



UiT Norges arktiske universitet

Institutt for helse- og omsorgsfag

En tunge til besvær?

Spesialsykepleieres identifisering og håndtering av ammeproblemer forårsaket av stramt tungebånd

Anne Karoline Isaksen
Masteroppgave i barnesykepleie SYP-3902 mai 2020

Antall ord: 17150

Sammendrag

Bakgrunn

I Norge er det et helsepolitisk mål å beskytte, fremme, og øke forekomsten av amming, slik at mødre ikke skal måtte gi opp amming av årsaker som det kunne vært gjort noe med. Dette prosjektet har til hensikt å undersøke hvordan spesialsykepleiere i en neonatalavdeling identifiserer og håndterer ammeproblemer forårsaket av stramt tungebånd.

Formål

Formålet med prosjekter er å få innsikt i barnesykepleierens egne erfaringer rundt fenomenet. Å øke kunnskapen omkring ammeproblemer og stramt tungebånd, kan gi viktig innsikt og kunnskap om hvordan vi på best mulig måte kan møte mødre der stramt tungebånd bidrar til en vanskelig ammesituasjon. Videre kan ny kunnskap bidra til innsikt i hvilken veiledning og oppfølging som kan bidra til å optimalisere amming og ammeveiledning. Det kan videre øke ammefrekvens- og lengde, hvilket vil virke positivt på folkehelsen nå, og i fremtiden.

Metode

Prosjektet er kvalitativt, med et fenomenologisk hermeneutisk perspektiv som vitenskapsteoretisk forankring. Det ble gjort semistrukturerte individuelle intervju av to barnesykepleiere og en nyfødtsykepleier. Data generert fra intervjuene ble analysert ved hjelp av Kirsti Malteruds modifiserte systematiske tekstkondensering.

Teorigrunnlag

Prosjektet tar utgangspunkt i relevant teori og forskning som belyser amming, ammeveiledning og stramt tungebånd. Kunnskapsbasert praksis og amming i et helsepolitisk perspektiv fungerer som overordnede teoretiske rammer. Søk etter forskning ble gjort i perioden august 2019 til januar 2020 gjennom databaser som PubMed, Cochrane library, Helsebiblioteket og UpToDate.

Resultater og konklusjoner

Spesialsykepleierne representerer en gruppe som arbeider for å beskytte, fremme og øke forekomsten av amming. Dette til tross for kompleksiteten i spesialsykepleierens arbeidshverdag i en neonatalavdeling, hvor livreddende behandling må prioriteres foran ammeproblemer. Spesialsykepleierne har god kompetanse, og arbeider kunnskapsbasert i møte med mødre og barn som opplever ammeproblemer. De har god kompetanse til å identifisere stramt tungebånd, men håndterer ammeproblemer forårsaket av stramt tungebånd ved å henvise problemet til lege, i hensikt at legen skal gjøre noe med det. De arbeider ikke videre med ammeveiledning, til tross for at det anbefales som første tiltak før det skal vurderes behov for tungebåndsklipp. Det kan skyldes at det i dag ikke finnes retningslinjer eller veiledere som definerer hvem det er sitt ansvar å identifisere ammeproblemer forårsaket av stramt tungebånd, samt når og hvordan det skal gjøres og på hvilken måte det skal håndteres.

Abstract

Background

Promoting and encouraging breastfeeding is a stated health policy goal in Norway: the intention is to remove unnecessary barriers to breastfeeding for new mothers. This project aims to investigate how specialty nurses in a neonatal ward identify and manage breastfeeding problems caused by tongue-tie.

Purpose

The purpose of this projects is to gain insight into the pediatric nurse's own experiences about the phenomenon. Increasing knowledge about breastfeeding problems and tongue ties can provide essential insights and knowledge about how we can best meet mothers where tongue ties contribute to a problematic breastfeeding situation. Furthermore, new knowledge can contribute to insight into which guidance and follow-up can help optimize breastfeeding and breastfeeding support. It can further increase breastfeeding frequency and length, which results in a positive effect on public health now, and in the future.

Method

The project is qualitative, with a phenomenological hermeneutic perspective as a scientific theoretical foundation. Semi-structured individual interviews were conducted by two pediatric nurses and one neonatal nurse. Data generated from the interviews were analyzed using Kirsti Malterud's modified systematic text condensation.

Literature

The project is based on relevant theory and research that illuminates breastfeeding, breastfeeding support, and tongue-ties. Evidence based practice and breastfeeding from a health policy perspective serve as an overall theoretical framework. The research was conducted in the period August 2019 to January 2020 through databases such as PubMed, Cochrane library, the Norwegian Health Library and UpToDate.

Results and conclusions

Specialist nurses represent a group that works to protect, promote, and increase the incidence of breastfeeding. This, despite the complexity of the specialist nurse's working day in a neonatal ward, where life-saving treatment must be prioritized over breastfeeding problems. Specialist nurses work evidence based in meeting with mothers and children who experience breastfeeding problems. They have the necessary skills to identify tongue-ties but deal with breastfeeding problems caused by tongue ties by referring the problem to a doctor, with the intention of the doctor to do something about it. They do not continue to work with breastfeeding counseling, although it is recommended that the first measures should be taken before considering the need for tongue-tie release. This may be because today there are no guidelines that define who is responsible for identifying breastfeeding problems caused by tongue ties, as well as when and how to do it, and how to handle it.

Forord

Som for de fleste andre som går i gang med å skrive en masteroppgave, virket det hele som en uoversiktlig, litt kaotisk og ikke minst langvarig prosess. Det kjentes likevel meningsfylt å skulle dykke dypere inn i et interessant fagfelt. Å tråkke inn i et fagfelt hvor det enda er mange aspekter som ikke er forsket nok på, og som fortsatt i dag oppleves kontroversielt, har vært spennende å utforske. Det ble på flere måter vanskelig å finne riktig retning å gå. Likevel ble veien til, gjennom et skritt frem og to tilbake. Et langvarig arbeid, med ny innsikt og lærdom håper og tror jeg vil være nyttig å ta med seg inn i et spennende yrkesliv som stadig er i utvikling.

Det er mange som fortjener en takk for at dette prosjektet har latt seg gjennomføre. En stor takk rettes til de deltakende informantene som har bidratt til refleksjon, kunnskap og en større forståelse, både for tema og for forskningsprosessen i seg selv. Videre vil jeg takke min veileder Inger Danielsen, som har hjulpet meg på riktig vei når jeg har vært i ferd med å spore av, og tråkke inn på gale stier. Takk for at du har engasjert, heiet og oppmuntret meg hele veien! Takk til Ina Landau Aasen og Trine Greve ved Nasjonal kompetansetjeneste for amming for nyttige faglige innspill. Det er også naturlig å takke familie og venner som har heiet på sidelinjen, og hele tiden hatt tro på det arbeidet som har blitt gjort. Det var ingen tvil om at det kunne bli utfordrende å kombinere nesten fulltidsjobb og småbarnslivet med masteroppgaveskriving. Likevel, med mye støtte og omtanke fra den beste heia-gjengen på sidelinja ble det mulig å gjennomføre. Tusen takk!

Anne Karoline Isaksen, april 2020.

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING MED BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.1 PROSJEKTETS PROBLEMSTILLING	2
1.2 AVGRENSNING AV OPPGAVE	3
1.3 BEGREPSAVKLARINGER	3
1.4 OPPGAVENS OPPBYGGING.....	4
2.0 TEORETISK TILNÆRMING	5
2.1 KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS	5
2.2 AMMING	7
2.2.1 Helsepersonells kompetanse i møte med ammeproblemer	8
2.3 AMMING I ET HISTORISK HELSEPOLITISK PERSPEKTIV	9
2.4 STRAMT TUNGEBÅND.....	12
2.4.1 Fremre og bakre tungebånd.....	12
2.4.2 Identifisering og kartlegging	13
2.4.3 Behandling	14
3.0 METODISK TILNÆRMING	15
3.1 FENOMENOLOGISK HERMENEUTISK TILNÆRMING	15
3.1.1 Egen forforståelse	16
3.2 KVALITATIV METODE	16
3.3 PRAKTISK GJENNOMFØRING AV PROSJEKTET.....	17
3.3.1 Utvalg og rekruttering av informanter.....	17
3.3.2 Datainnsamling og intervjuprosessen	18
3.3.3 Transkribering av intervjuene	20
3.3.4 Dataanalyse	21
3.4 METODISKE OVERVEIELSER.....	23
3.5 ETISKE OVERVEIELSER.....	25
3.6 OPPGAVENS KVALITET OG TROVERDIGHET	26
4.0 PRESENTASJON AV FUNN	28
4.1 UTVIKLING AV EN PRAKSIS – EN FELLES FORSTÅELSE FOR STRAMT TUNGEBÅND	28
4.1.1 Amming er et satsningsområde	28
4.1.2 Vi gjør det vi kan, med de forutsetningene vi har	30
4.2 KUNSTEN Å HÅNDTERE AMMEPROBLEMER.....	31
4.2.1 Vi går i dybden ved hjelp av et systematisk ammeobservasjonsskjema	32
4.2.2 Det må jo være vanskelig når den tunga ikke beveger seg sånn som den skal.....	34
4.2.3 Å klippe eller ikke – en tverrfaglig vurdering.....	35
5.0 RESULTATDISKUSJON	37
5.1 AMMING - ET SATSNINGSOMRÅDE	37
5.2 SPESIALSYKEPLEIERNE ER OPPTATT AV LØSE AMMEPROBLEMER	39
5.3 IDENTIFISERING OG HÅNDTERING AV AMMEPROBLEMER FORÅRSAKET AV STRAMT TUNGEBÅND – EN FELLES FORSTÅELSE?	41
6.0 AVSLUTNING	46
LITTERATURLISTE	48
VEDLEGG 1: INVITASJON TIL DELTAKELSE I PROSJEKT OG SAMTYKKESKJEMA	I
VEDLEGG 2: INTERVJUGUIDE.....	IV

