

# Mor-barn-vennlig initiativ

## Helsestasjonen

Gjennomføring av prosessen mot godkjenning  
som *Ammekyndig helsestasjon*

<b>INTRODUKSJON AV FAGLIGE RETNINGSLINJER FOR AMMEVEILEDNING .....</b>	<b>3</b>
<b>Bakgrunn.....</b>	<b>3</b>
<b>Proessen for utarbeiding av faglige retningslinjer for helsestasjoner .....</b>	<b>3</b>
<b>VEIEN MOT GODKJENNING SOM "AMMEKYNDIG HELSESTASJON" .....</b>	<b>5</b>
<b>Proessen er delt inn i syv steg:.....</b>	<b>5</b>
1. Selvevaluering og ammeforekomst .....	5
2. Faglig oppdatering av personalet .....	6
3. Utarbeidelse av lokal ammeprosedyre.....	6
4. Godkjenning av prosedyren .....	6
5. Brukerundersøkelser.....	7
6. Godkjenning som Ammekyndig helsestasjon .....	7
7. Ny kartlegging av ammestatus i kommunen ett år etter at prosedyren er implementert .....	7
<b>FAGLIGE RETNINGSLINJER FOR AMMEVEILEDNING VED HELSESTASJONER .....</b>	<b>8</b>
<b>MATERIELL .....</b>	<b>14</b>
Litteratur .....	14
Video .....	14
Brosjyrer .....	14
Informasjon om amming og medikamenter .....	14
Informasjonsskriv til leger .....	15
Studiemateriell .....	15
Nettsteder .....	15
Ammeveiledningskurs .....	15
Legekurs .....	15
Høgskoleutdanning .....	15
<b>SELVEVALUERINGSSKJEMA.....</b>	<b>16</b>
<b>SKJEMA FOR REGISTRERING AV AMMESTATUS.....</b>	<b>23</b>
<b>OPPSUMMERINGSSKJEMA FOR REGISTRERING AV AMMESTATUS.....</b>	<b>25</b>

## Introduksjon av faglige retningslinjer for ammeveiledning

### Bakgrunn

WHO/UNICEF lanserte tidlig på 90-tallet det verdensomspennende konseptet the Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI). Med utgangspunkt i forskningsbasert kunnskap utarbeidet WHO/UNICEF ”10 trinn for vellykket amming”. Det ble utarbeidet et verktøy som gjorde det mulig å evaluere og godkjenne sykehus som ”Baby Friendly”. Introduksjonen av konseptet ved føde/barselavdelinger har vist seg å være et svært viktig tiltak for å støtte og fremme amming i flere land. Planleggingen av den norske oppfølgingen startet i 1992 under navnet Mor-barn-vennlig initiativ (MBVI). I dag fødes over 90 % av barn i Norge på Mor-barn-vennlige sykehus.

Fra 2005 ble konseptet videreutviklet til også å omfatte neonatalavdelinger og helsestasjoner. Det er utarbeidet en tilpasset kvalitetsstandard for neonatalavdelinger. De første godkjenningene av Mor-barn-vennlige neonatalavdelinger fant sted i 2005. Internasjonalt har flere land også tilpasset det Mor-barn-vennlige initiativ til kommunehelsetjenesten.

EU lanserte i 2004 en europeisk handlingsplan for å beskytte, fremme og støtte amming i Europa<sup>1</sup>. Norge, ved Nasjonal kompetansetjeneste for amming deltok i arbeidsgruppen som sto bak denne planen. I den europeiske handlingsplanen blir WHO/UNICEFs Mor-barn-vennlige initiativ betraktet som en modell og standard for beste praksis innen amming og ammeveiledning.

På oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet utga Nasjonalt råd for ernæring i 2005 *Et sunt kosthold for god helse*<sup>2</sup>. Dokumentet inneholder anbefalinger til myndighetene om prioritering av innsats i ulike sektorer. Det blir lagt vekt på å styrke ernæringsarbeidet i svangerskapsomsorgen og helsestasjonstjenesten. Spesielt nevnes det at ansatte ved helsestasjonen må ha god kunnskap om amming, og at det må sørges for at kompetansen oppdateres og styrkes.

Videre vedtok regjeringen i desember 2005 å utarbeide en tverrdepartemental handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen. *Oppskrift for et sunnere kosthold* var en plan for årene 2007-2011. Her ble det lagt vekt på videreføringen av Mor-barn-vennlig initiativ til helsestasjonen gjennom faglige retningslinjer for ammeveiledning og Ammekyndig helsestasjon.<sup>3</sup>

### Proessen for utarbeiding av faglige retningslinjer for helsestasjoner

En arbeidsgruppe ved Nasjonal kompetansetjeneste for amming (NKA) utarbeidet i 2006 faglige retningslinjer for ammeveiledning ved helsestasjoner. Retningslinjene tar utgangspunkt i WHO/UNICEFs 10 trinn for vellykket amming og det Mor-barn-vennlige initiativ. Det ble gjort tilpasninger til forholdene i helsestasjonstjenesten slik at retningslinjene beskriver seks punkter som samlet utgjør en kvalitetsstandard for ammeveiledning. Helsestasjonene skal utarbeide en skriftlig prosedyre som konkret

<sup>1</sup> Protection, promotion and support breastfeeding in Europe: a blueprint for action.

[http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_projects/2002/promotion/promotion\\_2002\\_18\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm)

<sup>2</sup> Et sunt kosthold for god helse. Nasjonalt råd for ernæring. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2005.

<sup>3</sup> Oppskrift for et sunnere kosthold. Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011) Departementene 2007

beskriver hvordan faglige retningslinjer for ammeveiledning iverksettes lokalt i den enkelte kommune eller bydel.

En helsestasjon som følger faglige retningslinjer viser i praksis at den har kunnskaper om hva som skal til for å gi god ammeveiledning. Nasjonal kompetansetjeneste for amming har ut ifra dette valgt ”**Ammekyndig helsestasjon**” som betegnelse på en helsestasjon som oppfyller kravene for godkjenning.

Arbeidsgruppen besto i 2006 av følgende medlemmer:

Alquist, Ragnhild, helsesøster, IBCLC\*

Edvardsen, Sonja, helsesøster og representant for LaH

Huitfeldt, Anette S., Jordmor, IBCLC\*, Nasjonalt kompetansesenter for amming

Myklebust, Signe, helsesøster, SHdir avd for primærhelsetjenester

Støre, Elisabeth Gahr, helsesøster, Nasjonalt kompetansesenter for amming

Sørmo, Hege, helsesøster

Tufte, Elisabeth, helsesøster, IBCLC\*, Nasjonalt kompetansesenter for amming

Wiborg, Bente, helsesøster og representant for LaH

\*International Board Certified Lactation Consultant

Kommunene får tilsendt en skriftlig ammeprosedyre fra NKA. Den enkelte kommune skal tilpasse prosedyren til lokale forhold. Kommuner og bydeler i Norge varierer i størrelse, og mange kommuner vil kunne ha glede av å samarbeide i arbeidet med prosedyren. Rutiner for slikt samarbeid skal da beskrives.

