveing før og etter at barnet har spist (testveing)?

På 1970- og 80-tallet var det vanlig at barnet ble lagt i barnestue i lange perioder samt om natten fordi mor skulle få hvile. Her ble det våket over, veid, stelt av helsepersonalet, og om det skrek ble det matet med erstatningsprodukter. Dersom kontrollveing av barnet like før og etter brystmåltidet viste at det fikk lite under det "tillatte" måltidet hos mor, ble det gjerne gitt tillegg, i stedet for at mor og barn fikk mer uforstyrret ammetid sammen.

Denne kontrollveingen av barnet før og etter at det hadde diet, påfulgt av offentlig "forkynnelse av dommen", d.v.s. hvor mange gram hvert av barna hadde tatt, var noe mange mødre følte mer som en trussel enn som en hjelp^v.

^v Det er faktisk ikke praktisk gjennomførbart å kontrollveie barn som blir ammet uten restriksjoner, for barnet vil i begynnelsen gjerne til brystet ustanselig. Dessuten vil slik veing ikke gi noen som helst nyttig informasjon om barnets inntak av energi og næringsstoffer, på grunn av den normale variabilitet med hensyn til melkens sammensetning og energiinnhold både fra mor til mor og hos samme mor, gjennom måltidet, gjennom døgnet og gjennom ammeperioden.

Vanlig veing av barnets kroppsvekt er naturligvis en helt annen sak. Det å sjekke kroppsvekt og vektendringer er et viktig redskap til å overvåke barnets helsetilstand.

Endringene over perioden når det gjelder kontrollveeing framgår av *tabell 9*.

Tabell 9. Kontrollveeing før og etter amming i enhetene 1973-2000.
Angitt i N (%).

	1973	1982	1991	2000
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Ja, kontrollveeing før og etter amming	103 (87)	41 (47)	8 (13)	0 (0)
Noen ganger kontrollveeing før og etter amming ^(vi)	14 (12)	37 (43)	5 (8)	36 (60)
Nei, ingen kontrollveeing	1 (1)	8 (9)	28 (44)	21 (35)
Nei, ingen kontrollveeing (men person som veier angitt)	0 (0)	0 (0)	20 (31)	3 (5)
Ikke besvart	0 (0)	1 (1)	3 (5)	0 (0)
Hvem veier? (1991, 2000)			N	N
Barnepleier	-	-	31	37
Jordmor	-	-	20	26
Mor	-	-	13	11
Antall enheter	118	87	64	60

Kontrollveeing slik den foregikk tidlig på syttitallet er tydeligvis ikke lenger et fast innslag i hverdagen på enhetene.

Da vi i 1991 spurte fødeenhetene om det ble foretatt *kontrollveeing før og etter måltidet* (og det ble tydelig understreket at det var dette vi spurte om), svarte 44% av enhetene entydig "nei" og 13% entydig "ja". I 2000 var det *ingen av respondentene* som svarte bekræftende på dette, mens det var flere som hadde krysset av både for "Noen ganger" og "Nei" og enkelte føyd til "sjelden" på skjemaet. På spørsmål om *hvem* som eventuelt foretar slik veeing opplyser enhetene at dette oftest gjøres av barnepleier, eller av jordmor og i noen tilfeller av moren selv.

Kommentarene til dette spørsmålet ga inntrykk av at slik veeing gjøres som en slags kvalitetssikring, kanskje i tvilstilfelle, eller som svar på ønske fra nybakte foreldre om å få en – i hvert fall tilsynelatende – enkel indikasjon på om barnet får nok melk. Vi vil gjerne tro at det ikke gjøres for å vurdere tilstrekkeligheten av mors melkemengde, og at det forhåpentlig ikke har konsekvenser for bruken av tillegg. Dette kan vi imidlertid ikke se av svarene.

Mødre som ikke vil eller ikke kan amme

Som nevnt i tabell 2 anslår 93 % av enhetene at mer enn 95 % av mødrene ammer ved hjemreise, men mange har naturlig nok opplevet vansker ved etablering av amming. Dette spurte vi om første gang i 1991. Siden antallet ammende mødre ved hjemreise er såpass stort, og vi vet fra andre kilder (18) at nesten 90% av mødrene fremdeles ammer tre måneder senere må vi anta at de, formodentlig med god hjelp av personalet, stort sett overviner begynnerproblemerne.

^(vi) Ved tolkningen av svarene kan det være nyttig å ta med noen av tilleggskommentarene fra respondentene: de veier "om nødvendig", "fra 3. dag", "til mor har fått melk", "inntil selvreguleringen begynner", "sjelden". Noen har imidlertid krysset tydelig av for "Nei" for veeing, og deretter listet opp hvem som veier.

Respondentene legger fram velbegrunnede og reflekterte synspunkter på hvorfor noen av mødrene ikke får ammingen til eller hvorfor de ikke ønsker å amme. Vi stilte i denne undersøkelsen spørsmål om begge deler. Svarene er kodet slik det fremgår av *tabell 10*.

Tabell 10. Vansker med etablering av amming år 2000: Enhetenes angitte grunner til at mor ikke lykkes i å amme eller at hun ikke ønsker å amme.

Antall enheter som oppgir ulike typer grunner (multiple svar).

	Lykkes ikke i å amme	Ønsker ikke å amme
Grunner		
Anatomiske/fysiologiske problemer	21	1
Brystkirurgi: Reduksjonsplastikk eller kosmetisk øking av brystenes størrelse	24	18
Medisinske tilstander (f. eks. HIV) eller nødvendige medikamenter uforenlige med amming	6	10
Psykososiale problemer/tidl. traumer, muligens voldelige fysiske overgrep	1	14
Tidligere negative ammeerfaringer	7	30
Tilleggings- og sugeproblemer	19	0
Multiple fødsler	1	1
Annet	12	9
Antall enheter	60	60

Det er som man ser høyst ulike grunner som angis til at mødre ikke *lykkes* med ammingen tross opprinnelig motivering for å gjøre det, og til at de i utgangspunktet ikke *ønsker* å amme.

Svært mange av våre respondenter (40 %) nevner at brystoperasjoner kan skape problemer med å *lykkes*. Kosmetiske brystoperasjoner vites å ha økt, kanskje på grunn av relativt aggressiv markedsføring av en lukrativ gren av medisinen. Piercing er for tiden en ungdomsmote, og brystvorten er et yndet piercingobjekt. Ved alle disse inngrep blir framtidig ammesuksess usikker og avhengig av tilfeldigheter under og etter inngrepet. Mange av respondentene nevner vanskelige brystvorter, eller sugeproblemer hos barnet, som årsaker til at mødrene ikke *lykkes* i å amme.