1.0 Innledning med bakgrunn for valg av tema

I Norge er det et helsepolitisk mål å beskytte, fremme, og øke forekomsten av amming, slik at mødre ikke skal måtte gi opp ammingen av årsaker som det kunne vært gjort noe med (Departementene, 2017; Helsedirektoratet, 2014; Helsing & Hægkvist, 2008). Til forskjell fra tidligere, er det nå mer kunnskap om morsmelkens egenskaper, herunder hvordan den beskytter barnets helse, og samtidig tjener som ernæring (Departementene, 2017; Victora et al., 2016). En landsomfattende undersøkelse av amming og spedbarns kosthold i 2013 viser at flere norske barn ammes, og de ammes lenge (Helsedirektoratet, 2014). Det kan skyldes at mor-barnforholdet har fått et større fokus. Likevel opplever en stor andel mødre ammeproblemer av ulike årsaker. Det gjør at de i noen tilfeller må avslutte amming tidligere enn selv ønsket (Departementene, 2017; Eide, Heiberg, Helsing, Pape, 2003).

Dette prosjektet har til hensikt å undersøke hvordan spesialsykepleiere i en neonatalavdeling identifiserer og håndterer ammeproblemer forårsaket av stramt tungebånd, og bygger videre på en tidligere godkjent projektskisse av samme forfatter. Som mor til et barn med tidligere stramt tungebånd, og som barnesykepleier i en neonatalavdeling har jeg de siste årene fått en økt interesse for stramme tungebånd. Arbeidet med amming og ammeproblemer er en sentral del av arbeidshverdagen i en neonatalavdeling. Egen erfaring tilsier at ammeveiledning, barnets tilpasning, vekst og modning avhjelper ammeproblemer for mange. Nyfødte med ammeproblemer forårsaket av stramme tungebånd er likevel en gruppe som synes å få varierende behandling. Det er naturlig å tenke at det kan ha konsekvenser for mor, barn, amming og ammefrekvens.

Stramt tungebånd og mulige konsekvenser for mor, barn og amming har de siste årene fått økt fokus i befolkningen og gjennom forskning. I Norge i dag er prevalensen for barn født med stramt tungebånd fortsatt ukjent. Overlege Rønnaug Solberg ved nyfødttmedisinsk seksjon ved sykehuset i Vestfold, har i dag sammen med andre i fagmiljøet rundt stramt tungebånd, et pågående multisenter prevalensstudie hvor nyfødte barn ved tre sykehus i Helse Sør Øst får vurdert tungebåndet i forbindelse med den rutinemessige nyfødtundersøkelsen. Formålet med prosjektet er å undersøke prevalensen av stramt tungebånd i Norge, og i hvor stor grad det er behov for å klippe tungebåndet for å sikre barnets ernæring. Prosjektet ventes ferdig i år 2022

(Samtale med Solberg, nyfødtsmedisinsk seksjon SiV 16. Januar 2020; Universitetet i Oslo, 2019; Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskning, 2018).

Til tross for økt fokus, er det i dag ingen felles konsensus for diagnostisering, behandling og oppfølging ved mistenkt stramt tungebånd (Isaacson, 2019). Bordvik (2016) hevder i en artikkel i Dagens Medisin at helsepersonell har lite kunnskap om dette problemet, som igjen kan medføre at noen barn aldri får diagnosen, og opplever manglende behandling. Norske kvinners sanitetsforening og Nasjonal kompetansetjeneste for amming (NKA) mener også kartlegging, behandling og oppfølging av stramt tungebånd varier. De har i dag et pågående prosjekt som ventes ferdig i år 2021. Prosjektet har til hensikt å øke kunnskapen om stramt tungebånd i Norge som én av årsakene til ammeproblemer og tidlig ammeslutt. Bakgrunn for oppstart av prosjektet var henvendelser og innspill fra mødre og Ammehjelpen (mor til mor organisasjon basert på frivillighet) som tydet på varierende kunnskap i helsetjenesten om stramt tungebånd, og dets betydning for blant annet mor, barn og amming (Stiftelsen Dam, 2018). Dette gjør temaet stramt tungebånd relevant og viktig å utforske.

Selv om ammefrekvensen i Norge i dag er betydelig bedre enn tidligere, arbeides det fortsatt med å fremme amming på bakgrunn av dets positive virkning på folkehelsen (World Health Organization, 2018; Departementene, 2017). Spesialsykepleiere i en neonatalavdeling er i en unik posisjon til å identifisere, kartlegge og håndtere ammeproblemer, også de som forårsakes av stramt tungebånd. Å øke kunnskapen omkring ammeproblemer og stramt tungebånd, kan derfor gi viktig innsikt og kunnskap om hvordan vi på best mulig måte kan møte mødre der stramt tungebånd bidrar til en vanskelig ammesituasjon. Videre kan ny kunnskap bidra til innsikt i hvilken veiledning og oppfølging som kan bidra til å optimalisere amming og ammeveiledning. Det kan videre øke ammefrekvens- og lengde, hvilket vil virke positivt på folkehelsen nå, og i fremtiden. Dette er også i tråd med Barne- og nyfødtsykepleieres ansvars- og funksjonsområder, hvor spesialsykepleiere har et ansvar for å holde seg faglig à jour, og bidra til utvikling av eget fagområde (Sjøbjerg, Brandt & Tunby, 2017; NSF u.å).

1.1 Prosjektets problemstilling

Gjennom dette prosjektet er det ønskelig å undersøke fenomenet «En tunge til besvær?». Følgende problemstilling ble derfor utformet:

Hvordan identifiserer og håndterer spesialsykepleiere i en neonatalavdeling ammeproblemer forårsaket av stramt tungebånd?

For å belyse problemstillingen er kvalitative data samlet inn gjennom intervju av to barnesykepleiere og én nyfødtsykepleier som alle arbeider i en neonatalavdeling. Prosjektet har en fenomenologisk- hermeneutisk tilnærming, hvor Malteruds systematiske tekstkondensering ble benyttet for å analysere, fortolke og tillegge data mening. Problemstillingen vil belyses og besvares gjennom en rød tråd i prosjektets ulike deler.

1.2 Avgrensning av oppgave

Dette prosjektet er ett av få norske prosjekt rundt tematikken. Flere områder og aspekter rundt stramt tungebånd kunne vært relevant og interessant å utforske, som for eksempel hvordan mødre opplever å bli møtt av helsevesenet ved mistanke om stramt tungebånd hos deres spedbarn. Ifølge Tjora (2017) bidrar forskerens faglige tilhørighet til en form for betoning av hva som er forskningsmessig interessant. Egen faglig tilhørighet, og spesialsykepleierens unike mulighet til å oppdage, og å håndtere ammeproblemer og stramt tungebånd, har derfor vært medvirkende til at dette prosjektet har blitt utviklet. Prosjektet avgrenses til spesialsykepleierens erfaringer i arbeidet med ammeproblemer forårsaket av stramt tungebånd.

1.3 Begrepsavklaringer

Prosjektets hensikt er å undersøke erfaringene til spesialsykepleiere i en neonatalavdeling rundt stramt tungebånd, herunder hvordan de identifiserer og håndterer ammeproblemer som følge av dette. Tittelen spesialsykepleiere brukes i denne sammenheng om sykepleiere med videreutdanning og spesialisering innenfor barn 0-18 år og nyfødte fra 0-3 måneder.

Begrepet «erfaring» i dette prosjektet refererer til en opplevelse, hendelse eller situasjon slik det er forstått av den enkelte informant i prosjektet. Dette bygger bro over begrepet «livsverden», hvilket i dette prosjektet refererer til den subjektive, personlige helheten og verden den enkelte informant lever innenfor (Gadamer, 2010).