Nasjonalt kompetansetjeneste for amming har i 2019 oppdatert de faglige retningslinjene for helsestasjoner etter WHO's gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget for Ti trinn for vellykket amming, gjort i 2018.

## Veien mot godkjenning som ”Ammekyndig helsestasjon”

### Proessen er delt inn i syv steg:

Kommuner og bydeler som ønsker å starte prosessen skal ta kontakt med Nasjonal kompetansetjeneste for amming. De vil da få tildelt en kontaktperson. Kontaktpersonen skal være en ressurs og støtte for helsestasjonen i arbeidet på veien mot godkjenning.

#### 1. Selvevaluering og ammeforekomst

##### Selvevaluering

Helsestasjonen fyller ut selvevalueringsskjema. (Side 13 til 19 i dette dokumentet). Selvevalueringen har ingen betydning for eventuell senere godkjenning som ”Ammekyndig helsestasjon”. Den er ment som en hjelp til å kartlegge hva som faktisk allerede finnes av kunnskaper, rutiner og prosedyrer vedrørende ammeveiledning ved helsestasjonen. Den kan også være med å bevisstgjøre og å avdekke hva helsestasjonen må arbeide videre med for å kunne godkjennes som en ”Ammekyndig helsestasjon”. Etter utfylling av selvevalueringsskjemaet skal det skrives et kort refleksjonsnotat. Helsestasjonens ansatte skal her gi sine egne betraktninger over hva de allerede har av kompetanse og rutiner vedrørende ammeveiledningen. Notatet bør også beskrive punkter de ansatte ser som spesielt utfordrende. En kopi av selvevalueringsskjemaet og refleksjonsnotatet scannes og sendes til Nasjonal kompetansetjeneste for amming for tilbakemelding. Helsestasjonen beholder originalen.

##### Kartlegging av ammeforekomst

Helsestasjonen gjennomfører en kartlegging av ammeforekomst. Helsestasjonen skal over en periode på 4 uker kartlegge ammestatus for alle barn som er inne til 5 måneders-konsultasjon. Det samme gjøres for alle barn som er inne til 1 års-konsultasjon i samme periode. Minimum 20 barn i hver gruppe skal kartlegges. Helsestasjonen gjør dette manuelt ved å krysse av på skjema for registrering av ammeforekomst. (side 20 til 22 i dette dokumentet). Små kommuner kan ha problemer med å få med et stort nok antall barn i kartlegging over 4 uker. Disse helsestasjonene fortsetter kartleggingen til det er 20 barn i hver gruppe. Kartleggingen vil da gå parallelt med det videre arbeidet i prosessen mot *Ammekyndig helsestasjon*

Helsestasjonen får her mulighet til å kartlegge faktorer som ligger bak et barns ammestatus. Når det i skjema bes om en kort kommentar vedrørende årsaker til delvis eller ingen amming, kan slike årsaker være: tidligere dårlige ammeerfaringer, ammeproblemer som lite melk, tilstoppede melkeganger, brystbetennelse, brystopererte, mor i jobb, etc.

Når kartleggingen er avsluttet skal helsesøstre og jordmødre i fellesskap diskutere hvilke ammeproblemer som forekommer hyppig. Helsestasjonen vil gjennom denne registreringen få anledning til å fange opp tendenser i ammeforekomst i kommunen.

Helsesøstre og jordmødre skal så sammen skrive et refleksjonsnotat med betraktninger om årsaker til tidlig ammeslutt eller delvis amming og faktorer som kan påvirke ammeforekomst i kommunen. De bør da vurdere om dette er faktorer som kan påvirkes eller om dette er årsaker som for eksempel ligger i rutiner hos føde/ barselavdelingene.

En kopi av kartleggingsskjema med oppsummering og refleksjonsnotatet sendes Nasjonal kompetansetjeneste for amming for tilbakemelding. Den andre siden i registreringskjema kan kopieres i flere eksemplarer ved behov. Helsestasjonen beholder og tar vare på originalen.

## 2. Faglig oppdatering av personalet

### Helsestasjonen skal utarbeide en opplæringsplan

Alt helsepersonell som gir ammeveiledning skal oppdatere seg faglig. Oppdateringen skal være tilpasset den enkelte ansattes ansvarsområde. Nyansatte skal ha gjennomført opplæring innen tre måneder etter ansettelse. Vikarer skal også oppdatere kunnskaper om amming. Planen skal sikre at alle som veileder gravide og mødre har oppdatert og ensartet kunnskap om amming og morsmelk. Det er beskrevet hva de ansatte skal gjennom av teoretisk basisopplæring, med utgangspunkt [WHO's 20 kunnskapspunkter](#). Vi har også forslag til hvordan praktisk oppdatering kan gjennomføres. Leger som er tilknyttet helsestasjonen skal være informert om ammeprosedyren. Legene skal også informeres om oppdaterte artikler og nettsteder om medisinske brystkomplikasjoner. Helsestasjonen bør også tilstrebe at kommunens fastleger er informert om ammeprosedyren.

Faglig oppdatering er en kontinuerlig prosess. Helsestasjonen skal derfor også ha rutiner som sikrer de ansatte tilgang på ny kunnskap om amming og morsmelk. Dette kan gjøres ved at ansatte gis muligheter til å delta på kurs. Ansatte kan også gå inn på NKA's hjemmesider og lenker for oppdatert kunnskap og melde seg på nyhetsbrevet.

Hver enkelt ansatt skal dokumentere gjennomgått opplæring. Dette dokumenteres på skjema *Plan for opplæring* og oppbevares av leder.

## 3. Utarbeidelse av lokal ammeprosedyre

Ammeprosedyren omfatter seks punkter som samlet utgjør *faglige retningslinjer for ammeveiledning i helsestasjonstjenesten*.

Helsestasjonen nedsetter en arbeidsgruppe med ansvar for lokal tilpasning av prosedyren, men alt aktuelt helsepersonell bør involveres og informeres om fremdriften underveis.

Helsestasjonen får malen til ammeprosedyren fra Nasjonal kompetansetjeneste for amming.