Vi vet ikke om det er et forvarsel om endrede holdninger til amming eller om det skyldes manglende informasjon fra de som utfører inngrepene til pasientene om mulige konsekvenser, når brystoperasjoner uten videre nevnes av mange helsearbeidere (30 %) som grunn til at noen mødre ikke *ønsker* å amme. Det kan tenkes at noen mødre som har gjennomgått brystoperasjoner ikke tror de vil være i stand til å amme, og derfor heller ikke ønsker å utsette seg for et forventet nederlag.

Blant andre grunner til at mødre ikke *ønsker* å amme, angir halvparten av enhetene også negative ammeerfaringer. Vi vet ikke om dette skyldes nye faktorer som også ligger utenfor helsearbeidernes mulighet til å hjelpe, eller om de negative ammeerfaringene avspeiler manglende kunnskaper om amming i praksis hos dem som burde ha hjulpet.

Nær en fjerdedel av enhetene nevner traumatiske sosiale forhold. Det kan synes som den større åpenheten om familievold, incest og vanskelige psykososiale forhold for øvrig har

bidratt til en bedre forståelse av enkelte mødres uttrykte motvilje mot amming. Når ammingen i Norge har fått så sterkt gjennomslag som både naturlig og normalt, vil de få ”avvikende” mødre og barn trolig få mer oppmerksomhet, og man søker etter særskilte forklaringer når ammingen ikke lykkes eller ønskes.

I noen grad kan det se ut som om det er regionale forskjeller på hvilken betydning man tillegger de ulike problemene. For eksempel mener 8 av 10 enheter i HR Vest at negative ammeerfaringer forklarer hvorfor mødre ikke ønsker å amme, i Nord-Norge nevnes dette bare av 5 av de 17 fødeenhetene. Referanser til brystoperasjoner opptrer omtrent like hyppig i alle regioner (*data ikke vist*). Vi vet ikke om dette gjenspeiler faktiske likheter eller ulikheter, eller om det er uttrykk for tilfeldig faglig eller personlig interesse hos de enkelte respondenter.

Gruppeveiledning om amming

Vi spurte også om fødeenhetene hadde gruppeveiledning om amming. 40 % svarte bekreftende på dette. Man kunne kanskje forvente at det var lettere for større enheter å arrangere veiledning i grupper, men det er ingen klar variasjon etter størrelse her. Enhetene legger trolig opp sin egen strategi med vekt på individuell veiledning. Dette kan svekke erfaringsutvekslingen mødrene imellom.

Informasjonsmateriell til utdeling til mødrene

Hva slags informasjonsmateriell har de til disposisjon og hvor kommer det fra? Både video, blader, bøker og brosjyrer brukes. Kildene til informasjonsmateriellet framgår av *tabell 11*. De regionale forskjellene er markerte. Selv om tallene er små, har vi valgt å presentere for å lette sammenligningen.

I tre av de fem regionene bruker under halvparten materiell fra helsemyndighetene. Bare i Sør-Norge bruker 9 av 10 enheter helsemyndighetenes veiledningsmateriell.

Tabell 11 Utgivere av informasjonsmateriell som benyttes i fødeenhetene år 2000.
Inndelt etter helseregion, i prosent. Multiple svar forekommer.

	HR Midt-Norge	HR Nord	HR Sør	HR Vest	HR Øst	I alt
Utgiver						
Helsemyndigheter	30	59	90	40	46	53
Industri/kommersielt	80	53	30	80	62	60
Frivillige org.	40	35	30	0	0	22
Egenprodusert	70	59	80	70	69	68
Antall enheter	10	17	10	10	13	60

I HR Midt-Norge og HR Vest er det nesten like mange enheter som sprer materiell fra industrien eller andre kommersielle kilder. De frivillige organisasjonene, eksempelvis Ammehjelpen, nevnes sjelden som utgiver. Noen frivillige organisasjoner utgir faktisk informasjonsmateriell med hel eller delvis støtte fra helsemyndighetene, og en brosjyre har både Ammehjelpen og Helsetilsynet oppgitt som utgivere. Det er mulig at respondentene da regner helsemyndighetene som den egentlige utgiver.

I alle regioner er det forholdsvis mange enheter som produserer sitt eget materiell, men det er en viss variasjon også her. Sør-Norge, som har flest enheter som bruker helsemyndighetenes materiell, har nesten like mange (8 av 10) som lager materiellet selv. Samlet sett refereres det

oftest til det egenproduserte, dernest det kommersielle, så følger helsemyndighetene og til sist de frivillige organisasjonenes bidrag til den skriftlige opplysningsvirksomheten.

Anbefalinger om ammeperiodens varighet

Ved spørsmålet om hva enhetene anbefaler når det gjelder ammeperiodens lengde skjelnet vi i spørreskjemaet mellom *fullamming* (eksklusiv eller utelukkende amming) og *amming* (sammen med andre næringskilder). Det er mulig at begrepet fullamming ikke er tilstrekkelig innarbeidet, eller at det ikke er presist oppfattet, i det 6 enheter oppga at de anbefalte fullamming i 12 måneder.

Den offisielle norske anbefaling er fullamming i seks måneder og amming hele det første leveår (19).

Svarene gjengis i *tabell 12*.

Tabell 12. Enhetenes anbefalinger om ammeperiodens totale lengde (i 2000).
Enhetene i antall og prosent

Anbefalinger om ammevarighet	N	%
Opp til, eller omkring, 6 mnd	4	6
6 – 9 mnd	2	3
Mer enn 9 mnd	3	5
12 mnd eller mer	34	57
Som mor ønsker/gir ingen anbefaling	6	10
Ubesvart	11	19
Antall enheter	60	100

Hele 62% anbefaler amming ut over 9 måneder. 10% nevner at mors ønsker skal være bestemmende. Dette kan gjenspeile noe av den samme usikkerheten som ligger bak når 19% ikke har besvart dette spørsmålet. Dette kan igjen (som nevnt under diskusjonen om samværstid ved innepleie) være en måte å fraskrive seg ansvaret på, for et spørsmål man ikke selv har noe klart svar på. Enkelte respondenter gir svar som kan tyde på at de synes spørsmålet er vanskelig.

Mange av respondentene refererer imidlertid til rimelig klare – om enn noe ulike – anbefalinger fra faglig hold, men majoriteten av våre respondenter lot til å kjenne til de norske anbefalingene om 6 måneders fullamming og 12 måneders ammevarighet i alt.

Noen refleksjoner

Nedgangen i ammefrekvens - planlagt policy eller arbeidsuhell?

