

Mor–barn-vennlig standard (MBV) Ti trinn for vellykket amming (revidert 2018)

Administrativt ansvar:

Trinn 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:

- Avdelingen har en prosedyre som beskriver hvordan de følger WHO-koden:
 - Morsmelkerstatning, flasker og smokker i avdelingen er innkjøpt etter vanlige innkjøpsrutiner
 - Helsetjenestens 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

- Minst 80 % av helsepersonalet kan forklare minst to punkter fra WHO-koden

Trinn 1b: Ha en skriftlig ammeprosedyre som rutinemessig formidles til helsepersonell og foreldre

Forklaring: Prosedyrer er viktig for å sikre at pasienten 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 WHO/UNICEFs Ti trinn 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:

- Avdelingen har en skriftlig ammeprosedyre som forklarer hvordan de åtte kliniske trinnene (trinn 3-10) blir iverksatt, hvordan WHO koden blir implementert, og hvordan kunnskapen til personalet blir evaluert
- Observasjoner i avdelingen bekrefter at ammeprosedyren er lett tilgjengelig for gravide, mødre og deres familier
- Alle dokumenter som omhandler amming er i samsvar med Mor-barn-vennlig standard
- Minst 80 % av personalet kan forklare minst to punkter fra ammeprosedyren som påvirker deres arbeid i avdelingen

Trinn 1c: Etablere kontinuerlig evaluering av Mor-barn-vennlig standard i sykehusets eget kvalitetssystem

Forklaring: Føde/barselenheter skal registrere klinisk praksis relatert til amming i sitt eget kvalitetssystem for å kunne følge med på egen praksis.

Implementering:

Anbefalte indikatorer:

- Tidlig ammestart
- Eksklusiv amming
 - Resultatene følges opp minst hver 6 måned. Hvis verdien av indikatorene er lavere enn 80 %, må avdelingen iverksette kompetansehevingstiltak

Kriterier:

- Avdelingens ammeprosedyre viser at de har en pågående evaluering av egen praksis
- Personalet/MBV ansvarlige skal møtes minst hver 6 måned for å evaluere resultatene

Trinn 2. Sikre at personalet har tilstrekkelig og oppdatert kunnskap, kompetanse og ferdigheter for å støtte amming

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.

Kriterier:

- Minst 80 % av helsepersonell som er i kontakt med gravide, mødre og spedbarn bekrefter at de har fått ammeundervisning i løpet av de to siste årene
- Minst 80 % av helsepersonell som er i kontakt med gravide, mødre og spedbarn bekrefter at de har fått vurdert sin kompetanse om amming i løpet av de siste to årene
- Minst 80 % av helsepersonell som er i kontakt med gravide, mødre og spedbarn er i stand til å svare riktig på tre av fire spørsmål om kunnskap og ferdigheter for å støtte amming

Klinisk praksis:

Trinn 3. Samtale med gravide og deres familier om hvorfor det er viktig å amme og hvordan få dette 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.

Implementering:

Fødeenheter 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. Gravide som hovedsakelig får oppfølging fra primærhelsetjenesten skal få informasjon om amming av jordmor eller lege. 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.

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
- Minst 80 % av mødrene som har fått svangerskapsoppfølging ved fødeenheten, kan rapportere at de har fått informasjon om amming
- Minst 80 % av mødrene som har fått svangerskapsoppfølging ved fødeenheten, kan beskrive to temaer som ble diskutert

Trinn 4. Sørge for at mor og barn kan ha uforstyrret hud–mot-hud kontakt og støtte mødrene i å komme i gang med ammingen så snart som mulig etter fødselen

Forklaring: Både umiddelbar og fortsatt hud-mot-hud kontakt og tidlig diing er viktig for en god ammestart. Kolostrum/råmelk som et nyfødt barn får i seg rett etter fødsel, er svært næringsrik og inneholder viktige antistoffer. Uforstyrret hud-mot-hud kontakt stimulerer den nyfødtes naturlige søkereflex og forebygger hypotermi/lav kroppstemperatur. Tidlig diing eller utmelking stimulerer melkeproduksjonen. Mange mødre slutter å amme tidlig fordi de tror de ikke har nok melk. Derfor er tidlig etablering av melkeproduksjon viktig for å lykkes med amming. Både hud-mot-hud kontakt og morsmelk bidrar til å kolonisere den nyfødte og forme mikrobiomet.