Helsestasjonen skal tilpasse prosedyren til lokale forhold slik at den konkret beskriver iverksettingen av de seks punktene i de faglige retningslinjene. De ansvarlige for utarbeidelse av prosedyren går inn i dokumentet *Mal for utvikling av ammeprosedyre for helsestasjonstjenesten*. Her skal man beskrive ansvar og lokale rutiner for ammeveiledning i kommunen. Et av målene med arbeidet er å sikre kvalitet og å skape ensartethet ved all veiledning om amming til gravide og ammende mødre. Et annet mål er å utvikle gode rutiner for oppfølging av barn og familie etter hjemkomst fra sykehuset. Dette er også i tråd med den norske rapporten *„og bedre skal det bli”*<sup>4</sup>, som tar opp kvalitetskriterier for å holde fokus på brukerens behov i vandringen gjennom et system som preges av organisering etter ulike faglige spesialiteter.

## 4. Godkjenning av prosedyren

En kopi av den lokalt tilpassede ammeprosedyren sendes kontaktpersonen ved Nasjonal kompetansetjeneste for amming for gjennomgang. Alt skriftlig materiale som ammeprosedyre, og evt. lokalt produserte skriv oversendes.

Nasjonal kompetansetjeneste vurderer og godkjenner den skriftlige prosedyren. Når helsestasjonen har fått godkjent ammeprosedyren implementeres den etter avtale med veileder ved NKA. Dette beskrives i eget refleksjonsnotat og sendes til Nasjonal kompetansetjeneste for amming.

<sup>4</sup> ...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2005.

## **5. Brukerundersøkelser**

Fire til seks måneder etter at prosedyren er implementert skal det gjennomføres brukerundersøkelser ved helsestasjonen. Nasjonal kompetansetjeneste for amming har utarbeidet et elektronisk spørreskjema som gravide og foreldre med seks uker gamle spedbarn skal svare på. Dere får tilsendt en lenke til undersøkelsen fra Nasjonal kompetansetjeneste for amming som dere gir til kvinnene. Hensikten er å evaluere den informasjon og oppfølging gravide og spedbarnsforeldre har fått på helsestasjonen. Nasjonal kompetansetjeneste for amming oppsummerer og vurderer resultatene fra brukerundersøkelsene.

## **6. Godkjenning som Ammekyndig helsestasjon**

Endelig godkjenning som ”**Ammekyndig helsestasjon**” bygger på godkjenning av den skriftlige ammeprosedyren og resultatene av brukerundersøkelsen.

## **7. Ny kartlegging av ammestatus i kommunen ett år etter at prosedyren er implementert**

Kommunen kartlegger ammeforekomst. Når registreringen er fullført utarbeider jordmødre og helsesøstre i fellesskap et refleksjonsnotat med betraktninger om ammeforekomst i kommunen. En kopi av ammeregistreringsskjema, oppsummeringsskjema og refleksjonsnotatet sendes NKA.

## Faglige retningslinjer for ammeveiledning ved helsestasjoner<sup>5</sup>

### Administrativt ansvar:

#### *Punkt 1a: Følg WHO-koden for markedsføring av morsmelkerstatning og tilskuddsblandinger og relevante resolusjoner fra Verdens helseforsamling*

**Forklaring:** Verdens helseforsamling ber helsepersonell og helseinstitusjoner om å følge WHO koden for markedsføring av morsmelkerstatninger og relevante resolusjoner fra Verdens helseforsamling, for å beskytte familier mot markedsføring og reklamepress.

Helsepersonell har også behov for beskyttelse mot markedsføring og reklame som kan påvirke deres yrkesaktivitet og dømmekraft.

Å følge WHO-koden er viktig for helsetjenester som gir tilbud til mødre og nyfødte, da markedsføring av morsmelkerstatning kan påvirke ammingen negativt.

**Implementering:** Koden gir et tydelig ansvar til helsevesenet om ikke å reklamere for morsmelkerstatning, flasker, smokker og produkter som er omfattet av koden. Morsmelkerstatning, flasker og smokker skal være kjøpt inn etter vanlige innkjøpsrutiner. Helsepersonell som arbeider med mødre og nyfødte, skal ikke delta i noen form for reklamering, bruke produktnavn, eller tillate at morsmelkerstatning eller utstyr som er merket med produsentens navn, vises fram eller deles ut. Fagmøter for helsepersonell skal ikke være sponset av barnematindustrien og barnematindustrien skal ikke delta i undervisning av foreldre.

### Kriterier:

- Helsestasjonen har en prosedyre som beskriver hvordan de følger WHO-koden:
  - Helsestasjonens lokaler skal ikke benyttes til markedsføring, presentasjon, og reklame for disse produktene, eller til utdeling av materiell fra produsentene.
  - Helsepersonell skal ikke tilbys eller ta imot gratisprøver av disse produktene eller gaver fra produsentene
  - Helsepersonell skal ikke dele ut gratisprøver av morsmelkerstatning, flasker eller smokker

#### *Punkt 1b: Ha en skriftlig ammeprosedyre som rutinemessig formidles til helsepersonell og foreldre*

**Forklaring:** Prosedyrer er viktig for å sikre at foreldre mottar kunnskapsbasert veiledning og at personalet gir ensartet informasjon.

**Implementering:** Alt helsepersonell som tar hånd om mor og barn, skal være kjent med ammeprosedyren og følge den i sin praksis. Ammeprosedyren skal forklare hvordan de seks punktene for ammeveiledning blir iverksatt på avdelingen og skal sikre mor/barn/partner ensartet og kunnskapsbasert ammeveiledning, som ikke er påvirket av den enkeltes meninger. Prosedyren skal også omfatte mødre som ikke ammer.

### Kriterier:

---

<sup>5</sup> Med utgangspunkt i WHO/UNICEFs *10 trinn for vellykket amming*, 2018.



- Helsestasjonen har en skriftlig ammeprosedyre som forklarer hvordan de kliniske trinnene (trinn 3-6) blir iverksatt, hvordan WHO koden blir implementert.
- Alle dokumenter som omhandler amming er i samsvar med Mor-barn-vennlig standard

***Punkt 1c: Etabler kontinuerlig evaluering av Mor-barn-vennlig standard i helsestasjonens eget kvalitetssystem***

**Forklaring:** Helsestasjonen oppfordres til å registrere klinisk praksis relatert til amming i sitt eget kvalitetssystem for å kunne følge med på egen praksis. For eksempel i journalsystemer, eller ved å gjøre brukerundersøkelser og ammere registrering.

Anbefalte indikatorer:

- Eksklusiv amming ved 6 måneder
- Amming ved 1 år

***Punkt 2. Sikre at personalet har tilstrekkelig og oppdatert kunnskap, kompetanse og ferdigheter for å støtte ammingen***

**Forklaring:** God ammeveiledning gitt til rett tid, kan bare gjennomføres hvis personalet har fått opplæring slik at de har kunnskap, kompetanse og ferdigheter i å støtte og veilede kvinner som ammer. Det kan ikke forventes at helsepersonell skal kunne følge en prosedyre eller veilede en pasient i et fagområde de selv ikke har fått opplæring i.