Ammefrekvensen sank drastisk i første del av det 20 århundre. For å forstå hva som lå bak nedgangen i 1950-60 årene må vi gå så langt tilbake som til tiden før forrige århundreskifte. Dette var en tid preget av begynnende industrialisering, økende urbanisering og mangel på prevensjonsmidler. For kvinner innebar dette mange barnefødsler i trange byleiligheter, ofte med dårlige sanitærfasiliteter. Eneste toalett var kanskje et felles avtrede ute i gårdsrommet. Det ble derfor sett som et stort framskritt for mange kvinner da fødslene, ikke minst av sosiale og hygieniske grunner, gradvis ble flyttet fra hjemmet til institusjon/fødeklinikk. Ansvarlige politikere og medisinerer kom imidlertid i denne prosessen til å vektlegge at en fødsel kan være risikofylt, selv om den primært er en normal fysiologisk og psykologisk hendelse, og ikke et patologisk fenomen. På sykehusenes fødeavdelinger ble mor og barn

behandlet som pasienter, og påtvunget føde- og ammerutiner som var spesielt utviklet ved og passende for situasjonen på et hospital. Rutinene innebar for eksempel regelmessig mating ifølge en tidstabell, hvert måltid av 20 minutters varighet. Mateskjemaet som ble tatt i bruk var i realiteten mer tilpasset kunstig ernæring med kumelkbaserte produkter enn amming.

Regelmessighet og disiplin var også i tidens ånd og i samsvar med arbeidslivets nye krav til en disiplinert arbeidsstokk med en livsstil regulert av klokken. Barnet, anså man, var født i en "vill" tilstand, og temmingen kunne ikke starte for tidlig. Helst skulle den begynne så snart fødselen var overstått (20). Ihuga leger la all sin overtalelsesevne i å modernisere gammeldags praksis og tenkemåte, og særlig satte de mye inn på å overbevise mødre om viktigheten av å følge klokken og ikke barnet, og om det ytterst forkastelige i å følge sitt moderlige instinkt og ta opp et skrikende barn utenom matetidene (21). Det ble samtidig postulert at det var sunt for barnet å skrike!

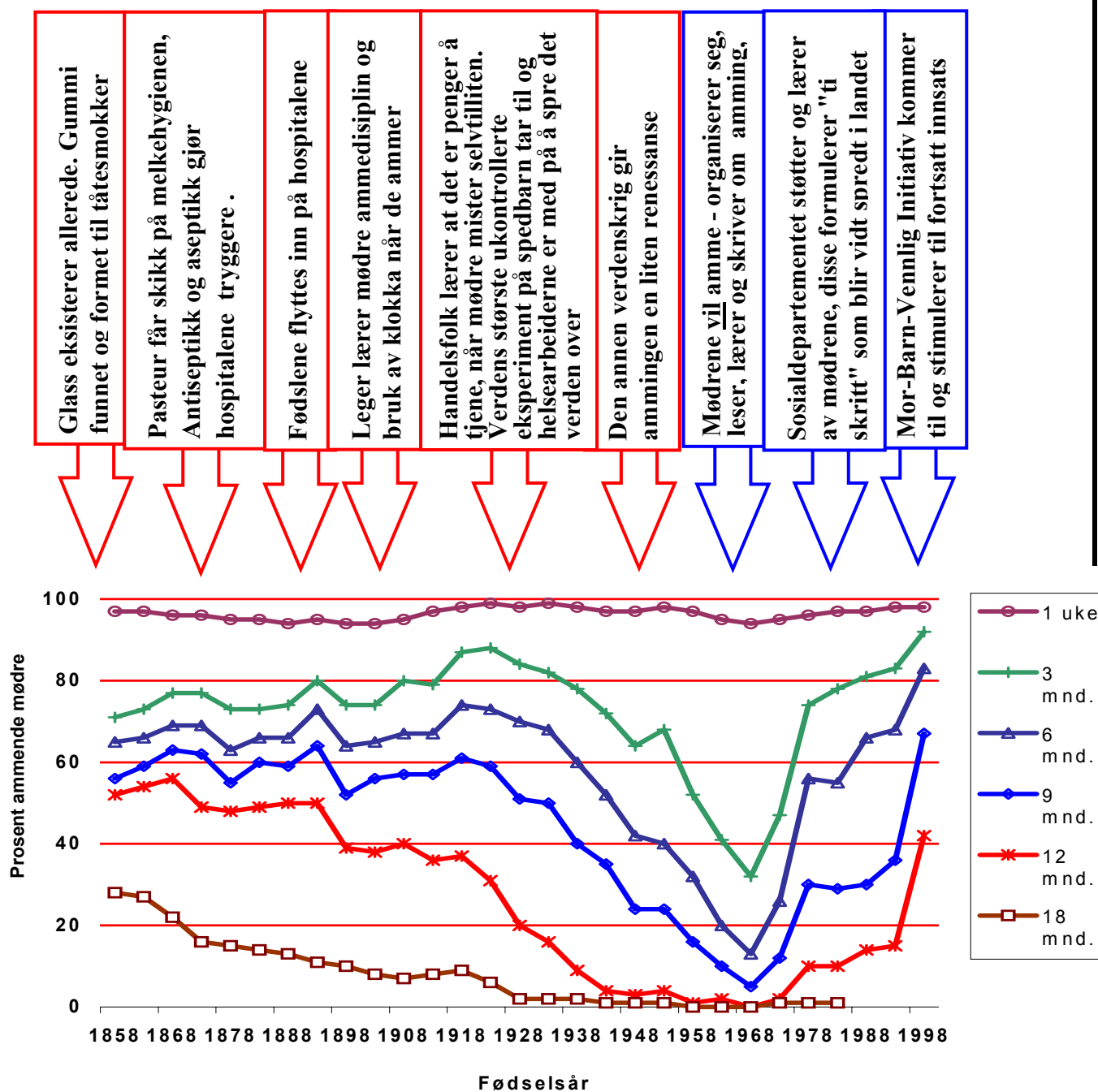
Årsaker til nedgangen i ammefrekvens

Rutinene som ble innført var ikke i samsvar med morens og barnets fysiologiske behov for intens stimulering av hormonproduksjonen gjennom den hyppige ammekontakt som er selve grunnforutsetningen for å beholde og eventuelt øke melkeproduksjonen.

Resultatet var at man i alle land der amming etter skjema og klokke ble innført, fikk en jevnt synkende ammefrekvens (22). Stadig flere kvinner måtte mot sin vilje gi opp ammingen, det vil si, de mistet motet og sluttet å legge barnet til brystet så ofte som nødvendig, noe som gjorde vondt verre. Helsearbeiderne hadde ingen hjelp å gi dem, deres utdanning hadde ikke forberedt dem på å gi råd om amming, den prosessen hadde alltid tatt vare på seg selv.

I den grad man fra medisinsk hold interesserte seg for fenomenet med den synkende ammefrekvens, søkte man imidlertid forklaringer på nedgangen *utenfor* helsesystemet: moderne kvinner var for stressede, redde for å ødelegge sin figur, var genetisk endret (på én generasjon...), hadde et usunt kosthold og drev for lite mosjon (23).