Implementering: Det skal tilrettelegges og oppmuntres til tidlig og uforstyrret hud–mot-hud kontakt mellom mor og barn så raskt som mulig etter vaginal fødsel og keisersnitt. Hud-mot-hud kontakt betyr at barnet legges nakent med forsiden mot mors mage/bryst.

Kontakten bør være uforstyrret i minst 60 minutter. Den første ammingen er en direkte følge av uforstyrret hud–mot-hud kontakt som fremmer barnets medfødte reflekser, slik at barnet finner veien til brystet. Helsepersonell skal jevnlig ha tilsyn/observasjon av mor og barn de første timene etter fødsel.

Det bør informeres om at kolostrum/råmelk kommer i små mengder, inneholder mye energi og er rik på antistoffer. Mødre som er søvnige eller påvirket av medisiner, trenger ekstra oppfølging og observasjon. Pårørende kan være en god støtte for mor. Hvis mødrene ikke er i stand til å starte ammingen i løpet av den første timen, skal de få støtte og hjelp til å få hud-mot-hud kontakt og amme når de er klare for det. Hud–mot-hud kontakt er spesielt viktig for premature barn. Kengurumetoden innebærer tidlig og kontinuerlig hud–mot-hud kontakt mellom mor og barn, og er anbefalt når barnet er stabilt. Tidlig og hyppig håndmelking/pumping er svært viktig for stimulering av melkeproduksjonen, når den nyfødte ikke er klar for å suge selv eller er på nyfødt/intensivavdelingen.

Kriterier:

- Minst 80 % av mødre som har født normalt eller er forløst med keisersnitt uten narkose, skal kunne bekrefte at de fikk anledning til å ha barnet hos seg rett etter fødselen, eller innen 5 minutter, med uforstyrret hudkontakt i minst én time, med mindre det var dokumenterte medisinske grunner til forsinket kontakt
- Minst 80 % av mødre forløst ved keisersnitt i narkose skal kunne bekrefte at de fikk anledning til å få barnet til seg så snart de var i stand til å forholde seg til det. De skal kunne bekrefte at de fikk anledning til å ha hudkontakt med barnet i minst én time, og at de fikk tilbud om hjelp til ammingen
- Minst 80 % av mødrene til fullbårne barn rapporterer at barnet kom til brystet innen én time etter fødselen, med mindre det var dokumenterte medisinske grunner til at dette ikke kunne skje

Trinn 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. Veiledning og støtte etter fødsel er vist å øke ammefrekvensen opp til 6 måneders alder. En god ammestilling og et godt sugetak kan forebygge ammeproblemer senere. Tett oppfølging, støtte og hjelp er viktig for å bygge opp mødrenes selvtillit.

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. Føde/barseloppholdet 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. Praktisk støtte til mødre med premature og syke barn kan være avgjørende for å etablere og opprettholde melkeproduksjon. Tvillingmødre trenger også ekstra støtte, spesielt til ammestilling og sugetak.

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
 - forebygge såre brystknopper
- Hvordan håndtere melkespreng/brystspreng
- Opplæring i håndmelking/pumping for å opprettholde melkeproduksjonen, hvis de blir skilt fra sine barn
- 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) og personalet skal tilby neste ammeveiledning senest innen 6 timer etter fødsel.