Barselomsorg omhandler helsepersonell i spesialisthelsetjenestens ansvar for å yte nødvendig og forsvarlig pasientbehandling til nybakte mødre og nyfødte barn til disse utskrives fra

sykehus, og til barselomsorgen overtas av kommunehelsetjenesten. Dette innebærer helsefaglige undersøkelser, rådgivning og veiledning (Helsedirektoratet, 2014).

Mye av litteraturen innenfor teoretisk perspektiv er skrevet på engelsk. Av den grunn er den medisinske termen «ankyloglossia» oversatt til stramt tungebånd, som er et kjent begrep i Norge. Innen medisinsk litteratur brukes begrepene frenotomi og frenoplastikk for å beskrive kirurgisk behandling av stramt tungebånd. I dette prosjektet vil «tungebåndsklipp og «klipp» beskrive de kirurgiske prosedyrene.

1.4 Oppgavens oppbygging

Neste kapittel presenterer relevant forskning og teori som bidrar til å kontekstualisere prosjektet. Kapitlet tar for seg kunnskapsbasert praksis, amming i et historisk helsepolitisk perspektiv, samt generell teori om amming og ammeveiledning. Videre gjøres det rede for stramt tungebånd generelt, og som potensiell årsak til ammeproblemer. Behandling av stramt tungebånd presenteres også. Kapittel 3 tar for seg prosjektets metodiske tilnærming, hvor også et vitenskapsteoretisk perspektiv presenteres. Videre gjøres det rede for egen forforståelse, fremgangsmåte for innsamling av data og analyse. Avslutningsvis i kapittel 3 reflekteres det over metodiske styrker, svakheter og overveielser, samt etiske aspekter og prosjektets kvalitet og troverdighet. Kapittel 4 tar for seg prosjektets funn og analysen av disse. I kapittel 5 diskuteres resultater opp mot forskning og teori. I kapittel 6 følger en kort oppsummering av prosjektets funn, konklusjoner, samt forslag til videre forskning.

2.0 Teoretisk tilnærming

Teoretisk tilnærming presenterer forskning og teori som belyser prosjektets tema og problemstilling. Overordnet anvendes kunnskapsbasert praksis som utgangspunkt for teoretisk tilnærming. Kunnskapsbasert praksis står sentralt i spesialsykepleierens arbeid for å øke kvaliteten på tjenestene som gis til mor og barn i spesialisthelsetjenesten (Bjørk & Solhaug, 2008). På bakgrunn av manglende forskning som treffer problemstillingen konkret, er også annen litteratur inkludert. Det gir muligheten for en større forståelse og innsikt, samtidig som det gir mulighet til å se prosjektets funn i en større sammenheng. Teori og forskning som presenteres gir støtte for videre analyse, drøfting og diskusjon.

Søk etter forskning ble gjort i perioden august 2019 til januar 2020 gjennom databaser som PubMed, Cochrane library, Helsebiblioteket og UpToDate. Søkeord som ble brukt var «Ankyloglossia», «Pediatric nurses experiences AND tongue tie», «Tongue tie», «Breastfeeding problems», «Breastfeeding support AND ankyloglossia» i ulike kombinasjoner. Det finnes mye forskning som omfatter ammeproblemer og stramt tungebånd, enten isolert sett eller i relasjon til hverandre. Det synes likevel å mangle forskning som treffer prosjektets problemstilling konkret. Noen inkluderte studier oppfyller derfor ikke alle kvalitetskrav i henhold til Helsebibliotekets (2016) sjekklister for vurdering av forskningsartikler, men er likevel relevant for prosjektets problemstilling. Det har vært vanskelig å sammenligne studier som omhandler stramt tungebånd på bakgrunn av stor variasjon i studiedesign, kartleggingsverktøy, behandlingsmetoder og langtidsoppfølging. En slik variasjon kan derfor ha hatt betydning for de ulike studiers funn.

2.1 Kunnskapsbasert praksis

Helsevesenet i dag er i stadig utvikling og preges av nye effektivitetskrav, samtidig som helsepersonell står ovenfor flere komplekse pasientsituasjoner. Det medfører faglige utfordringer, hvilket fordrer den enkelte helsearbeider til å holde seg faglig oppdatert, i takt med medisinsk utvikling. Ny kunnskap som kommer på banen, kan endre på det vi tidligere så på som faglig forsvarlig og best praksis. Det krever at helsepersonell i dag må arbeide for kontinuerlig kompetanseheving og faglig utvikling. På den måten kan faget føres fremover, samtidig som kvaliteten på tjenesten økes til det beste for den som mottar helsehjelp (Bjørk & Solhaug, 2008).

En helsetjeneste med av høy kvalitet er viktig for både pasienter, helsetjenesten og helsemyndighetene. For de som arbeider med nybakte mødre og nyfødte handler kvalitetsindikatorer i helsetjenesten særlig om at fellesskapets ressurser skal fordeles likt hos mødre og barn. I tillegg skal tjenestene være virkningsfulle, trygge og sikre. Helsetjenestene skal også være tilgjengelige, samordnet og preget av kontinuitet, samtidig som den skal ivareta mors og barns behov (Helsedirektoratet, 2014, 2019). Klinisk praksis som baseres på pålitelig forskning og brukermedvirkning er viktig for å oppnå disse kvalitetsindikatorerne, og for å sikre god kvalitet i helsetjenesten. Likevel viser det seg at praksis preges av variasjon. Med det menes at det foreligger en avstand mellom best praktisk og det som faktisk gjøres. For å hindre variasjon i praksis, og dermed økt kvalitet på tjenestene som gis, bør det arbeides for å fastlegge hva som er riktig behandling, og sørge for at den riktige behandlingen benyttes. Å arbeide kunnskapsbasert er én måte å bygge bro mellom hva forskning beskriver som best praksis, og hva vi faktisk gjør i klinisk praksis. Et slik arbeid er derfor én av flere måter å arbeide på for å oppnå bedre kvalitet i helsevesenet (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012).

En kunnskapsbasert praksis baseres ifølge Nortvedt et al. (2012) på ulike kunnskapskilder og elementer som må ses i sammenheng med hverandre. Disse kunnskapskildene består av «forskningsbasert kunnskap», «erfaringsbasert kunnskap», «brukerkunnskap og brukermedvirkning» og «kontekst». Sammen utgjør disse en kunnskapsbasert praksis.

Forskningsbasert kunnskap omhandler forskning som tar sikte på bruk, og som kan være veiledere i klinisk praksis. Erfaringsbasert kunnskap er kunnskap som sykepleieren har ervervet gjennom å utøve yrket. Slik kunnskap utvikles gjennom refleksjon av egne erfaringer, og refererer ofte til «skjønn», «taus kunnskap», eller «klinisk blikk». Brukerkunnskap og brukermedvirkning innebærer at pasientens ønsker og individuelle behov skal ivaretas i beslutningsprosesser. Kontekst refererer til det stedet hvor kunnskapsbasert praksis skal implementeres.

I spesialsykepleiers arbeid vil en møte krav om ulik kunnskap i praksis hvor en utfordres til å jobbe kunnskapsbasert for å oppnå best mulig kvalitet i helsetjenesten. Kunnskapsbasert praksis i denne sammenheng handler om spesialsykepleierens evne til å benytte seg av ulike kunnskapskilder i det kliniske arbeidet. Med dette menes det at den enkelte arbeider for å implementere forskningsbasert kunnskap i klinisk praksis, i relasjon til erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap. Slutt målet er at best praksis blir implementert i det kliniske

arbeidet gjennom eksempelvis retningslinjer, verktøy og prosedyrer. Dette tar sikte på å øke tjenestens kvalitet samt forhindre variasjon i klinisk praksis, i den hensikt at pasienten skal få best mulig behandling (Nortvedt et al., 2012; Polit & Beck, 2014; Sjøbjerg, Brandt & Tunby, 2017).

2.2 Amming

For alle pattedyr har amming vært en av de viktigste strategiene for å sikre overlevelse. En nyfødt er avhengig av å få hjelp til å vokse og å utvikle seg. Amming er derfor mat, men også mer enn det. Amming består av en rekke viktige prosesser. Reflekser gjør at det produseres melk, og den nyfødte søker morens bryst for å få i seg livsviktig næring. Mor *ammer* og barnet *dier* (Helsing & Häggkvist, 2008). Disse refleksene, som er delvis utenfor viljens kontroll, bidrar til en rekke fordeler for mor og barn. Morsmelk virker beskyttende mot blant annet flere ulike infeksjoner og krybbedød hos barnet. For mor gir amming blant annet mindre risiko for brystkreft (Victoria et al., 2016). Barnets dietteknikk er avgjørende for at barnet får et godt tak for å kunne die effektivt. For barnet er koordinert suging og svelging viktig, samtidig må også flere anatomiske strukturer være synkronisert under amming, slik som lepper, kinn, tunge og gane. Mors tidligere ammeerfaring og forventninger til amming, helsepersonells kompetanse og mors anatomi spiller også inn (Sundhedsstyrelsen, 2018; Schlatter et al., 2019).