I byene var storfamiliens kvinnefelleskap, som vanligvis gjennom forgangne årtusener hadde hatt oppgaven med omsorg og opplæring av barselkvinnen og den nye uerfarne moren, forsvunnet med de enorme sosiale forandringer og omleggingen av samfunnsstrukturene som den industrielle revolusjon hadde ført med seg. Andre forhold spilte med, antakelig av varierende betydning. Disse er fremstilt i figur 1, i form av røde piler som er forsøkt satt i en noenlunde kronologisk rekkefølge, og sammenholdt med tall som antyder endringer i ammefrekvensen over tid.



Figur 1 Ammefrekvens i Norge 1860-2000 sammenholdt med noen markante hendelser i nyere norsk ammehistorikk

Kilde: Rosenberg 1988, (24), Helsing 2003, (25).

Trenden snur på syttitallet

Figur 1 viser også forhold som påvirket ammingen i positiv retning, markert med de blå pilene. Syttitallets sosiale opprørsbevegelser kom i Norge til å omfatte også mødrefellesskapet. Våre fire undersøkelser dokumenterer hvordan praksis langsomt ble lagt om slik mødrene ønsket det, samtidig som ammefrekvensen og ammingens gjennomsnittlige varighet økte, til de hadde nådd nesten samme nivå som i 1860, da Norge sto ved begynnelsen på den industrielle revolusjon (26).

Ammehjelpgrupper dannes landet over og mor myndiggjøres i ammespørsmål

Endringen ble innledet ved at artikler og avisinnlegg i 1967-68 tok for seg den kritiske ammesituasjonen. Dette førte til et intervju med Elisabeth Helsing i det mye leste damebladet "Alle kvinner", med forslag om å danne et nettverk av små lokale amnehjelpsgrupper landet over etter mønster fra USA. Dette ble mottatt med stor interesse fra mange mødre, og slik startet Amnehjelpen i 1968 med selvhjelpsgrupper som metode. Mødre med egen ammeerfaring – god eller dårlig – fikk opplæring og ga praktisk kunnskap, råd og tillit til egen ammeevne videre til andre mødre. I løpet av få år ble det etablert amnehjelpsgrupper i alle landets fylker.

Mødres kunnskap om amming i praksis blir spredt - ved helsemyndighetenes hjelp

Et særtrekk ved den norske ammerevolusjonen er den positive rolle myndighetene har spilt, og den støtte mødres innsats har fått fra offentlig hold.

Brosjyren "Hvordan du ammer ditt barn – noen råd for den første tiden" skrevet av to mødre (27) ble første gang gitt ut av Helsedirektoratet i 1968. Siden er det blitt 7 reviderte utgaver, den siste i 1997. Utallige gjenopptrykk har brakt antall eksemplarer tett opp mot én million. Det vil si at alle mødre som har født i Norge i de siste 35 år i teorien kan ha fått et eksemplar hver. Siden 1997 finnes den også på Internett.

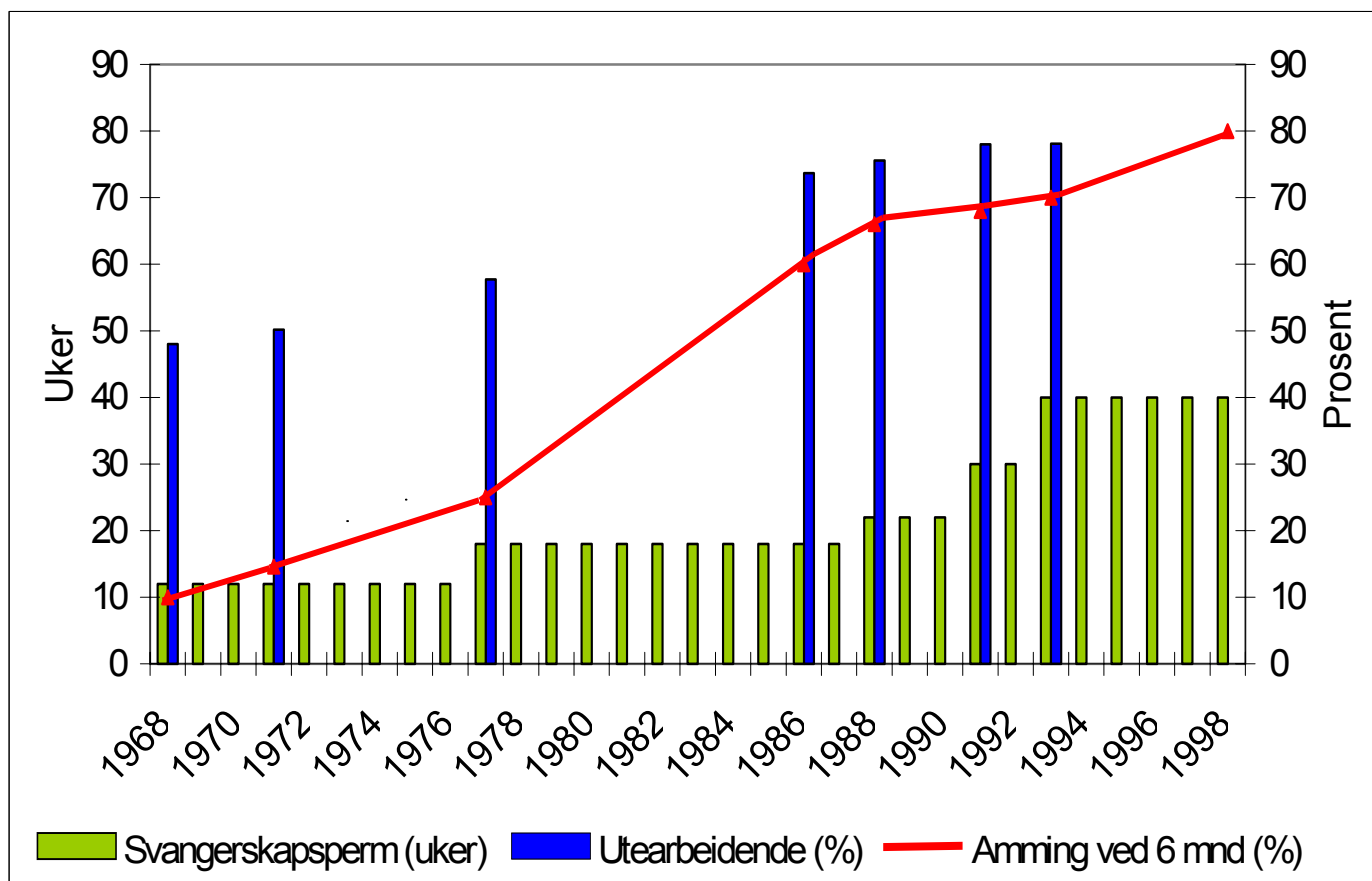
Norges Allmennvitenskapelige Forskningsråd (NAVF) bevilget i 1972 midler til å begynne en flerfaglig utredning om amming, og i 1974 nedsatte Sosialdepartementet en "ammearbeidsgruppe" med Åse Gruda Skard som leder, for å utrede tiltak for å øke ammefrekvensen i Norge (se vedlegg 2). Gruppen avga sin rapport i 1978 (4).