**Implementering:** Generelt sett bør ansvaret for opplæringen ligge hos grunnutdanningen og videreutdanningen for helsepersonell.

Dersom kunnskapen blant personalet er mangelfull, må det gjennomføres internundervisning eller sørges for at personalet tar kurs eller får undervisning andre steder.

Helsepersonell bør få avsatt tid til å gjennomføre opplæring, e-læringskurs og selvstudier. I tillegg vil veiledet praksis med kompetansevurdering være nødvendig.

Det er viktig å fokusere på kunnskap og ferdigheter som er oppnådd, og ikke bare på et gitt pensum. Personalet bør ha fått ammeundervisning i løpet av de to siste årene.

Alt helsepersonell som hjelper mødre med spedbarnsernæring bør vurderes i sin kompetanse til å praktisere [WHO's 20 kunnskapspunkter](#) om amming, samt å veilede og støtte mødre som ikke skal amme.

Leder av tjenesten har ansvar for at det finnes en plan for opplæring. Planen skal sikre at alle som veileder gravide og mødre har oppdatert og ensartet kunnskap om morsmelk og amming. Opplæring består både av teori og praksis. I praktisk opplæring kan man lage et system der en går sammen med andre i en ammeveiledningssituasjon og viser for eksempel hvordan man gir opplæring i håndmelking eller gjør en ammeobservasjon sammen med en kollega og bruker ammeobservasjonsarket. Praktisk opplæring kan også innebære hospitering ved sykehus. Nyansatte bør ha gjennomført opplæring senest innen tre måneder etter ansettelse. Ansatte skal dokumentere gjennomført oppdatering av kunnskap. Opplæringen skal være tilpasset den enkelte ansattes ansvarsområde. Leger som er tilknyttet helsestasjonen skal være informert om ammeprosedyren. Kommunelege eller bydelsoverlege bør orienteres om helsestasjonens ammeveiledningsrutiner. Helsestasjonen bør også tilstrebe at kommunens fastleger er informert om ammeprosedyren. En plan for opplæring skal også angi hvordan fortsatt oppdatering av kunnskap skal foregå.

## Klinisk praksis:

### *Punkt 3. Samtale med gravide og deres familier om hvorfor det er viktig å amme og hvordan få det til*

**Forklaring:** Alle gravide kvinner må få grunnleggende informasjon om amming for å kunne gjøre et informert valg. Graviditeten er et gunstig tidspunkt for å informere kvinnene om fordelene ved å amme, og hva de kan gjøre for å få til ammingen. Gravide trenger også informasjon om at fødselen kan ha en innvirkning på ammestart og videre amming.

Riktig veiledning og rådgivning til mor/partner og familiemedlemmer, gjør dem i stand til å gjøre et informert valg om bruk eller unngå bruk av smokk og flaske inntil velfungerende amming er etablert. Selv om WHO's retningslinjer ikke absolutt fraråder bruk av flasker og smokker til fullbårne barn, er det flere grunner til å være forsiktig med dette, inkludert hygiene, utvikling av kjeve/munnhule og gjenkjenning av tidlige tegn på sult.

### **Implementering:**

Helsestasjoner som følger opp gravide i svangerskapet, skal informere kvinnene og deres familier om fordelene ved tidlig oppstart av amming og hvordan få dette til.

Informasjon om amming bør inneholde risikoen ved å gi morsmelkerstatning uten medisinsk grunn, hvordan man legger barnet til brystet og ulike ammestillinger, tidlig tegn på sult og selvregulering.

Familier bør få informasjon om betydningen av hud-mot-hud kontakt og å være sammen med barnet 24 timer i døgnet. Mødrene bør også informeres om følelsen av ikke å produsere nok melk og hvordan man håndterer dette. Samtale om amming bør starte ved første eller andre svangerskapskonsultasjon, slik at det blir nok tid til å diskutere eventuelle utfordringer hvis nødvendig. Tidlig informasjon er i tillegg viktig for de kvinnene som føder prematurt.

Ammeveiledningen må gis individuelt med utgangspunkt i den gravides kunnskap, kulturell bakgrunn og eventuelt tidligere ammeerfaring. Skriftlig informasjon på flere språk og henvisning til nettsider, er en måte å formidle relevant informasjon på.

Dersom det i nyfødtp perioden er et ammeproblem med behov for å gi utpumpet brystmelk eller morsmelkerstatning, kan ulike metoder brukes som kopp, skje eller flaske. Fysiologien er ulik når barnet suger på brystet og når barnet suger på en flaskesmokk og smokk. Dette kan føre til ammeproblemer.

Hvis bruk av smokk erstatter et måltid og reduserer antall ganger barnet stimulerer brystet, kan dette føre til en reduksjon i melkeproduksjonen. Smokkbruk kan gjøre at mødrene ikke gjenkjenner barnets tidlige tegn på sult, slik at måltidet utsettes til barnet blir veldig urolig eller gråter.

Det skal ikke være reklame for smokker og flaskesmokker på helsestasjonen tilsvarende kriteriene for morsmelkerstatning (Trinn 1a WHO koden).

### **Kriterier:**

- Prosedyre om ammeveiledning til gravide skal som et minimum, inneholde følgende punkter:
  - Fordelene ved amming, for mor og barn
  - Retningslinje for spedbarnsernæring og risiko ved å gi morsmelkerstatning uten medisinsk grunn
  - Betydningen av umiddelbar og fortsatt hud-mot-hud kontakt
  - Betydningen av tidlig oppstart av amming
  - Betydningen av å være sammen 24 timer i døgnet
  - Grunnleggende kunnskap om ammestilling og sugetak
  - Kjenne til tidlige tegn på sult fra barnet
  - Bruk av smokk og flaske

- Minst 80 % av mødrene som har fått svangerskapsoppfølging ved helsestasjonen, kan rapportere at de har fått informasjon om amming
- Minst 80 % av mødrene som har fått svangerskapsoppfølging ved helsestasjonen, kan beskrive to temaer som ble diskutert
- Minst 80 % av mødre skal kunne bekrefte at de har fått informasjon om risikoen ved bruk av tåteflaske og smokk

Kommuner og bydeler skal ha en skriftlig oversikt over hva som skal tas opp ved veiledning om amming til gravide. Helsesøster- og jordmor-tjenesten bør samarbeide når dette punktet utarbeides ved at de gjennomgår ammeregistreringen og ser på hva som er utfordringer vedrørende amming i den enkelte kommune eller bydel. De bør også diskutere hva de opplever som de vanligste ammeproblemene og om disse kan forebygges allerede i graviditeten. I dette arbeidet bør barselretningslinjen trekkes inn.