De fleste kvinner ønsker å amme sine barn fra fødselen. De fleste kan også lære seg å amme med hjelp fra kompetent personell (Nasjonalt kompetansetjeneste for amming, 2016). Likevel kan særlige forhold hos mor eller barn, øke risikoen for problemer med amming og tidlig ammeslutt. Dette kan være for eksempel være brystkirurgi, røyking, spiseforstyrrelser, stramt tungebånd, fødselsdepresjon og prematur fødsel for å nevne noen (Sundhedsstyrelsen, 2018; Alquist, 2006). Flere studier viser at ammeproblemer er vanlig. I Ragnhild Alquists (2006) masteroppgave fant hun at 75 % av nybakte mødre opplevde ammeproblemer i barnets første leveuke. I en kvalitativ studie av Chaput, Adair, Nettel-Aguirre, Musto & Tough (2016) fant de at så mange som 60-80 % av alle nybakte mødre opplever ammeproblemer i de første døgnene etter fødsel. Chaput et al. (2016) skriver videre at over 40 % av mødrene som opplever ammeproblemer de første dagene, slutter å amme innen barnet er blitt seks uker gammel. Ammeproblemer oppleves også som stressende for mødre. Det, sett i sammenheng med den høye andelen som opplever ammeproblemer, kan derfor medvirke til at amming opphører tidligere enn hva nasjonale og internasjonale retningslinjer anbefaler (Alquist, 2006; Chaput et al., 2016; Chaput et al., 2015).

2.2.1 Helsepersonells kompetanse i møte med ammeproblemer

Helsepersonells kompetanse om amming, ammeveiledning og ammeobservasjon i møte med mødre som opplever ammeproblemer har betydning for ammefrekvens og lengde. Litteratur og forskning viser at kyndig helsepersonell kan forebygge problemer med amming, og også bidra til at mor opplever egen mestring og fortsetter å amme ved allerede oppståtte ammeproblemer (Helsedirektoratet, 2014; Renfrew, McCormick, Wade, Quinn & Dowswell, 2012; Hansen, 2017; Chaput, Adair, Nettel-Aguirre, Musto & Tough, 2015). I en kvalitativ studie av McLaughlin, Fraser, Young og Keogh (2011) fant de imidlertid varierende kunnskap om amming, ammeproblemer og ammeveiledning hos pediatrike sykepleiere. Pediatrike sykepleiere mente at et korrekt dietak var avgjørende for problemfri amming. Likevel hadde de vansker med å identifisere om barnet hadde et korrekt dietak på mors bryst. Også Chaput et al. (2015) fant noe lignende. Kvinner i deres studie opplevde at ammeveiledning som ble gitt var av varierende kvalitet som følge av manglende kontinuitet, og ulik informasjon som ble gitt av helsepersonell. Funn i disse to studiene kan derfor tyde på varierende kunnskap om amming, ammeproblemer og ammeveiledning, som igjen kan ha betydning for om mor fortsetter å amme (Helsedirektoratet, 2014; Hansen, 2017).

Å være ansatt i en neonatalavdeling vil by på situasjoner hvor det kreves kunnskap om amming, ammeveiledning og ammeproblemer. Barne- og nyfødtsykepleieres ansvars og funksjonsområder innebærer, i tillegg til å kunne bedømme akutte situasjoner og iverksette tiltak i henhold til dette, også å arbeide forebyggende og helsefremmende (Sjøbjerg, Brandt & Tunby, 2017; Norsk sykepleierforbund u.å.). Ammeveiledning vil i så måte være én av flere måter å arbeide forebyggende og helsefremmende på. Mødre som opplever ammeproblemer krever tid, ressurser og tålmodighet fra helsepersonell. I disse tilfeller er profesjonell hjelp, støtte, veiledning og kunnskap viktig for mødre som opplever ammeproblemer. Dette krever kompetente sykepleiere som kan identifisere og håndtere slike situasjoner (Chaput et al., 2015; Alquist, 2006, s. 29).

Studier finner også at mødre vektlegger individualisert ammeveiledning basert på kunnskap og ikke bare erfaringer, i tillegg til emosjonell støtte og sykepleiere som er tilgjengelig for råd, støtte og veiledning (Alquist, 2006; Chaput et al., 2015; Renfrew, McCormick, Wade, Quinn & Dowswell, 2012). Ammeveiledning innebærer å tilby mor praktisk og teoretisk informasjon

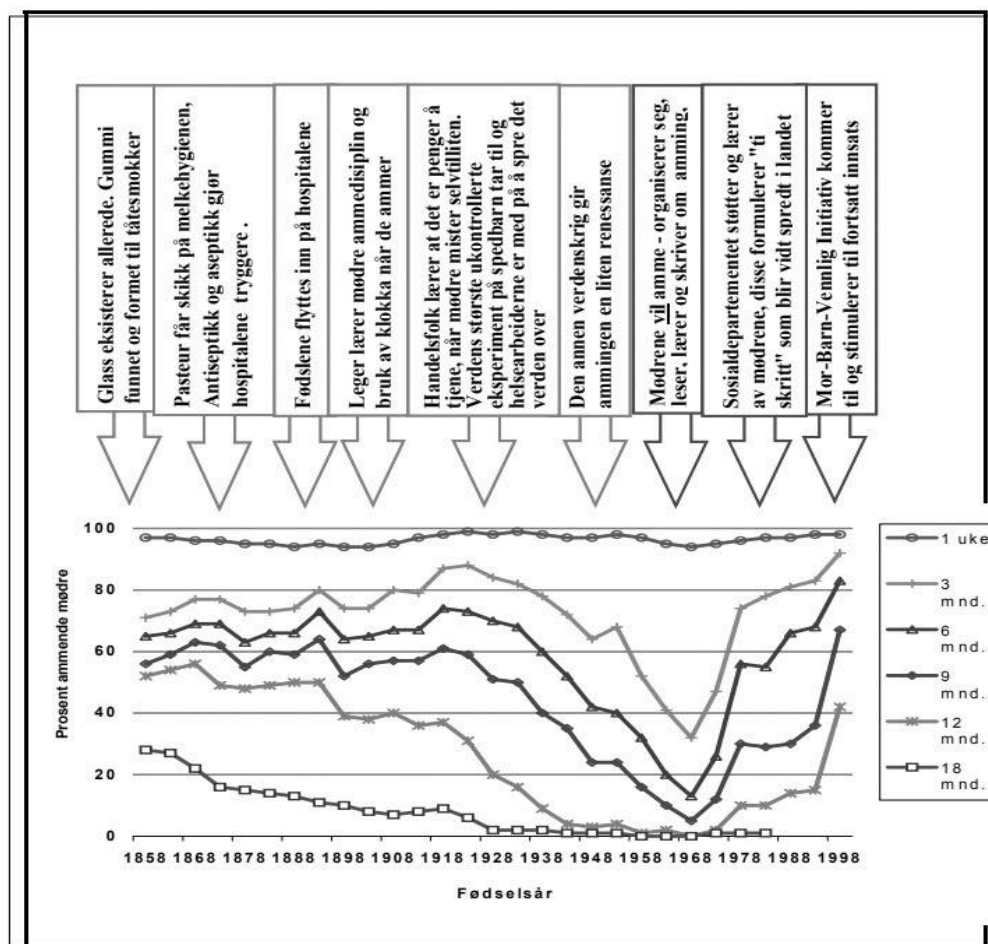
om amming basert på hennes kartlagte aktuelle situasjon og utfordring. Ved ammeproblemer kan ammesituasjonen best evalueres gjennom observasjon og ved å stille konkrete spørsmål (Helsedirektoratet, 2014). Gjennom observasjon og veiledning kan helsepersonell få nyttig informasjon om barnets måte å die på. Det krever at helsepersonell har kunnskap om, og forståelse for det normale ammeforløpet. Det innebærer at helsepersonell som observerer og veileder har kunnskap om ammingens fysiologi, barnets medfødte reflekser, og barnets oppførsel ved brystet (Hansen, 2017; Häggkvist, 2009). Ammeobservasjon sett i sammenheng med mors opplevelse, danner videre grunnlag for å presentere tiltak, og videre ammeveiledning som kan avhjelpe ammeproblemer (Hansen, 2017).