"Boken om amming", en 150 siders håndbok også skrevet av en mor (1), kom ut i 1970 og ble solgt i 60 000 eksemplarer. Begge disse skriftene legger stor vekt på problembasert praktisk kunnskap, som igjen er basert på solid faglig innsikt. De var også klare på at problemeiere bør få formulere sine egne problemer og selv foreslå løsninger.

Brukerne krever rett til medbestemmelse

Generelt sett har brukerne av helsetjenestene fått en mye sterkere stilling vis à vis helsetjenesten i dag enn for 30 år siden. Fødekvinnes alder ved første fødsel er steget og gjennomsnittsalderen i år 2000 lå på noe over 27 år. Kvinner har inntatt flere og mer synlige stillinger i offentlighet og arbeidsliv og ikke minst i maktposisjoner. De stiller nå som barselkvinner med egen innsikt, større selvtillit og nye krav. Dette har satt sitt preg på fødselsomsorgen og har også kommet ammingen til gode.

Samtidig har arbeidsliv og livsstil endret seg radikalt i løpet av århundret. Den fysiologisk nødvendige ubegrensede ammekontakt mellom mor og barn hadde for eksempel vært uakseptabel i slutten av forrige århundre, da disiplineringen av det "ville" barnet sto som høyest på den sosiale agendaen.



Figur 2. Svangerskapspermisjonens lengde i uker, prosentandel kvinner (15-45 år) i arbeid utenfor hjemmet og amming ved seks måneders alder, i perioden 1968-1998.
Kilde: Helsing 2003, (16).

Figur 2 viser den perioden som dekkes av våre undersøkelser. Vi ser, kanskje med en viss forbauselse, at økningen i ammefrekvensen kommer *før* barselpermisjonen ble vesentlig forlenget.

Det synes heller ikke som om ammefrekvensen er blitt negativt påvirket av at andelen kvinner i reproduktiv alder som tar arbeid utenfor hjemmet *også* øket betydelig i den samme perioden. Et par undersøkelser fra rundt åttitallet viste tvert i mot at utarbeidende kvinner og studenter ammet mer enn hjemmeværende (28, 29).

Hva betyr føde/barselrutinene for ammingen?

WHO engasjerte seg de siste tiår av forrige århundre aktivt i det arbeidet som ble nedlagt i medlemslandene for å skape et helhetlig miljø omkring fødsel og barsel. Hele "Baby Friendly Hospital Initiative", som på norsk ble kalt "Mor-barn-vennlig initiativ" er innrettet mot dette. Fremdeles synes det som om det gjenstår noe for at alle fødeenheter skal klare å by alle mødre like gode vilkår for vellykket amming. Å skape et helhetlig miljø har vært og er en vanskelig prosess, kanskje særlig fordi så mange ulike medisinske faggrupper er involvert i ulike deler av fødeforløpet (obstetikk, gynekologi, pediatri, sykepleie, barnepleie ...). Dette kan lett skape yrkesmessige barrierer og funksjonelle revir. Manglende samordning kan føre til varierende praksis og motstridende rådgivning overfor mødrene.

Vår undersøkelse reflekterer kanskje denne variasjonen over tid, idet vi har 28 års erfaringer, ført i pennen av ledende fagpersonale, å basere oss på. Samtidig kan vi sammenholde de endringene vi ser, med faktiske historiske hendelser, og på den måten forsøke å få et grep om

hva som gjennom tidene har påvirket synet på hva som er god medisinsk praksis innen spedbarnsernæring på sykehusene.

Norske helsemyndigheter var tidlig ute

Den før nevnte rapport om amming utarbeidet for Sosialdepartementet i 1978 trakk allerede den gang de samme konklusjonene som ti år senere ble internasjonalt formulert av WHO/UNICEF i "Ti skritt for vellykket amming"(5), som igjen ble grunnlaget for "Baby-Friendly Hospital Initiative". Rapporten, med tittelen "*Amming i Norge. En utredning om sosiale og praktiske betingelser for amming. Forslag til tiltak som bør iverksettes for å øke amming.*" ble trykket i 10 000 eksemplarer og kan derfor ha hatt en viss effekt nasjonalt. Dens konklusjoner gjengir vi i *vedlegg 2*. De var revolusjonerende for sin tid, og det er ikke usannsynlig at de endringer vi har sett i rutinene på fødeenhetene siden 1968, kan ha blitt påvirket av disse i dag relativt ukjente men vidt spredte anbefalingene. I 1992 ble så "Mor-barn-vennlig initiativ" dyktig lansert på et faglig og administrativt høyt nivå, som forsterket den pågående trend.

På den annen side kunne ikke oppgangen i ammefrekvens i sytti- og åttiårene ha funnet sted uten disse endrede rutinene på føde- og barselenhetene. I korthet har de gått ut på å bringe mor og barn fysisk nærmere sammen i tid og rom.

Nye gamle arbeidsoppgaver for jordmor

Med kommunehelseloven av 1984 fikk jordmor tilbake noe av den sentrale rolle i lokalsamfunnet som distriktsjordmødrene hadde hatt. Svangerskapsomsorg er i dag et delt ansvar mellom jordmor og lege. Norske jordmødre er med sin femårige utdanning faglig sterke og kompetente. De har gjenerobret og utvidet sin rolle med et helhetlig ansvar for at mor og barn fungerer godt sammen, inkludert at ammingen kommer godt i gang på fødeenheten.

Det kan også tenkes at flere jordmødre har personlige fødeerfaringer, og lettere kan identifisere seg med de fødende. Når det gjelder amming, kommer dertil også en erkjennelse av at mødre faktisk ofte har rett i sin vurdering og har konstruktive forslag å bidra med innen ammerådgivning.

Mor og barn sammen på barselenheten

Tidligere tiders atskillelse av moren i barselenheten og barnet i barnestuen var antakelig fremkalt både av pasientomsorgens praktiske hensyn (det er greit å ha samme slags pasienter på samme sted) og av ulike yrkesgruppers markeringsbehov (obstetrikernes versus gynekologenes "domene", jordmødrenes versus barnepleiernes oppgaver), og alle gruppenes separate oppgaver vis à vis henholdsvis moren og barnet. Men disse oppdelingene og de reglementene de førte med seg svarte ikke til barnets og morens behov. Dette førte i de første 50 årene som tidligere nevnt til at mødre ofte hjelpeløst og mot sin vilje "mistet melken". Helsearbeiderne var like hjelpeløse overfor dette fenomenet, som deres utdanning ikke hadde lært dem å løse.

I løpet av den siste 30-års-perioden har mødre imidlertid gitt sitt syn på sine egne og spedbarnas behov stadig tydeligere til kjenne, og har fått støtte av fagpersonale og helsemyndigheter med mot til nytenkning.