Skriftlig informasjon som deles ut til gravide skal være kvalitetssikret og ikke inneholde reklame for morsmelkerstatning. Svangerskapsomsorgen bør kjenne til rutinene ved de lokale føde/barselavdelingene og gi mor informasjon om hva hun kan forvente etter fødselen. Dersom den gravide tidligere har hatt amme problemer skal disse kartlegges og eventuelt beskrives i et brev som følger kvinnen til føde/barsel. Spesielle forhold og tidligere amme problemer skal dokumenteres i helsekort for gravide. Det bør lages en konkret plan i samarbeid med kvinnen for hvordan tidligere amme problemer denne gangen skal forebygges. Når samtalen med den gravide har funnet sted skal dette dokumenteres i helsekortet.

#### ***Punkt 4. Bidra til at det etableres en enhetlig arbeidende tiltakskjede mellom svangerskapsomsorgen, føde/barsel/neonatalavdelinger og helsestasjonen***

**Forklaring:** Mødre trenger vedvarende støtte for å fortsette ammingen. Oppholdet på føde/barselavdelingen skal gi mødrene grunnleggende kunnskap og ferdigheter om amming. Melkeproduksjonen er som regel ikke fullt etablert ved hjemreise. Støtte og hjelp til ammingen er helt avgjørende og nødvendig i dagene og ukene etter hjemreise for å kunne identifisere ammeutfordringer.

**Implementering:** Et faglig kriterium for en god barselomsorg bør derfor være kontinuerlig, daglig oppfølging inntil ammingen er etablert og barnet har en god vektutvikling.

Det vises til Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen:

*(4.4) Regionalt helseforetak og kommunene er forpliktet til å inngå samarbeidsavtaler og utarbeide en flerårig lokalt tilpasset plan for svangerskaps-, fødsels- og barseltilbudet i helseregionen.*

*(4.5) Når mor og barn reiser hjem etter fødselen, skal kommunen eller den instans som ivaretar oppfølging av familien, varsles av føde-/barselavdelingen om hjemreise.*

*(6.3) Det anbefales at Ti trinn for vellykket amming er minstestandard for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen og at kvinner og nyfødte sikres tilgang til ammekyndig helsepersonell. Det foreslås at en kvinne som ønsker å amme, enten får være på barselavdelingen inntil ammingen fungerer tilfredsstillende og barnet ernæres med morsmelk, eller at føde-/barselavdelingen ved utskriving har forsikret seg om at kvinnen vil få tilstrekkelig hjelp ved hjemmebesøk og konsultasjon på helsestasjonen.*

*Personalet skal kjenne til og sørge for at mødrene blir informert om Ammehjelpen.*

Helsestasjonen og barsel/neonatalavdelinger bør samarbeide om rutiner ved utskriving av mor og barn. Når helsestasjonen har fått beskjed muntlig eller skriftlig at mor og barn er kommet hjem, skal den kontakte mor innen 48 timer på virkedager. Det skal være avklart hvem som har ansvar for å ta kontakt med mor. Ved første kontakt med familien bør det benyttes en sjekkliste med spørsmål som

gjør det mulig å avdekke ammeproblemer. Helsestasjonen skal ha oversikt over og kunne gi informasjon om hvor mor kan henvende seg hvis hun trenger veiledning utenom helsestasjonens åpningstid.

Dersom det er behov for det, bør helsestasjonen ha rutiner for samarbeid med mors/barnets fastlege. Slikt samarbeid skal skje med mors samtykke.

#### **Kriterier:**

- Helsestasjonen kan dokumentere at den samarbeider med primærhelsetjenesten om barselomsorgen og at det foreligger en samarbeidsavtale

#### ***Punkt 5. Veilede mødrene i å etablere og opprettholde amming, og til å håndtere vanlige ammeproblemer***

**Forklaring:** Selv om amming er en naturlig prosess, trenger mange mødre praktisk hjelp og veiledning. Selv erfarne mødre kan møte nye utfordringer med å amme et nyfødt barn. En god ammestilling og et godt sugetak kan forebygge ammeproblemer senere. Tett oppfølging, støtte og hjelp er viktig for å bygge opp mødrenes selvtillit.

Amming innebærer å gjenkjenne og svare på spedbarnets tegn på sult og når det er klart for å die. Selvregulering/ammning etter behov betyr at det ikke er noen begrensninger i brystmåltidenes antall eller varighet. Mødre skal få råd om å amme når barnet viser tegn på sult og så ofte som barnet ønsker å die. Skjemamating, det vil si å amme etter klokken, er ikke anbefalt. Det er viktig at mødrene har kunnskap om at gråt er et sent tegn på sult, og at det er vanskeligere å få til et godt sugetak og finne en god ammestilling når barnet er sultent og gråter.

**Implementering:** Mødre skal få praktisk støtte som gjør dem i stand til å etablere og opprettholde amming og til å håndtere vanlige ammeproblemer. Det innebærer å gi emosjonell og motiverende støtte, gi informasjon og veiledning som gjør mødrene i stand til å etablere en velfungerende amming. Første hjemmebesøk er en unik mulighet til å diskutere og hjelpe mor med spørsmål eller problemer relatert til amming, og til å styrke hennes tro til egen evne til å kunne amme.

Førstegangsfødende og mødre med negativ ammeerfaring vil kunne trenge ekstra støtte for å unngå ammeproblemer. Keisersnittforløste og overvektige kvinner bør få tilbud om ekstra hjelp med ammestilling og sugetak. Barn født i uke 34 – 36 + 6 dager kan vanligvis fullammes, men er mer utsatt for gulsott, lavt blodsukker/hypoglykemi og spiseproblemer enn barn født til termin, og trenger derfor økt årvåkenhet. Tvillingmødre trenger også ekstra støtte, spesielt til ammestilling og sugetak.

Mødrene skal bli veiledet i å praktisere amming etter barnets behov, selvregulering. Uavhengig av om barnet skal ammes eller ikke, skal mødrene bli veiledet i å svare på barnets tegn til sult og behov for nærhet og trøst.

Flere temaer bør være inkludert i ammeundervisning til mødre som:

- Vise en god ammestilling og et godt sugetak som er avgjørende for å:
  - stimulere melkeproduksjonen
  - sikre at barnet får nok melk og at mor vet hvordan hun kan vurdere dette
  - forebygge såre brystknopper
- Hvordan håndtere melkespreng/brystspreng
- Opplæring i håndmelking/pumping for å øke eller opprettholde melkeproduksjonen
- Hvordan lagre utpumpet melk

Ammeobservasjon er nødvendig for å være sikker på at barnet er i stand til å die og får i seg morsmelk (at det foregår en melkeoverføring).