2.3 Amming i et historisk helsepolitisk perspektiv

Som følge av industrialiseringen i perioden 1850-1930 ble det mer vanlig at kvinnene skulle føde på sykehus, i stedet for hjemme. Sykehuset hadde på den tiden ingen tradisjon for å gi mødre råd om amming. De som hadde ansvar for mor og barns helse hadde ofte lite praktisk kunnskap om amming og ammeproblemer, som følge av manglende fokus på amming i lærebøker. Barn ble adskilt fra mor, og lå på egne barnestuer. Den nyfødte skulle ammes til faste klokkeslett gjennom døgnet. Sent på 1800-tallet presenterte forskere ved Harvard universitet i USA funn som visste at morsmelkens sammensetning lett ble påvirket av ukjente faktorer, hvilket fikk mødre til å tro at de ikke var i stand til å produsere melk av tilfredsstillende kvalitet til sine barn. Det medførte en stadig sterkere markedsføring av morsmelkerstatning. På 1930-tallet hadde morsmelkerstatning for alvor fått innpass i vestlige land, også Norge, noe som også påvirket ammetallene negativt (Hansen, 2017; Helsing & Häggkvist, 2008). I 1967 var Norske ammetall historisk lavt, og få barn ble fullammet til tremånedersalderen (Departementene, 2017; Liestøl, Rosenberg & Walløe, 1988). Omlegging av samfunnsstruktur, tidsfaste måltidsrytmer, mor og barn på ulike rom, samt manglende kompetanse om amming blant helsepersonell var flere av årsakene (Hansen, 2017; Rosenberg & Walløe, 1988; Eide, Heiberg, Helsing, Pape, 2003).

Selv om det på 1970-tallet var lav ammefrekvens, snudde den negative ammetrenden i samme tidsperiode. Morsmelkens helsegevinster ble, og blir fortsatt utforsket. Viktigheten av amming både for mor og barn ble etterhvert i større grad anerkjent. I samme tidsrom ble også amnehjelpsgrupper etablert, hvor mødre hjalp hverandre, og klarte å overvinne de uheldige følgene av tidligere tiders manglende kunnskap og dårlig begrunnede ammerådgivning (Eide

et al., 2003, Helsing & Hægkvist, 2008). Den lave ammeforekomsten på verdensbasis var foranledningen til at WHO og UNICEF på 90-tallet lanserte «The Baby-Friendly Hospital Initiativ» i hensikt å fremme amming og nærkontakt mellom mor og barn. Ti trinn for vellykket amming ble utarbeidet, og har i flere land vist seg å ha en målbar effekt på amming (Hansen, 2017). En norsk versjon, mor-barn-vennlig initiativ ble innført ved midten av 1990-tallet i samarbeid med Helsedirektoratet. Målet var at alle mødre skulle ha like muligheter for vellykket amming, og at den nyfødte og mor skulle få være sammen på barsel, og ikke adskilt der barna lå på egne barnestuer (Hansen, 2017; Eide et al., 2003). Dette kombinert med økt kompetanse blant helsepersonell medførte en revolusjon i føde-barselomsorgen, noe som også resulterte i økt ammefrekvens (ibid.).



Figur 1. Ammefrekvens i Norge og noen markante helsehistoriske hendelser. Fra Ammeundersøkelsen år 2000 av Eide et al., 2003.

Norge har således gode ammetall sammenlignet med andre industrialiserte, vestlige land. Det skyldes en investering av tid og ressurser til å fremme amming (Departementene, 2017;

Helsedirektoratet, 2014). Å arbeide for å øke ammefrekvensen nå og i fremtiden, kan bidra til å optimalisere mor og barns helse gjennom de mange helsefordeler morsmelk og amming gir (Victora et al., 2016). Ifølge WHO (2018) kan amming redde livet til over 800.000 barn under fem år, hvert år. Gjennom FNs konvensjon om barnets rettigheter, har mødre også formelt sett rett til å amme sine barn. Barna har også rett til, og skal nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard. Det vil si at spedbarn har rett til å få den artsegnete melken, som i dag regnes som gullstandard. Det fordrer derfor et statlig ansvar å legge til rette for at mor kan amme, og at barnet kan få morsmelk (WHO, 2018; Departementene, 2017; Helsing & Häggkvist, 2008).

En rapport fra Helsetilsynet (2011) for ti år siden visste likevel store variasjoner i innhold og kvalitet på barselomsorgen. Nå som da, reiser mødre ofte hjem før amming er etablert. Den korte liggetiden økte kravene til den kommunale barselomsorgen, som de ikke klarte å imøtekomme i tilstrekkelig grad. Dette bidro til et gap i tidspunktet hvor mor og barn ble skrevet ut fra sykehus, til helsestasjon overtok oppfølging. Dette gapet bidro til at blant annet ammeproblemer ikke tidlig nok ble identifisert og håndtert (Helsetilsynet, 2011). Som et resultat av Helsetilsynets rapport, utarbeidet Helsedirektoratet i 2014 en nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. Formålet med retningslinjen var og er å sikre en trygg og forsvarlig barselomsorg, uavhengig av om mor og barn er hjemme eller på sykehus. Retningslinjen tar sikte på å øke samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, i hensikt å sikre et sammenhengende og helhetlig tilbud i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen (Helsedirektoratet, 2014).

Selv om det er investert tid og ressurser, står vi i dag fremdeles ovenfor flere utfordringer hva gjelder amming og ammefrekvens. Flere medisinske faggrupper er involvert i ulike deler av føde-barselomsorgen og tiden etter, noe som kan medvirke til varierende praksis og motstridende råd overfor mødre, på grunn av manglende samordning. Det igjen kan ha konsekvenser for amming, hvilket gjør det viktig i dag, og i fremtiden å rette økt oppmerksomhet mot amming, ammeproblemer og mor-barn-forhold generelt (Helsedirektoratet, 2014, 2016; Eberhard-Gran, Nordhagen, Heiberg, Bergsjø, Eskild, 2003). Fra regjeringens side ble det i 2017 utviklet en nasjonal handlingsplan for bedre kosthold i perioden 2017-2021. I handlingsplanen vektlegges særlig et behov for å fortsette det viktige arbeidet med å fremme, støtte og beskytte amming for å kunne nå regjeringens mål i 2021 om økt andel spedbarn som ammes og fullammes (Departementene, 2017).

2.4 Stramt tungebånd

Opptil 15 % av nyfødte har medfødt stramt tungebånd. Forskning operer likevel med ulike tall fra 1-15 %, ettersom det mangler en universal, standardisert metode for å identifisere stramt tungebånd (Ghaheri et al., 2017; Fraga, Barreto, Lira, deMendez, 2020; Isaacson, 2019).

Tilbake til 1960-tallet ble tungebånd definert som en tilstand hvor tungetippen ikke kunne strekkes utenfor gommene (Suter & Bornstein, 2009). I dag beskrives stramt tungebånd som en tilstand hvor tungebånd er stramt, kort eller har dårlig mobilitet. Tilstanden kan vise seg tidlig etter fødsel ved at barnet har vansker med å strekke tungen ut, redusert løft av tungen fra munnulv til gane, samt vansker med å bevege tungen fra side til side inne i munnen. Et tungebånd som er stramt, kort eller har dårlig mobilitet kan gjøre det vanskelig for barnet å få et korrekt dietak på mors bryst. Det kan også bidra til dårlig trivsel og redusert melkeoverførsel til barnet, som igjen kan nedsette mors melkeproduksjon og medføre tidlig ammeslutt. For mor kan barnets stramme tungebånd resultere i såre bryster og smertefull amming (O'Shea et al., 2017; Schlatter et al., 2019; Isaacson, 2019). I en studie av Francis, Krisnaswami & McPheeters (2015) fant de at helsepersonell har varierende tro på at stramt tungebånd kan medføre ammeproblemer. Profesjonelle ammehjelpere er de som i størst grad mener at stramt tungebånd kan gjøre det problematisk for barnet å die. Studier finner likevel at mange nyfødte med stramt tungebånd har god nok tungemobilitet til å kunne die problemfritt (Isaacson, 2019). På en annen side finner Schlatter et al. (2019) at mer enn halvparten av nyfødte som diagnostiseres med stramt tungebånd får ammeproblemer, som kan medføre at mødre slutter å amme tidligere enn de selv ønsker (Schlatter et al., 2019; Hill, 2019).

2.4.1 Fremre og bakre tungebånd

I litteraturen refereres det til fremre og bakre tungebånd. Fremre tungebånd er mer synlig og presenterer seg ofte som en «hjerteformet» tunge når barnet forsøker å rekke tungen ut (Helsebiblioteket, 2018). Bakre tungebånd er den bakre delen av samme tungebåndet, men kan være vanskeligere å kartlegge fordi det er festet til midtre eller bakre del av tungens underflate. For å identifisere stramt bakre tungebånd kreves det derfor manuell inspeksjon i barnet munn (O'Shea et al., 2017; Isaacson, 2019). At det er vanskeligere å diagnostisere stramt bakre tungebånd kan ifølge Ghaheri, Cole, Fausel, Chuop & Mace (2017) bety at flere enn man tror er født med stramt tungebånd. I tillegg kan nyfødte med stramt bakre tungebånd ha høyere

risiko for tidlig ammeslutt, som følge av vansker med å diagnostisere en følbart, men likevel ikke synlig tungerestriksjon (ibid.).