I skrift og tale krevde mødre og fedre på slutten av 1960-tallet at mannen skulle få være med på fødselen, og at mor og barn ikke skulle være atskilt i hvert sitt rom på barselenheten. "Rooming-in" eller "innepleie" som det ble kalt på norsk, ble først prøvet ut på barselenheten ved Aker sykehus i Oslo. Dette innebar en helt revolusjonerende omlegging av praksis og rutiner. Det gikk ikke uten protester, ikke minst blant barnepleiere og jordmødre. Året var 1970.

Innepleie ga mor en helt ny adgang til eget barn fra fødselen av. Fra bare å få se barnet hver tredje eller fjerde time når det ble brakt inn til 20 minutters mating, og ofte ikke i det hele tatt om natten, ble det nå mulig å gjennomføre spebarn-styrt, såkalt selvregulert amming. Jordmødre og barnepleiere fikk etter hvert den nødvendige erfaring og kunnskap til å veilede og gi råd. Uten slik kyndig, myndig og kjærlig støtte og hjelp i den aller første tiden kunne amme-ansvaret ha blitt enda en belastning på moren.

Ny farsrolle

Selv om nesten halvparten av fødslene skjer utenfor formelt ekteskap, har mange mødre støtte og følge av barnefaren når de føder, om det er ektefelle, samboer eller venn.

Barnefaren har i dag en langt mer aktiv rolle i spedbarnsstellet enn før. Man kunne kanskje frykte for at dette skulle føre til at far aktivt ønsker å overta også matingen i konkurranse med "ammemoren". Vi har ikke rapporterte tilfeller som viser slik atferd, selv om mange menn i samtaler har uttalt at de misunner moren hennes nærhet til barnet i ammesituasjonen.

Nye utfordringer: Barseltid på hotell – isolasjon i stedet for tidligere tiders kvinnefellesskap?

Pasienthotell er etablert ved noen store fødeenheter de siste årene. Hit overføres mor og barn noen timer etter en normal fødsel. De får et fint rom med eget toalett og bad og med mulighet også for far til å være med og å overnatte. En jordmor er alltid på vakt, og hun kan ringes på etter behov. En gang om dagen er det fellesundervisning.

Dette er vel og bra så lenge det ikke fører til at mor blir isolert, både fra faglig hjelp som hun kanskje ikke har mot eller erfaring til selv å påkalle, og fra mødrefellesskapet som gjerne oppstår på flerkvinnerommene i fødeenhetene. 24-timers ensom "rooming-in" kombinert med nedkortet opphold og kanskje for tidlig hjemreise *kan* godt tenkes å bli en tvilsom start for ammingen og for mor-barn-forholdet mer generelt.

Større åpenhet om mulige ammeproblemer

I de to siste undersøkelsene, henholdsvis i 1991 og 2000, la vi inn spørsmål om hvorvidt det forekommer at mødre ikke kan, eller ikke ønsker, å amme. I 1991 mente personalet at selv med litt startvansker både kunne og ville norske kvinner amme. Det hendte imidlertid at utenlandske kvinner ikke ønsket å amme. I 2000 er bildet endret noe. Den lille andelen som ikke ammer ved hjemreise er uforandret, rundt 5-8 prosent, men grunnene som angis for dette er mer varierte. Brystoperasjoner (mammaeplastikk) blir forholdsvis hyppig nevnt. Foreløpig er dette fenomenet såpass nytt at det ikke finnes større undersøkelser om konsekvenser av slike inngrep for ammingen, selv om det etter hvert sitter en god del praktisk erfaring hos de som gir råd om amming. Denne utviklingen er det imidlertid all grunn til å følge nøye i årene som kommer.

Videre anfører halvparten av enhetene "negative tidligere ammeerfaringer" som en hovedgrunn til at noen kvinner ikke ønsker å amme. Dette er et sekkebegrep som kan romme høyst ulike vansker. De spenner fra "vanskelige brystvorter" til alvorlige traumer skapt av vold, seksuelle overgrep og incest, forhold som ikke har vært nevnt i de tidligere undersøkelsene. De nevnes nå av en fjerdedel av fødeenhetene. Dette er alvorlige problemer, som angår en svært liten andel av mødrene, men for dem det gjelder er det viktig at de får den hjelpen de ønsker og trenger. For fødeenhetene kan dette komme til å kreve både tid og spesialkompetanse.

Urban livsstil og amming i "nye rom"

Norge er i sammenlikning med øvrige vestlige kulturer i dag et "ammevennlig" land. Fra en synkende ammefrekvens i store deler av forrige hundreår, med et lavmål på 1960-tallet, har

norske kvinner og norsk helsevesen de siste 30 år greidd å snu tendensen slik at Norge i dag ligger på verdenstoppen i amming. I dag kan det ammes på buss, trikk, i restauranter, fly og på badestrender. Det blir negative presseoppslag dersom mødre nektes å amme på kafé. Nye tilbud, til og med "baby-kino" for småbarnsforeldre med ammebarn under året etableres i offentlig regi. Dette viser at amming i det 21. hundreåret er fullt ut forenlig med deltakelse i det offentlige rom, selv med enkelte protester fra rommets øvrige beboere.

Sluttord

Vi har med denne undersøkelsen dokumentert temmelig store endringer i rutineene ved norske fødeenheter over en periode på 28 år, en periode som har vært skjellsettende for ammesituasjonen i Norge. Vi har med denne serien av gjentatte spørsmål kunnet dokumentere hvordan fødeenheterne har bidratt til at norske mødre i dag ser det å amme som en selvfølge.

Vi er klar over de begrensninger som ligger i den metoden vi har valgt. Vi gjør imidlertid ikke krav på å presentere fødeenheternes rutiner slik de faktisk har vært, eller slik mødrene og andre kan ha erfart at de fungerer, men slik de ansvarlige respondenter til enhver tid mener de *er*. Bildet som framkommer over den lange tidsperioden viser at fødeenheternes personale stadig følger med i den vitenskapelige diskusjonen om praktisk spedbarnsernæring. Fødeenheternes ansvarshavende er både villige til, og i stand til å legge om praksis, men har en forsiktig holdning. I tidligere undersøkelser kunne kommentarene ikke sjelden gi inntrykk av en viss usikkerhet når det gjaldt nye og ukjente elementer i den nye praksis enhetene ble anbefalt å følge. Som vi har diskutert i første del av rapporten, kunne det synes som om valg eller dilemma som helsearbeideren opplever som uklare eller vanskelige ofte løses ved å overlate valget til moren, indirekte skyves da ansvaret over på henne.