Det skal foretas hyppige vektkontroller til mors melkeproduksjon er stabil og barnet viser en god vektøkning. Tett oppfølging er spesielt viktig de første seks ukene. Helsestasjonen skal ha rutiner for oppfølging av spedbarn som har vist utilfredsstillende vektøkning på sykehuset

eller etter hjemkomst. Jfr. Faglige retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Helsedirektoratet 2010.

Ammestatus skal vurderes ved alle barnets kontroller frem til ammeslutt. Veiledningen skal gis etter samtale og kartlegging av ammesituasjonen, og den skal være tilpasset mors behov og hennes kunnskap om amming. Dersom mor har barn fra før skal helsestasjonen diskutere tidligere ammeerfaringer med henne. Helsestasjonen skal ha rutiner for å kartlegge om mødre som ikke ønsker å amme har tatt denne avgjørelsen på informert grunnlag.

#### **Kriterier:**

- Minst 80 % av ammende mødre til barn født til termin skal bekrefte at personalet tilbød hjelp med ammingen ved første hjemmebesøk
- Minst 80 % av ammende mødre til barn født til termin kan beskrive hvordan hun vurderer at barnet dier effektivt og overfører melk
- Minst 80 % av ammende mødre til barn født til termin kan beskrive minst to måter å stimulere melkeproduksjonen på
- Minst 80 % av ammende mødre til barn født til termin kan beskrive håndmelking
- Minst 80 % av ammende mødre skal kunne beskrive minst to tegn på sult
- Minst 80 % av mødrene kan bekrefte at de har fått råd om å amme så ofte og så lenge som barnet ønsker

***Punkt 6. Bidra til at mødre får den hjelpen de trenger slik at barnet kan fullammes i seks måneder. Etter introduksjon av fast føde bør ammingen fortsette ut det første leveåret eller så lenge mor og barn ønsker det***

WHO og norske helsemyndigheter anbefaler fullamming i 6 måneder. Alle mødre skal få informasjon om morsmelkens ernæringsmessige og immunologiske kvaliteter. Riktig veiledning og rådgivning til mor/partner og familiemedlemmer, gjør dem i stand til å gjøre et informert valg om bruk eller unngå bruk av smokk og flaske inntil velfungerende amming er etablert. Selv om WHO's retningslinjer ikke absolutt fraråder bruk av flasker og smokker til fullbårne barn, er det flere grunner til å være forsiktig med dette, inkludert hygiene, utvikling av kjeve/munnhule og gjenkjenning av tidlige tegn på sult.

Mor skal støttes og oppmuntres til å være trygg på at spedbarn med tilfredsstillende vekst og trivsel ikke trenger tillegg av morsmelkerstatning eller fast føde før ved seks måneders alder. Introduksjon av fast føde bør deretter skje gradvis, og ammingen bør fortsette minst ut det første leveåret. Helsestasjonen skal ha kunnskaper om forhold hos mor og barn som er til hinder for fullamming.

**Implementering:** Dersom det er et ammeproblem eller en medisinsk indikasjon for å gi utpumpet brystmelk eller morsmelkerstatning kan ulike matemetoder brukes som kopp, hjelpebryst eller flaske. Fysiologien er ulik når barnet suger på brystet og når barnet suger på en flaskesmokk og smokk. Dette kan føre til ammeproblemer.

Mødre som ammer delvis eller gir tillegg skal få støtte og veiledning slik at spedbarnet sikres en god ernæring. Ved bruk av morsmelkerstatning skal helsestasjonen veilede i riktig tilberedning og bruk av smokk og flasker.

Hvis bruk av smokk erstatter et måltid og reduserer antall ganger barnet stimulerer brystet, kan dette føre til en reduksjon i melkeproduksjonen og en forkortet ammeperiode. Smokkbruk kan gjøre at mødrene ikke gjenkjenner barnets tidlige tegn på sult, slik at måltidet utsettes til barnet blir veldig urolig eller gråter.

Det skal ikke være reklame for smokker og flaskesmokker i avdelingen tilsvarende kriteriene for morsmelkerstatning (Trinn 1a WHO koden).

**Kriterier:**

Minst 80 % av mødre skal kunne bekrefte at de har fått informasjon om risikoen ved bruk av tåteflaske og smokk

**Materiell****Litteratur**

- Nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring. Oslo: Helsedirektoratet, 2016
- Amning- en håndbok for sundhetspersonale, Sundhetsstyrelsen 2018
- Nasjonal faglig retningslinje for Helsestasjons- og skolehelsetjenesten, [kap. 4.1 Veiging og måling](#). Helsedirektoratet, 2019.
- Nattamning og tannhelse. Se: <https://helsenorge.no/etter-fodsels/amning>
- *Mamma for første gang* Gro Nylander, Gyldendal, 2016.
- Helsepersonells taushetsplikt IS-6/2010

**Spesiallitteratur:**

Breastfeeding - A guide for the medical profession, Ruth A. Lawrence, 2016. The C.V. Mosby Company. ISBN 978-0-323-35776-0

**Video**

**Bryst er best.** Gro Nylander. Videovital, 2008. [www.videovital.no](http://www.videovital.no) Telefon 22.55.45.88

*Er det mulig?* Amming av barn med leppe-kjeve-ganespalte. Videovital, 2008. Leppe-kjeve-ganespalte er blant de hyppigst forekommende misdannelser hos nyfødte.

Filmen er ment som en praktisk informasjon til foreldre, fagfolk og andre interesserte.

**Demonstrasjonsbryst:**

Nyttig til undervisning. Kan bestilles fra <http://www.childbirthgraphics.com/>

Den heter *Cloth Breast Modell*. En lignende modell kan også bestilles gjennom Ammehjelpen.

**Brosjyrer**

Brosjyrer om amming på flere språk, kan lastes ned fra Helsedirektoratet, kopieres og deles ut;

- <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/graviditet-fodsels-og-barsel/amning>
- [Hvordan du ammer ditt barn- Noen råd den første tiden](#). Helsedirektoratet 2011
- [Mat for spedbarn](#) Helsedirektoratet 2018
- [Trygt sove miljø for spedbarnet](#). Landsforeningen for uventet barnedød, Nasjonal kompetansetjeneste for amming, Helsedirektoratet 2018

**Informasjon om amming og medikamenter**

- Norsk legemiddelhandbok, eventuelt nettutgaven [www.legemiddelhandboka.no](http://www.legemiddelhandboka.no) eller å bruke
- RELIS database (Regionalt legemiddel informasjonssenter) på [www.relis.no](http://www.relis.no).
- Felleskatalogen kan brukes for å se på hvilket virkestoff et medikament inneholder, men ikke som ett oppslagsverk vedrørende amming og medikamenter



## Informasjonsskriv til leger

Det er utarbeidet et dokument som heter *Hva leger bør vite om medisinske brystkomplikasjoner ved amming*. Dokumentet kan lastes ned fra [NKA's hjemmesider](#) på nettet og gis til leger man er i kontakt med.