2.4.2 Identifisering og kartlegging

For å kartlegge hvorvidt et tungebånd er stramt eller ikke, bør det gjøres vurderinger basert på om barnet klarer å løfte, strekke ut og lateralisere tungen. Dersom barnet ikke klarer dette tilstrekkelig, er det tegn på redusert tungemobilitet. Redusert tungemobilitet gjør det vanskelig for barnet å utøve positivt og negativt trykk, noe som kreves for å kunne die optimalt. Det er likevel ingen signifikant sammenheng mellom tungen utseende og tungen anatomi (Helsebiblioteket, 2018; Helsing & Häggkvist, 2008). Overlege Rønnaug Solberg ved nyfødtdedisinsk seksjon SiV hevder det i dag er mer fokus på tungebåndets funksjon, og ikke bare utseende. Det er derfor ikke tilstrekkelig å diagnostisere bare basert på at tungebåndet «ser stramt ut» (Privat samtale nyfødtdedisinsk seksjon SiV, 16. Januar 2020). Tungen funksjon sett i forhold til hvordan det påvirker barnets ernærings situasjon og mors opplevelse av amming er derfor viktige parametre som det bør tas hensyn til (Baeza et al., 2017). Å identifisere et stramt tungebånd kan i noen tilfeller være lettere sagt enn gjort. Unger, Chetwynd & Costello (2019) finner at helsepersonell ofte identifiserer og håndterer stramt tungebånd basert på egen erfaring, noe som medfører at pasienter blir behandlet ulikt. En av årsakene til dette er manglende fokus og opplæring gjennom utdanning og arbeid, i tillegg til at det i dag ikke finnes en felles konsensus for hvordan identifisere og håndtere stramt tungebånd.

Gjennom forskning er det kommet forslag til flere kartleggingsverktøy som identifiserer stramt tungebånd. Felles for de fleste er at de i varierende grad baserer seg på undersøkelse av tungen anatomi, funksjon, mobilitet og bevegelsesfrihet. Undersøkelsene gir en score som kan indikere hvorvidt barnet har stramt tungebånd eller ikke. Flere av disse graderer tungebåndet i ulike grader, ut ifra om det er fremre eller bakre del av tungebåndet som er stramt, kort eller tykt, samt hvordan tungebåndet påvirker barnets ernærings situasjon (O'Shea et al., 2017). Det er likevel uenighet i hvor god de ulike metodene er i praksis. Dette dreier seg om at de er for tid- og ressurs krevende til å gjennomføre i praksis, og fordi de identifiserer stramt tungebånd ulikt (Unger et al., 2019; Isaacson, 2019; Lysaker, 2018). Hill (2019) skriver at en viktig strategi i møte med mødre som opplever ammeproblemer forårsaket av stramt tungebånd, vil derfor være å utvikle et universelt fungerende kartleggingsverktøy. På den måten kan optimal identifisering, kartlegging, behandling og oppfølging tilbys.

2.4.3 Behandling

Ved vedvarende ammeproblemer tross kyndig ammeveiledning, kan det være behov for å klippe barnets tungebånd, hvor målet er at barnet kan die uten tungerestriksjon (Isaacson, 2019). De vanligste metodene for klipp av tungebånd er frenotomi og frenoplastikk. Ved frenotomi legges klippet til bunnen av tungebåndet, eller gjennom hele segmentet frem til en blottlegging av genioglossusmuskelen. På den måten kan en oppnå frigjøring av tungens fremre del. Klipp gjennom hele segmentet frem til en blottlegging av genioglossus gjøres for å oppnå total frigjøring av tunga, og omtales som et «fullstendig klipp». Ved frenoplastikk klippes også hele segmentet frem til blottlegging av genioglossusmuskelen, i tillegg til at såret blir suturert etterpå (Isaacson, 2019; Lysaker, 2018). For de fleste barna er klipp av tungebånd uproblematisk å gjennomgå fordi det gir lite ubehag, og sjeldent gir komplikasjoner (Isaacson, 2019). Anne Mette Hofstad referert i en artikkel i tidsskriftet Sykepleien (2019) hevder mange barn har god effekt av klipp av tungebåndets fremre del, selv om det ikke anses som et fullstendig klipp. Likevel viser forskning at klipp av barnets fremre tungebånd ikke alltid er tilstrekkelig, fordi det ikke klippes *nok* til at barnet kan die tilfredsstillende. Hos barn med vedvarende ammeproblemer i etterkant av klipp av tungebåndets fremre del, kan det være nødvendig å gjøre et fullstendig klipp (Ghaheri, Cole & Mace, 2018). Mindre tungerestriksjon gir barnet bedre tak på mors bryst, og gjør det mindre smertefullt for mor å amme. Det kan også øke mengde melkeoverføring fra mor til barn (Webb, Hao & Hong, 2013). Det er likevel vanskelig å fastslå om forbedring av ammeproblemer på lang sikt skyldes ammeveiledning, barnets naturlige modning, eller om det skyldes tungebåndsklipp. Dette fordi det mangler studier med langtidsoppfølging, samt randomiserte studier på grunn av etiske hensyn (Isaacson, 2019; O'Shea et al., 2017). I etterkant av klipp er det i senere tid foreslått tøyøvelser av tunga for å forhindre gjengroing slik at ammeproblemer gjenoppstår. Ifølge Srinivasan et al. (2019) er det så langt ikke bekreftet med evidens at tøyøvelser motvirker gjengroing.

3.0 Metodisk tilnærming

I dette kapittelet vil prosjektets vitenskapsteoretiske forankring presenteres. Det vil gjøres rede for metodiske valg, herunder også metodiske overveielser. Deretter følger en redegjørelse for praktisk gjennomførelse av prosjektet, herunder utvalg, framgangsmåte for datainnsamling og analyse av data. Videre gjøres det rede for etiske aspekter ved prosjektet. Til slutt gjøres det rede for prosjektets gyldighet, pålitelighet og generaliserbarhet.

3.1 Fenomenologisk hermeneutisk tilnærming

Prosjektet har en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Det ønskes å få frem kunnskap og erfaringer om fenomenet stramt tungebånd slik spesialsykepleieren erfarer det (Aadland, 2011). Dette vil spesielt vise seg gjennom datainnsamling og analyse. Her vil informantenes erfaringer og meninger komme frem gjennom semistrukturerte intervju i samtaleform, hvor informanten har fått styre fokus, og hvor jeg har fulgt opp tilsvar i henhold til intervjuguiden. For å forstå fenomenet ytterligere vil det i tillegg til å beskrive det, være nødvendig å fortolke dette. En slik fortolkende fenomenologi kalles hermeneutikk og beskriver den fortolkende prosess som et sirkulært forhold – den hermeneutiske sirkel – der en forstår helheten i en tekst, for eksempel i et transkribert intervju, i forhold til delene og tekstens deler i forhold til helheten (Polit og Beck 2014, s. 271). På den måten kan den enkelte del forstås ut fra helheten, og helheten forstås ut fra de enkelte delene. I dette prosjektet omhandler det en menneskelig formet virkelighet, hvor hermeneutikken er nyttig for å forstå virkeligheten, slik den oppleves for den enkelte. Fenomenologiens ideal om åpenhet ivaretas også på den måten, slik at fenomenet kan fremstå som det det er, med sine særegenheter (Aadland, 2011).

I fortolkninger er det viktig å være bevisst på egen forforståelse, og hvordan den påvirker prosjektet. Forskerens forforståelse, i relasjon med informantens forståelse og data som samles inn, kan være avgjørende for å tilegne seg en større forståelse og ny kunnskap. Samtidig kan forforståelsen være til hinder for å se noe nytt (Malterud, 2017). Slik kan egen forforståelse både åpne opp for å forstå et fenomen bedre og utvikle ny kunnskap, men dessverre også hindre at ny kunnskap utvikles. Egen forforståelse i dette prosjektet, i relasjon til tidligere erfaringer, forskning- og litteratur, i møte med spesialsykepleieres erfaring, har satt fenomenet i nytt lys. Nye erfaringer, ideer og ny kunnskap gjennom prosjektet har også bidratt til en annen forståelse av fenomenet. På den måten kan prosjektet bidra til at andre med sin forforståelse, og i relasjon

til ny kunnskap som kommer frem gjennom prosjektet, få en større helhetsforståelse for fenomenet. Egen forforståelse gjøres rede for i neste delkapittel.