Som i alle sosiale endringsprosesser er det også slik i ammesituasjonen at "alt henger sammen med alt". Vår diskusjon av de funn vi har gjort må derfor inneholde elementer av gjetning og fortolkning, som ofte leder til nye spørsmål. Men så langt råd er har vi likevel forsøkt å holde oss innenfor den rammen som er gitt, av spørreskjemaet og av våre respondenters svar. For øvrig kan man trygt si at både fødeenheternes personale og foreldrene beveger seg innenfor samfunnsgitte rammer for amme- helse- og sosialpolitikk. Slike rammer er imidlertid ennå ikke konkretisert i noen overgripende, helhetlig ammestrategi som favner alle de elementene som har vært diskutert i denne rapporten. WHO har, med Norges tilslutning, anbefalt medlemslandene å formulere slike strategier (30) slik at alle mor-barn-par har den samme mulighet til å lykkes med ammingen, noe som kan ses som en menneskerett også for de kommende generasjoner.

Takk!

Vi vil varmt takke alle respondentene i enheter som i alle de fire undersøkelsene fra 1973 til 2000 har stilt opp og bidratt til å gi samtlige undersøkelser en svarprosent på 100, og tillitsfullt har delt sine erfaringer med oss og bidratt til den unike dokumentasjon vi her kan fremlegge.

Vedlegg 1

STATENS HELSETILSYN

SPØRRESKJEMA OM MATING AV FRISKE, FULLBÅRNE NYFØDTE**Besvarelse fra avdeling:**

1. Hvor mange senger er det på føde/barselavdelingen?
2. Hvor mange nyfødte hadde dere i 2000?
3. Hvor stor andel av de nyfødte var friske, fullbårne barn?%
4. Hva gjøres vanligvis med barna den første timen etter fødselen?

5. Hvor snart etter fødselen kommer barnet *vanligvis* til morens bryst første gang?
6. Kan moren amme når hun vil? (*sett kryss*) Ja Nei
7. Blir barn ammet om natten? (*sett kryss*) Ja Ja, bare hvis mor vil Nei
8. Hvor lang tid (omtrent) tilbringer mor og barn sammen pr. døgn på barselavdelingen?timer
9. Følger man en bestemt måltidsrytme? (*sett kryss*) Ja Noen ganger Nei.....
10. I tilfelle, hvorfor?

11. Får barn vanligvis annet enn morsmelk under oppholdet på barselavdelingen? (*sett kryss*)
Ja Noen ganger Nei.....
12. Hvis ja – hva blir gitt?.....
13. Hva er vanligvis grunnen til dette?

14. Hvor hyppig forekommer det at mødre ikke får til ammingen? (i % av mødrene) ...%
15. Hva er vanligvis grunnen til dette?
16. Hva gjør personalet i slike tilfelle?

17. Hvor hyppig forekommer det at mødre ikke ønsker å amme? (i % av mødrene)%
18. Hva er vanligvis grunnen til dette?
19. Hva gjør personalet i slike tilfelle?
20. Blir barnet (kontroll)veiet før og etter måltidet? (*sett kryss*) Ja Noen ganger..... Nei.....
21. Hvem foretar evt. denne veiingen? (*sett kryss*)
 Jordmor..... barnepleier..... moren selv..... andre (hvem).....
22. Blir vekten av måltidet meddelt moren, hvis andre enn moren kontrollveier barnet? Ja..... Nei.....
23. Blir det gitt gruppeveiledning om amming på avdelingen? Ja.... Nei.....
24. I tilfelle, av hvem?og hvor ofte?.....
25. Hva slags informasjonsmateriell benyttes på avdelingen og hvem er utgiver?
 (F.eks. helsemyndigheter, industri, frivillige organisasjoner, egenprodusert)

Type informasjonsmateriell:

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

- Om amming Ja Nei /.....
- Om barnestell Ja Nei /.....
- Annet Ja Nei /.....

26. Er avdelingen tilknyttet et barselhotell? Ja..... Antall rom..... Nei.....
 Når overføres i tilfelle mødrene dit?
27. Hvor mange dager etter en normal fødsel sendes mor og barn hjem? dager
28. Hvor stor andel av mødrene ammer når de utskrives?
 Fullammer% Ammer med tillegg% Ammer ikke%
29. Hvor lenge anbefalte avdelingen i år 2000 at barn vanligvis burde fullammes? mnd.
30. Hvor lenge anbefalte avdelingen i år 2000 at ammingen burde fortsette? mnd.
31. Er avdelingen godkjent som Mor-barn-vennlig? Ja..... Nei.....
32. Hvis ja, hvilket år ble den godkjent? 19.....

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

_____ Dato

_____ Utfyllerens underskrift og stilling

Vennligst returner det utfylte spørreskjemaet innen 20. juni 2001 til:

Statens helsetilsyn v/Elisabet Helsing
 Postboks 8128 Dep
 0032 Oslo

Vedlegg 2

Forslag til opplegg på norske fødeavdelinger for å øke amming (1974)

Nedenstående forslag ble fremmet av en arbeidsgruppe nedsatt av Sosialdepartementet i oktober 1974. Medlemmer av gruppa var: Åse Gruda Skard, (formann), Marit Dæmroen Busterud, Ingrid Eide, Eli Heiberg, Thor Øistein Endsjø, Kari Pape og Elisabet Helsing. Arbeidsgruppa i avgav i september 1978 sin innstilling, med tittelen: **"Amming i Norge. En utredning om sosiale og praktiske betingelser for amming. Forslag til tiltak som bør iverksettes for å øke amming."** (Den ble trykt to ganger i 10 000 eks.). I-2057 - TRE

Her gjengis gruppas bud på nye fødeavdelingsrutiner:

- 1) Etter en normal forløsning av et fullbåret friskt barn bør barnet legges til brystet så snart som mulig, allerede på fødestuen.
- 2) Et friskt, fullbåret barn bør ikke få noen form for tillegg, verken sukkervann eller melkeblending, men bare mors kolostrum de første døgn. Tillegg gis bare dersom dette av spesielle grunner anses nødvendig (for eksempel små eller premature barn, eller sen start av melkesekresjonen hos moren).
Mødres overskuddsmelk kan anvendes til de barn som trenger tillegg. Fødeavdelingene oppfordres til å undersøke om det er mulig at barn som trenger slik melk kan ammes direkte av "givermoren".
- 3) Barna nettoveies en gang daglig. Resultatet av veiingen meddeles mødrene bare dersom de uttrykkelig spør om det.
Kontrollveiing av barna før og etter måltidene blir da unødvendig. Det er tilstrekkelig med ukentlige veiinger etter heimkomst fra fødeavdelingen, - stort sett på én bestemt ukedag og klokkeslett.
- 4) Moren bør i størst mulig utstrekning lære seg å lytte til barnets "sultsignaler", og å amme barnet i takt med disse signalene, - selvregulering. Barnet bør legges til begge bryst til hvert måltid. Om natten bør barnet bringes inn til moren for nattmåltid.
- 5) Mor og barn bør være sammen største delen av døgnet ("Rooming-in"). Mødrene oppfordres til selv å stille sine barn på sine egne rom. Faren og evt. eldre søsken bør i størst mulig utstrekning trekkes inn i stedet.
- 6) ***Informasjon***
De forskjellige personellgrupper på fødeavdelingen bør regelmessig komme sammen og diskutere amme-informasjonen slik at den veiledning mødrene får blir ensartet. Ettersom morens tro på egen evne til å amme er avgjørende for utfallet av ammingen, er oppmuntring og saklig informasjon den beste hjelp personalet kan gi.
- 7) Kortfattet skriftlig informasjon om amming bør utarbeides av Helsedirektoratet for utdeling til mødrene på fødeavdelingene.