Kriterier:

- Minst 80 % av ammende mødre til barn født til termin skal bekrefte at personalet tilbød hjelp med ammingen innen 6 timer etter fødsel
- Minst 80 % av mødre til premature og/eller syke barn skal bekrefte at de har fått hjelp til å håndmelke eller pumpe innen 1-2 timer etter fødselen
- Minst 80 % av ammende mødre til barn født til termin er i stand til å vise hvordan de legger barnet til brystet, så det får et godt sugetak og 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 minst to tegn på at diebarnet får nok melk
- Minst 80 % av ammende mødre til barn født til termin kan beskrive eller demonstrere håndmelking eller pumping

Trinn 6. Ikke gi morsmelkernærte nyfødte noen annen form for næring eller drikke enn morsmelk unntatt når det er medisinsk grunn til det

Forklaring: Å gi nyfødte brysternærte annen næring eller væske de første dagene etter fødselen forstyrrer etablering av melkeproduksjonen. Nyfødtes magesekker er små og fylles raskt. Morsmelkerstatning fordøyes saktere enn morsmelk og nyfødte som får annen væske enn morsmelk, vil die færre ganger. Dette fører igjen til mindre effektiv stimulering av melkeproduksjonen. En studie viser at spedbarn som har fått morsmelkerstatning på barselavdelingen har to ganger større sannsynlighet for å avslutte diingen i løpet av de første seks ukene etter fødsel. En norsk studie fant at risikoen for ikke å fullamme ved én måneds alder var fem til seks ganger større hvis barnet hadde fått morsmelkerstatning på barselavdelingen. I tillegg vil annen væske enn morsmelk kunne inneholde skadelige bakterier som kan gi risiko for sykdom. Bruk av morsmelkerstatning fører til endringer i tarmfloraen.

Implementering: Mødre skal frarådes å gi annen væske enn morsmelk, unntatt når det er en medisinsk grunn. Det er få tilstander hos mor eller barn som tilsier at man ikke kan amme og at det er behov for morsmelkerstatning.

Mangel på ressurser, tid eller kunnskap hos personale er ikke grunner for å gi morsmelkerstatning. Nyfødte som ikke kan få mors egen melk eller som trenger å få ekstra tilskudd av næring, spesielt premature eller barn med veldig lav fødselsvekt, bør få donormelk hvis mulig og det er kulturelt akseptabelt.

Hvis det er behov for tillegg er dette i de fleste tilfellene forbigående, inntil barnet klarer å ta brystet og/eller moren er tilgjengelig og klar for å amme. Selv om det for en periode er vanskelig å amme direkte på brystet må mødre bli støttet og oppmuntret til å stimulere melkeproduksjonen ved å håndmelke eller pumpe, og prioritere å gi egen melk. Mødre som delammer eller ikke ammer skal få opplæring i sikker tilberedning og oppbevaring av morsmelkerstatning. Mødrene skal også få informasjon om hvordan de svarer på barnets tidlige tegn på sult.

Kriterier:

- Minst 80 % av premature barn og barn født til termin, har bare fått morsmelk eller bankmelk i løpet av sykehusoppholdet
- Minst 80 % av mødre som på informert grunnlag har bestemt seg for ikke å amme, kan bekrefte at de hadde en samtale med personalet om ulike matemetoder
- Minst 80 % av mødre som har bestemt seg for ikke å amme, kan bekrefte at de hadde en samtale med personalet om hvordan man kan tilberede og oppbevare morsmelkerstatning på en trygg måte.
- Minst 80 % av barn født til termin som har fått morsmelkerstatning, har en medisinsk grunn dokumentert i journalen
- Minst 80 % av premature eller syke barn som ikke har fått mors egen melk, har fått donormelk
- Minst 80 % av mødre til nyfødte som er på nyfødt intensiv avdelingen, kan rapportere at de har fått hjelp til å stimulere/pumpe brystene innen 1-2 timer etter fødselen og til å opprettholde melkeproduksjonen videre

Trinn 7. Gi mor og barn anledning til å være sammen 24 timer i døgnet

Forklaring: Når mor og barn er sammen dag og natt (Rooming-in), er det lett for mor å lære og gjenkjenne tidlige tegn på sult og svare på dem. Dette vil legge til rette for å etablere amming.