3.1.1 Egen forforståelse

Forforståelsen kan ses på som forskerens ryggsekk med verdier, holdninger, tidligere erfaringer og fordommer (Malterud, 2017). Til tross for forsøk på å være objektiv, hevder Gadamer (2010) at forskeren likevel påvirkes av egen forforståelse. Som barnesykepleier med erfaring fra neonatalavdeling, og som mamma til en gutt med tidligere stramt tungebånd, vil egen forforståelse være ulik fra andres. Min forforståelse kan derfor ha vært både en styrke og en svakhet gjennom prosjektets ulike deler. Egen erfaring fra feltet som mor og som barnesykepleier, muliggjør en slags dobbelkompetanse. For meg oppleves det som en styrke å ha stått på begge sider i møte med ammende mødre som opplever ammeutfordringer. Det har gjort det enklere å sette seg inn i- og å identifisere seg med deres situasjon. Samtidig har det ikke vært et mål, eller egen motivasjon å få bekreftet egen forutinntatthet. Det har derfor vært viktig å forsøke å innhente erfaringer og meninger som er ulike mine. Av den grunn har det vært viktig å være bevisst på hvordan egen forforståelse har kunnet påvirket prosjektet i dets ulike delers. Egen forforståelse vil likevel vise seg gjennom prosjektets ulike deler, slik som Malterud (2017) hevder at forskeren alltid vil sette spor i eget arbeid. Slik vil derfor valg av tema, utvikling av problemstilling, spørsmål som ble stilt til informanter i intervju, og hvilke forskningsfunn som ble inkludert, kunne være påvirket av min forforståelse. Samtidig vil min forforståelse være ulik andres, hvilket gjør at mine forskningsresultater kan være annerledes enn andres, avhengig av deres forforståelse og vinkling av prosjektet. På bakgrunn av dette vil det kritisk reflekteres over fremgangsmåte og valg som er tatt underveis, og ikke minst over resultatene som har kommet frem. Det er derfor gjort rede for fremgangsmåte og tenkning gjennom prosjektets ulike deler. Dette i hensikt å sikre prosjektets gyldighet og pålitelig, og for å gjøre prosessen så transparent som mulig. Slik ivaretas også fenomenologiens ideal om åpenhet (Malterud 2017; Aadland 2011).

3.2 Kvalitativ metode

For å undersøke fenomenet stramt tungebånd og hvordan spesialsykepleiere i en neonatalavdeling identifiserer og håndterer ammeproblemer forårsaket av stramt tungebånd ble en kvalitativ tilnærming hensiktsmessig. Spesialsykepleieres erfaringer ble utforsket gjennom semistrukturerte intervju av to barnesykepleiere og en nyfødtsykepleier. Deres erfaringer i

relasjon til den hermeneutiske sirkel, bidro til en dypere og større forståelse av fenomenet. Dette gjøres nærmere rede for i de neste delkapitlene.

Gjennom dette prosjektet er Malterud (2017) og Tjora (2017) brukt som metodisk referanseramme. Malterud vil i større grad vise seg gjennom prosjektets ulike deler. Hennes analysemetode har ligget til grunn fra utvelgelsesprosess til analyse, hvor systematisk tekstkondensering ble benyttet for å analysere data.

3.3 Praktisk gjennomføring av prosjektet

I de neste delkapitlene gjøres det rede for praktisk fremgangsmåte og gjennomføring av prosjektet. Prosjektets utvalg, og på hvilken måte disse er rekruttert, presenteres. Det gjøres videre rede for datainnsamling og intervjuprosessen. Deretter forklares det videre hvordan transkribering og dataanalyse ble gjort. Avslutningsvis gjøres det rede for prosjektets etiske overveielser samt aspekter rundt prosjektets kvalitet og troverdighet.

3.3.1 Utvalg og rekruttering av informanter

Det ble gjort et strategisk utvalg av informanter for å sikre at de hadde relevante kvalifikasjoner og god nok informasjonsstyrke til å besvare problemstillingen (Malterud, 2017). Det var ønskelig å rekruttere informanter fra et annet sykehus og avdeling enn hvor jeg er tilhørende. Dette for at informantene skulle være ukjente, og uten å ha et kollegialt forhold til meg på forhånd. Tanken bak var at data skulle kunne fremtre så åpent og objektivt som mulig gjennom intervju.

Rekruttering av informanter ble gjort i perioden desember 2019 til januar 2020. Det ble opprettet kontakt med avdelingsledelsen på en neonatalavdeling hvor det behandles syke nyfødte og premature fra uke 28. Avdelingen arbeider i tillegg til å behandle syke nyfødte og premature, med å sikre barnet best mulig normal vekst og utvikling. Det hevdes at barn har forutsetninger for å kunne søke, og få tak om mors bryst fra gestasjonsuke 28, og kan mestre gjentatte, lengre dieperioder fra uke 32 (Häggkvist, 2009). Det var derfor rimelig å forvente at spesialsykepleiere i avdelingen arbeidet mye med amming- og ammeveiledning, og av den grunn hadde kjennskap til stramt tungebånd.

Ledelsen ble forespurt tilgang til forskningsfelt gjennom informasjonsskriv som beskrev prosjektets hensikt, mål og fremgangsmåte, inklusjonskriterier for utvalget, og den enkeltes rettigheter før, underveis og i etterkant av prosjektet. Videre ble det påpekt at intervju skulle forsøkes tilpasses drift og den enkelte informants ønske om tid og sted. Ledelsen var positive til prosjektet, og bidro til å rekruttere to barnesykepleiere til intervju. Disse oppfylte følgende inklusjonskriterier som i forkant var satt: «Barnesykepleiere med erfaring innen ammeveiledning av mødre som har opplevd ammeutfordringer» og «Kjennskap til stramt tungebånd som mulig årsak til ammeproblemer». Inklusjonskriteriene var utarbeidet for å sikre at problemstillingen kunne besvares. Samme dag ble jeg kjent med at også nyfødtsykepleiere arbeidet i avdelingen. Etter refleksjon åpnet jeg for at også de kunne intervjues. Dette fordi barne- og nyfødtsykepleiere har mange like ansvars- og funksjonsbeskrivelser i møte med mor og barn i neonatalavdelinger. At nyfødtsykepleiere i utgangspunktet ikke var med i inklusjonskriteriene for intervju kan dermed ha bidratt til vanskeligere rekruttering. Én nyfødtsykepleier stilte opp til intervju. Alle informanter hadde mer enn fem års erfaring med amming og ammeproblematikk i neonatalavdeling.

3.3.2 Datainnsamling og intervjuprosessen

I forkant av intervju ble det lest relevant fag- og forskningslitteratur. Slik fikk jeg forhåndskunnskap, samtidig som det ga inntrykk av hva som var mye og lite vektlagt innenfor tema i fag- og forskningslitteratur. Det gjorde det enklere å utforme relevante spørsmål som kunne bidra til å besvare prosjektets problemstilling.

Data ble som nevnt samlet inn gjennom semistrukturerte dybdeintervjuer av to barnesykepleiere og en nyfødtsykepleier. På den måten fikk jeg mulighet innsikt i, og muligheten til å forstå informantenes egne opplevelser og erfaringer, og på hvilken måte den enkelte reflekterte rundt det (Tjora, 2017).

I forkant av intervju ble det utarbeidet en intervjuguide (vedlegg 2) som skulle benyttes som et arbeidsverktøy. Intervjuguiden bidro til en mer fokusert samtale, slik at informantenes perspektiver omkring de enkelte temaene kom frem (Malterud, 2017). Guiden hadde overordnede temaer med tilhørende spørsmål, som sikkerhet i tilfellet den enkelte ikke snakket like fritt. Det bidro til å sikre at data som ble samlet inn, kunne benyttes til å belyse prosjektets problemstilling.

Til tross for noe forhåndskunnskap, er det naturlig å erkjenne at jeg ikke har dybdekompetanse på området. Det ble derfor naturlig å ha en uformell, men samtidig strukturert samtale, med rom for flere aspekter enn det som i utgangspunktet var tenkt. På den måten kunne også egen forforståelse settes til side, uten at utarbeidede spørsmål ble farget av dette. Slik kunne jeg møte fenomenet så fordomsfritt og intuitivt som mulig (Aadland, 2011). For å ivareta fenomenologiens ideal om åpenhet, var alle spørsmålene relativt åpne. Noen informanter snakket mer fritt enn andre. For én av informantene ble det behov for en mer strukturert samtale, med flere spørsmål og oppfølgingsspørsmål.

I forkant av intervju ble det gjort testintervju med en medstudent. Slik ble teknisk utstyr utprøvd i forkant, samtidig som det muliggjorde nyttige tilbakemeldinger på hvordan intervju spørsmålene fungerte rent praktisk. Tilbakemeldingene medførte små justeringer i intervjuguiden for bedre flyt i samtalen, og mer fokus på viktige temaer. Intervjuguiden ble også revidert på nytt etter første intervju, ettersom informantens erfaringer ga mer kunnskap om hvor fokuset for intervjuet burde være. Enkelte spørsmål opplevdes som upresise fra min side, hvilket bidro til data som ikke var like relevant for prosjektets problemstilling. Av den grunn presiserte jeg enkelte spørsmål i intervjuguiden i forkant av neste intervju. Slik forsøkte jeg å sikre at informantene forstod hva jeg forsøkte å formidle gjennom spørsmålene som ble stilt.