- 8) Gratisutdeling av prøver på barnemat, reklamemateriell etc. må ikke forekomme på fødeavdelingene.
- 9) Mødrene bør ha anledning til å bli på fødeavdelingen til de er kommet skikkelig i gang med ammingen, og bør ha anledning til å kontakte fødeavdelingen ved problemer etter hjemkomst.
- 10) Det bør være et nært og aktivt samarbeid mellom fødeavdelingene og helsestasjonene i distriktet. Fødeavdelingen har ansvar for at moren får kjennskap til hvilken helsestasjon hun hører til, og må oppgi adresse og telefonnummer dit. Der hvor Ammehjelpen har lokale grupper bør fødeavdelingen samarbeide med, og henvise mødre til disse grupper.

Referanser

1. Helsing E. Boken om amming. 4. utgave, 11. opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 1995.
2. General Assembly of the United Nations. The United Nations Convention on the Rights of the Child. Adopted by Resolution No 44/25. New York: United Nations; 20 November 1989.
3. Nasjonalt ammesenter. Mor-barn-vennlig initiativ i Norge. Prosjektrapport 1993-1996. Oslo: Statens helsetilsyn; 1996.
4. Sosialdepartementets arbeidsgruppe. Amming i Norge. En utredning om sosiale og praktiske betingelser for amming. Forslag til tiltak som bør iverksettes for å øke amming. Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Sosialdepartementet i oktober 1974. I-2057 TRE. Oslo: Sosialdepartementet; 1978.
5. WHO/UNICEF. Baby Friendly Hospital Initiative, Part II: Hospital level implementation. Geneva: WHO; 1992.
6. Legkvinnekonferanse om fødsels- og barselsomsorgen. 1999 Sept 9-10, Gran på Hadeland. IK-2691. Oslo: Statens helsetilsyn; 1999.
7. Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services. A Joint WHO/UNICEF Statement. Geneva: World Health Organization; 1989.
8. Andreassen M, Bale M, Kaaresen PI, Bredrup Dahl L. Amming i Tromsø før og etter mor-barn-vennlig initiativ. Tidsskr Nor Lægeforen 2001;121:3154-8.
9. Widström A-M, Ransjö-Arvidson A-B, Christensson K, Uvnäs -Moberg K. et al. Gastric suction in healthy newborn infants. Effects on circulation and developing feeding behaviour. Acta Paediatr Scand 1987;76(4):566-572.
10. Helsing E, Kjærnes U. A silent revolution - Changes in maternity ward routines with regard to infant feeding in Norway 1973-1982. Acta Paediatr Scand 1985;74:332-37.
11. Winikoff B, Baer E. The obstetrician's opportunity: translating "Breast is best" from theory to practice. Am J Obst Gyn 1980;138:105-117.
12. Nysæther H, Bærug A, Nylander G, Klepp K-I. Barna inne natt og dag - er barselkvinnene fornøyde? Tidsskr Nor Lægeforen 2002;122:1206-9.
13. Drift og organisering av morsmelkbanker. IK 2760, i serien "Smittevernloven". Oslo: Statens helsetilsyn; 1998.
14. Nilsson D, Hansen TI. Rutiner ved barselavdelingen og deres innvirkning på varigheten av amming. Tidsskr Nor Lægeforen 1980;100(4):206-208.

15. Nylander Rivrud G, Benvold E, Lindemann R. En uke på bryst og vann. Tidsskr Nor Lægeforen 1985;105:2395-98.
16. Aag S, Bland JD. Øker ammefrekvensen ved innføring av selvregulering i barselavdelingen? Tidsskr Nor Lægeforen 1987;107(24):2033-35.
17. Almroth SG. Water requirements of breastfed infants in a hot climate. Am J Clin Nutr 1978;31:1154.
18. Lande B. Spedkost 6 måneder. Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant spedbarn i Norge. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2003.
19. Anbefalinger for spedbarnsernæring. Oslo: Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet; 2001.
20. Gruda Skard Å. Kva las dei om barnestell og oppseding før i tida? Norsk Pedagogisk Tidsskrift 1954;2:1-18.
21. Meyer L. Den første barnepleje. Populært fremstillet. 3. Opplag. København: Det Nordiske Forlag; 1899.
22. Millard AV. The place of the clock in pediatric advice: rationales, cultural themes and impediments to breastfeeding. Sos Sci Med 1990;31(2):211-221.
23. Brinchman A. Barnets første år. 2. opplag. Oslo: Gyldendal norsk forlag; 1932.
24. Rosenberg M. On the relation between living conditions and variables linked to reproduction in Norway 1860-1984 [doktoravhandling]. Oslo: Department of Informatics, University of Oslo; 1991.
(Figuren er basert på data samlet og bearbeidet av Margit Rosenberg i forbindelse med hennes avhandling.)
25. Dataserien ble opprinnelig publisert i:
Liestøl K, Rosenberg M, Walløe L. Breast-feeding practice in Norway 1860-1984. J Biosoc Sci 1988;20:45-58.
(Senere bearbeidet av Elisabet Helsing i samråd med Dr Rosenberg, for å legge til nyere sammenliknbare data etter 1984, publisert i referanse (1).
De historiske kommentarene er utarbeidet av Elisabet Helsing for nærværende rapport.)
26. Helsing E. Breastfeeding: baby's right and mother's duty? I: Eide A, Barth Eide W, Oshaug A., red. "The right to food: an entry point to economic, social and cultural rights". (under the International Project on the Right to Food in Development (IPRFD), a collaborative undertaking between the Institute of Human Rights and the Institute for Nutrition Research, University of Oslo, and Akershus University College.) Under trykking 2003.
27. Helsing E, Heiberg E. Hvordan du ammer ditt barn. Noen råd for den første tiden. 7. utgave, 30. opplag. IK-2092. Oslo: Statens helsetilsyn og Ammehjelpen; 1997.

28. Frengen R, Joner G. En undersøkelse om amming. Tidsskr Nor Lægeforen 1976;96:577-579.
29. Holm Årstad B. Nye barselrutiner og amming. Tidsskr Nor Lægeforen 1981;101:319-323.
30. Infant and young child nutrition. Global strategy on infant and young child feeding. Report by the Secretariat. Annex: Global strategy for infant and young child feeding. Fifty-fifth World Health Assembly. Document A55/15, dated 16 April 2002. Geneva: World Health Organization; 2002.