Implementering: Føde - barselavdelinger skal gjøre det mulig for mor og barn å være sammen hele døgnet, både etter vaginal fødsel og keisersnitt (sectio), eller fra det tidspunktet hvor mor er i stand til å forholde seg til barnet, og fram til utreise. Helsepersonell må forsikre seg om at barna er trygge. Mor og barn skal bare være adskilt hvis det er en medisinsk grunn. Barselavdelingen skal begrense ulike situasjoner og rutiner som medfører avbrudd i ammingen under barseloppholdet. Dette innebærer en praksis som gjør mor i stand til å amme så ofte og så lenge som hennes barn trenger det. Når en mor ligger på post operativ avdeling etter forløsning og er i stand til å forholde seg til barnet, skal barnet være sammen med henne. Hun vil trenge praktisk hjelp til å få barnet til seg og finne en god amместilling. Rooming-in kan være vanskelig å gjennomføre hvis barnet må flyttes til nyfødtavdelingen.

Hvis premature og/eller syke barn må være på spesialavdeling for behandling og observasjon, må det settes i verk tiltak slik at mor kan være sammen med barnet, og det skal ikke være begrensninger i besøkstiden. Mødre bør ha mulighet til å håndmelke/pumpe ved siden av barnet.

Kriterier:

- Minst 80 % av mødrene til terminbarn kan bekrefte at de har hatt barnet hos seg siden fødselen
- Observasjoner i barselavdelingen bekrefter at minst 80 % av mødre og barn er sammen dag og natt, og hvis ikke, har en medisinsk grunne for å være adskilt
- Minst 80 % av mødrene til premature barn kan bekrefte at de var oppfordret til å være i nærheten av barnet dag og natt

Trinn 8. Veilede mødrene i å kjenne igjen og svare på barnets tegn på sult

Forklaring: Amming innebærer å gjenkjenne og svare på spedbarnets tegn på sult og når det er klart for å die. Selvregulering/amming 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: 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.

Kriterier:

- 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

Trinn 9. Veilede mødrene om mulige ulemper og risiko ved bruk av tåteflaske og smokk, som kan påvirke ammingen

Forklaring: 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: Dersom det er et ammeproblem eller en medisinsk indikasjon for å gi utpumpet brystmelk eller morsmelkerstatning til barn født til termin, kan ulike matemetoder brukes som kopp, skje eller flaske.

Det er viktig at personalet ikke bruker flaskesmokk som en lettvinnt måte å løse et dieproblem/sugeproblem på istedenfor å veilede mor og gjøre henne i stand til å legge barnet til brystet på en riktig måte, slik at det suger effektivt. 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 i avdelingen. Personalet skal heller ikke anbefale bruk av smokker og flaskesmokker, tilsvarende kriteriene for morsmelkerstatning (Trinn 1a WHO koden).

Kriterier:

- Minst 80 % av mødre til premature barn og barn født til termin, skal kunne bekrefte at de har fått informasjon om risikoen ved bruk av tåteflaske og smokk

Trinn 10. Planlegge utreise ved å etablere kontakt med kommunehelsetjenesten, slik at foreldre og deres nyfødte sikres kontinuerlig støtte og hjelp

Forklaring: Mødre trenger vedvarende støtte for å fortsette ammingen. Oppholdet på fødebarselavdelingen 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.

Kriterier:

- Minst 80 % av mødrene til premature - og terminbarn bekrefter at personalet har informert dem om hvor de kan henvende seg for å få ammehjelp etter hjemreise
- Avdelingen kan dokumentere at den samarbeider med kommunehelsetjenesten om barselomsorgen og at det foreligger en samarbeidsavtale