## Studiemateriell

For å jobbe mer systematisk med stoffet anbefales det å bruke studiespørsmålene som er laget til boken *Amning- en håndbok for helsepersonell 2016*. Man kan også svare på studiespørsmål til videoen *Bryst er best*. Dette kan gjøres alene eller i studiegrupper. Studiespørsmålene finnes på vår nettside.

## Nettsteder

Det er viktig raskt å kunne finne oppdatert og kvalitetssikret informasjon om amming. Vi har derfor laget en liste over de mest aktuelle nettsteder på vår [internettside](#), hvor man kan finne informasjon om amming og laktasjon [www.ammesenteret.no](http://www.ammesenteret.no)

## Ammeveiledningskurs

Nasjonal kompetansetjeneste for amming arrangerer årlig *Ammeveiledningskurs trinn I-IV*. I kursserien blir det gjennomgått temaer om alt fra grunnleggende basisferdigheter til hvordan gi veiledning når det oppstår problemer, barnet er sykt eller født for tidlig. Informasjon om kurs legges ut på [www.ammesenteret.no](http://www.ammesenteret.no) Det vil være gunstig om det på hver helsestasjon finnes noen ressurspersoner som har gjennomført kursserien.

## Legekurs

Nasjonal kompetansetjeneste for amming arrangerer årlig dagskurs for leger.

## Høgskoleutdanning

Dette er en videreutdanning for de som ønsker å ha en spisskompetanse i ammeveiledning. Studiet gir 20 studiepoeng i høgskolesystemet. Dette arrangeres i samarbeid med Høgskolen i Hedmark.

Hensikten med studiet er å gi økt kompetanse til helsepersonell som til daglig arbeider med ammende mødre. Utdanningen skal gi teoretisk kunnskap om morsmelk og amming og økte praktiske ferdigheter i ammeveiledning. Studiet omfatter de fagfelt som er aktuelle for forståelse av morsmelkens helsemessige betydning, ammeprosessen, ammingens fysiologi og forebyggende og klinisk ammeveiledning.

Informasjon om studiet fås ved å se på vår nettside eller å ta kontakt med senteret.

# SELVEVALUERINGSSKJEMA

Helsestasjon/kommune navn: \_\_\_\_\_

Hvilket sykehus føder kvinnene på?

Liggetid på barsel ved lokalt sykehus

- Normal fødsel:
- Keisersnitt:

Skjemaet er fylt ut av:

Navn:

Stilling:

---

---

---

---

Hvem har hovedansvar for helsestasjonens rutiner og praksis vedrørende ammeveiledning?

**Avdelingshelsesøster/ Enhetsleder**  
**Spesielt utnevnt ammeansvarlig**  
**Alle**  
**Ingen**  
**Andre**



**Opplysninger om helsestasjonen**

Dato \_\_\_\_\_

**Helsestasjonens navn:**

(om det er flere enn en helsestasjon, oppgi alle)

\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Tlf: \_\_\_\_\_

Bydel: \_\_\_\_\_ Kommune: \_\_\_\_\_

Fylke: \_\_\_\_\_

Leder av helsestasjonstjenesten, (tittel/navn): \_\_\_\_\_

Åpningstider, (klokkeslett/dager): \_\_\_\_\_

Telefontid: \_\_\_\_\_ Personalet tilgjengelig på mobil? Ja  Nei 

Navn på helsestasjon/ene med svangerskapsomsorg:

Antall barn født i 20\_ \_\_\_\_\_

Antall gravide som gikk til svangerskapskontroll ved helsestasjonen i 20\_ \_\_\_\_\_

Prosent av alle gravide i distriktet som gikk til svangerskapskontroll ved helsestasjonen \_\_\_\_\_%

Har kommunen samarbeidsavtale med lokalt sykehus om rutiner ved utskriving av mor og barn? \_\_\_\_\_

Legg eventuelt med samarbeidsavtalen som vedlegg

## En ammekyndig helsestasjon skal:

### 1. Ha en skriftlig ammeprosedyre som rutinemessig formidles til alt helsepersonell ved helsestasjonen

- 1.1 Har helsestasjonen en skriftlig ammeprosedyre som dekker alle 6 punkter for velfungerende amming? Ja  Nei
- 1.2 Er ammeprosedyren en del av helsestasjonens formelle system for kvalitetssikring/ internkontroll? Ja  Nei
- 1.3 Er ammeprosedyren kjent blant alt personell som har omsorg for gravide, mødre og spedbarn? Ja  Nei
- 1.4 Er ammeprosedyren tilgjengelig for alt personell som har omsorg for gravide, mødre og spedbarn? Ja  Nei
- 1.5 Når var siste gang ammeprosedyren ble gjennomgått/ revidert?
- 

### 2. Tilby opplæring slik at det er mulig for personalet å følge ammeprosedyren

- 2.1 Har alt helsepersonell som gir ammeveiledning oppdatert kunnskap om morsmelk og praktisk ammeveiledning? Ja  Nei
- 2.2 Blir alle nyansatte orientert om helsestasjonens ammeprosedyre? Ja  Nei
- 2.3 Får alle nyansatte som gir veiledning opplæring i praktisk ammeveiledning, rutiner som fremmer og støtter amming og hvordan man løser ammeproblemer? Ja  Nei
- 2.4 Gis opplæringen innen 3 måneder etter ansettelse? Ja  Nei
- 2.5 Har helsestasjonen en skriftlig opplæringsplan for ammeveiledning? Ja  Nei
- 2.6 Har alle ansatte som gir veiledning hatt minimum 12 timers opplæring i ammeveiledning og informasjon om morsmelk? Ja  Nei
- 2.7 Har amming vært tema ved internopplæring det siste året? Ja  Nei

### 3. Bidra til å spre informasjon til gravide om fordelene med brysternæring og om hva de kan gjøre for å få til ammingen

3.1 Har helsestasjonen svangerskapsomsorg? Ja  Nei

*Hvis nei, gå til punkt 4.*

3.2 *Dersom helsestasjonen har svangerskapsomsorg:*  
Har helsestasjonen en rutine som sikrer at alle gravide blir informert om amming? Ja  Nei

3.3 Hvordan er denne rutinen?

Samtale og klargjøring av hva den gravide allerede vet og hennes motivasjon og ønsker Ja  Nei

Har helsestasjonen en skriftlig oversikt over temaer den gravide bør være/gjøres kjent med? Ja  Nei

Får den gravide skriftlig informasjon om amming? Ja  Nei

Orienterer helsestasjonen føde/barsel dersom den gravide tidligere har hatt ammeproblemer? Ja  Nei

Det merkes av i helsekortet at informasjon er gitt Ja  Nei

Annet; beskriv

3.4 Sørger helsestasjonen for at den gravide er informert om:

Fordelene ved brysternæring Ja  Nei

Betydningen av ro og hudkontakt med barnet rett etter fødselen Ja  Nei

Betydningen av å være sammen med barnet det meste av døgnet Ja  Nei

Selvregulering Ja  Nei

Godt sugetak Ja  Nei

Betydningen av å unngå bruk av tillegg, smokk og flaske til ammingen er godt etablert Ja  Nei

Annet; beskriv:

- 3.6 Legges det særlig vekt på oppmuntring og informasjon om amming til gravide som aldri har ammet eller som har hatt ammeproblemer tidligere? Ja  Nei

**4. Bidra til at det etableres en enhetlig arbeidende tiltakskjede mellom svangerskapsomsorgen, føde/barsel/neonatalavdelinger og helsestasjonen. Helsestasjonen bør informere om Ammehjelpen**

- 4.1 Kjenner helsestasjonen til ammeprosedyrene ved de lokale sykehusene? Ja  Nei
- 4.2 Samarbeider helsestasjonen og føde/barsel/neonatalavdelinger om rutiner ved utskrivning fra sykehuset? Ja  Nei
- 4.3 Når helsestasjonen har fått melding om at mor og barn er kommet hjem, finnes det rutiner for hvor lang tid det tar det før helsestasjonen kontakter familien?
- Tar kontakt samme dag
- Innen 48 timer
- Innen 1 uke
- Innen 2 uker
- Ingen rutiner
- 4.4 Er det avklart hvem som har ansvar for å kontakte familien? Ja  Nei
- 4.5 Finnes det en sjekkliste for hvordan ammesituasjonen skal kartlegges ved helsestasjonens første kontakt med familien? Ja  Nei
- 4.6 Har helsestasjonen rutinemessige kontroller av barnet i løpet av de første 6 ukene? Ja  Nei

*Hvis ja; beskriv type kontroll:*

Veies barnet ved disse kontrollene?

Ja  Nei

- 4.7 Får ammende mødre informasjon om hvor de kan henvende seg hvis de trenger veiledning utenom helsestasjonens åpningstid? Ja  Nei

## 5. Veilede mødrene i hvordan de kan amme og hvordan de kan opprettholde melkeproduksjonen

- 5.1 Har helsestasjonen en sjekklister for hva som skal tas opp vedrørende ammeveiledning ved det første møtet mellom helsesøster/jordmor og familien? Ja  Nei
- 5.2.1 Kan alt aktuelt helsepersonell gi veiledning i gode ammestillinger og gunstig sugetak? Ja  Nei
- 5.2.2 Blir mors ammestilling og barnets sugetak rutinemessig observert ved det første møtet mellom jordmor/helsesøster og familien? Ja  Nei
- 5.3 Får mødrene informasjon om hvordan selvregulering fungerer? Ja  Nei
- 5.4 Får mødrene informasjon om hva de kan gjøre for eventuelt å øke melkeproduksjonen? Ja  Nei
- 5.5 Har alt aktuelt helsepersonell kunnskaper om håndmelking og koppmating, og kan de gi veiledning i dette? Ja  Nei
- 5.6 Har helsestasjonen rutiner for oppfølging av barn med utilfredsstillende vektøkning de første månedene etter fødsel? Ja  Nei

Beskriv hvordan helsestasjonen definerer ”utilfredsstillende vektøkning”:

Beskriv hvilke tiltak som iverksettes:

- 5.7 Har alt aktuelt helsepersonell kunnskaper som sikrer mødre med ammeproblemer oppfølging etter kunnskapsbaserte retningslinjer? Ja  Nei
- 5.7 Brukes NKAs nettside, dokumenter og skjemaer ammeutfordringer og ved løsning av ammeproblemer? Ja  Nei
- 5.8 Blir ammestatus vurdert ved alle barnets kontroller frem til ammeslutt? Ja  Nei
- 5.8 Blir ammestatus dokumentert i barnets helsekort? Ja  Nei
- 5.9 Føres det statistikk over ammeforekomst i distriktet? Ja  Nei

**6. Bidra til fullamming i 6 måneder. Etter introduksjon av fast føde bør ammingen forsette ut det første leveåret eller så lenge mor og barn ønsker det.**

- 6.1 Kjenner alt aktuelt helsepersonell til anbefalingene om fullamming i 6 måneder? Ja  Nei
- 6.2 Støtter skriftlig informasjon som deles ut på helsestasjonen fullamming i 6 måneder? Ja  Nei
- 6.3 Har alt aktuelt helsepersonell kunnskap om de tilstander eller situasjoner der fullamming ikke er mulig? Ja  Nei
- 6.4 Har helsestasjonen rutiner som sikrer mødre som ammer delvis eller gir tillegg informasjon om riktig bruk av morsmelkerstatning? Ja  Nei
- 6.5 Finnes det reklame for morsmelkerstatning på helsestasjonen? Ja  Nei
- 6.6 Finnes det reklame for smøkk eller flasker på helsestasjonen? Ja  Nei







## Oppsummeringsskjema for registrering av ammestatus

Registrering av ammestatus ved \_\_\_\_\_ helsestasjon

Registrering påbegynt \_\_\_\_\_ Registrering avsluttet<sup>6</sup> \_\_\_\_\_

Antall 5 måneder gamle barn til kontroll i perioden \_\_\_\_\_

Antall fullammet \_\_\_\_\_

Antall delvis ammet \_\_\_\_\_

Antall ikke ammet \_\_\_\_\_

Fullammet i % \_\_\_\_\_

Antall 1 år gamle barn til kontroll i perioden \_\_\_\_\_

Antall som får morsmelk  
ved siden av annen ernæring \_\_\_\_\_

Antall som ikke får morsmelk  
ved siden av annen ernæring \_\_\_\_\_

Får morsmelk ved siden  
av annen ernæring i % \_\_\_\_\_

Dato \_\_\_\_\_

Signatur \_\_\_\_\_

---

<sup>6</sup> Små helsestasjoner kan ha problemer med å få med et stort nok antall barn i kartleggingen. Her fortsetter kartleggingen utover 4 uker til det er 20 barn i hver gruppe.