Intervjuene fant sted på informantens arbeidsplass i januar 2020. For å unngå en stiv og formell samtale, ble det snakket litt løst og fast før selve intervjuet fant sted. Det virket som det hjalp informantene med å bli fortrolig med situasjon. Samtalen dreides etter hvert inn på hensikten med prosjektet, den enkeltes rettigheter, og hvilke beskrivelser som var ønskelig. På den måten fastsatte det en slags ramme rundt intervjuet, som igjen kan bidra til at den enkelte kan åpne seg og fortelle mer fritt (Tjora, 2017). I et av intervjuene måtte informanten besvare en telefonoppringning. Det medførte en viss avsporing fra intervjuet. Det var likevel ikke vanskelig å starte opp igjen på samme sted som vi slapp. De øvrige intervjuene forløp uten forstyrrelser. I etterkant ble det gjort en kort debriefing hvor spesialsykepleierne fikk dele sine opplevelser av intervjuet. De fikk også tilbud om å ta kontakt dersom de satt inne med tanker, reaksjoner eller spørsmål som de hadde behov for å snakke om.

Det ble tatt notater underveis i intervjuene. Disse ble like etter sammenfattet sammen med egen opplevelse av intervjuet. Her ble tanker om egen og informantenes rolle, og generelt om hvordan intervjuet forløp skrevet ned. Det ga nyttige refleksjoner i forkant av de neste intervjuene. Alle intervju ble tatt opp med digital lydopptaker, som ikke syntes å være hemmende eller til bry for informantene. Lydfilene ble ført over på passordbeskyttet ekstern skylagringstjeneste og deretter slettet fra lydopptakeren. Hvert av intervjuene varte mellom 31 og 41 minutter. Selv om det var forholdsvis korte intervju, opplevde jeg at det ble nok tid for informantene til å kunne reflektere over egne erfaringer omkring tema.

3.3.3 Transkribering av intervjuene

For å gjøre innsamlet data tilgjengelig for analyse ble alle intervjuene transkribert selv. På den måten ble det lettere å huske situasjonen og kroppsspråket. En fordel med det kan være at man unngår å miste for mye mening og informasjon (Tjora, 2017; Malterud, 2017). Det ble likevel tidkrevende, men ga rom for nyttige ettertanker og ideer i analysefasen.

Intervjuene ble transkribert så snart som mulig etter intervjuets slutt, for ikke å blande sammen de ulike informantene og settingen for intervjuet. Transkripsjon ga en grov oversikt over hvorvidt intervjuet medførte innholdsrike og relevante svar fra informantene. Intervjuene ble forsøkt transkribert ordrett. Periodevis kan partier hvor vi snakket i munnen på hverandre likevel utgjøre en trussel for prosjektets gyldighet og pålitelighet. Hva som ble hørt på lydopptak, kan også ha påvirket måten å transkribere på, noe som kan gjøre at en annen forsker kunne ha transkribert samme intervju annerledes. For å kvalitetssikre dette kunne en annen ha transkribert samme intervju, men på bakgrunn av prosjektets tidsramme ble dette vanskelig å få til. Likevel har det vært forsøkt å transkribere på en slik måte at pålitelighet og gyldighet ble sikret tilstrekkelig for videre analyse. Dette innebærer at det ble forsøkt å transkribere på en slik måte at den enkeltes tanker og erfaringer ble ivaretatt lojalt, slik de ble formidlet i intervjuene (Malterud, 2017). Intervjuene ble skrevet ned på bokmål for å hindre at informantene kunne bli gjenkjent med tanke på dialekt. Latter, sukk, stønn og pauser ble også tatt med i transkripsjonene. Jeg valgte derimot å unnlate mine «bekreftelser» på informantens utsagn, som «ja, nei, ikke sant» og lignende ord. Slik fremstod transkripsjonene mindre oppstykket og rotete. I etterkant av transkripsjon ble identifiserbare personopplysninger slettet for å sikre informantens anonymitet. Informantene fikk tildelt pseudonymer for enklere å kunne skille mellom de ulike intervjuene når analyseprosessen ble igangsatt (Malterud, 2017).

3.3.4 Dataanalyse

Med utgangspunkt i prosjektet fenomenologisk-hermeneutisk perspektiv var det ønskelig med en analysestrategi som kunne besvare prosjektets problemstilling, og som samtidig belyste informantenes fremstilling av fenomenet, slik de formidlet det i intervjuene. Fenomenologien og kvalitative metoder er opptatt av å ikke kategorisere, samt av åpenhet (Jacobsen, 2015). Likevel er det viktig med en analysemetode som kan tilføre *noe*, for å få ny innsikt i en situasjon eller fenomen (ibid.). På den måten jobber man også i analysedelen systematisk gjennom Gadammers hermeneutiske sirkel, hvor man hele tiden veksler mellom deler og helheten. Den hermeneutiske sirkel er gjort rede for i kapittel 3.1.

Datamateriale ble analysert gjennom Malteruds (2017) modifiserte systematiske tekstkondensering inspirert av Giorgi. Ifølge Malterud egner analysestrategien seg til deskriptiv tverrgående analyse av fenomener. Den bidro til å tidlig kunne ta stilling til hvilke deler av råmaterialet som var viktig å konsentrere seg om, dekontekstualisere, arbeide videre med, og etter hvert rekontekstualisere. Slik ble det mulig å bevare forbindelseslinjen til feltet og informantenes livsverden. Samtidig ga det muligheten til å se enkeltdeler av teksten i nytt lys av den helheten som etter hvert ble dannet, noe som bidro til en større forståelse for helheten og enkeltdelene, slik som i den hermeneutiske sirkel (Malterud, 2017). I påfølgende avsnitt gjøres det rede for de ulike trinnene dette prosjektets datamateriale gjennomgikk.

Tabell 1. Trinnvis oversikt over analysen.

TRINN 1 Helhetsinntrykk Fra villnis til foreløpige temaer	TRINN 2 Meningsbærende enheter Foreløpige temaer til kodegrupper og sortering		TRINN 3 Kondensering Kodegrupper til abstrahert meningsinnhold		TRINN 4 Syntese Kondensering til beskrivelser, begreper og resultater	
Foreløpige temaer	Kodegrupper	Meningsbærende enheter	Subgruppe	Kondensat	Syntese	Ny overskrift
Et stort fokus på amming i avdelingen	Utvikling av en praksis – en felles forståelse for stramt tungeband	«Vi har såpass store barn sånn for at.. det skal liksom fungere før de reiser hjem, så er det jo veldig mye av jobben vår, det med ernæring og få de til å spise.» «Det er litt sånn med vår kultur i avdelingen og det må ammingen, det må holdes litt sånn varmt, liksom at det må være en gjenganger på våre fagdager, fordi vi er en avdeling hvor man på en måte ikke bare kan stå med respiratorpasienter og de aller, aller dårligste. For de flere av pasientene her er i spisetreningsfase, så amming må vi ha stor bevissthet på.»	Amming høyt i fokus	I vår avdeling behandler vi ganske store barn, slik at mye av jobben vår omhandler ernæring og det å få barnet til å spise. Det innebærer også at de fleste av pasientene våre er i en spisetreningsfase. Det betyr at amming er et tema vi er bevisst på, for vi kan ikke bare stå med respiratorpasientene og de aller, aller sykeste. Amming og ammeveiledning er derfor en veldig sentral del av det vi driver med, og amming blir holdt høyt oppe faglig i avdelingen.	Informantene arbeidet i en avdeling hvor fagutvikling var viktig. Informantene trakk i stor grad frem amming som et tema som sto høyt i fokus. En av årsakene til dette var at en stor del av jobben omhandlet ernæring, og det å få barnet til å spise selv, ettersom de ikke bare jobbet med de aller sykeste. Det kom videre frem at de fleste barna som er innlagt eller innlegges, er i en aktiv spisetreningsfase.	Amming er et satsningsområde

I første trinn: Helhetsinntrykk – fra villnis til foreløpige temaer ble transkripsjoner gjennomlest for å danne et helhetsinntrykk. Teoretisk referanseramme og egen forforståelse ble forsøkt satt i parentes. Ut ifra helhetsinntrykket disse ga, kom jeg frem til flere foreløpige temaer. Disse var «Et stort fokus på amming», «Økt fokus på stramt tungebånd», «Samarbeid mellom ulike profesjoner» og «En travel hverdag kan gi utfordringer». Veileder gjennomleste også transkripsjonene. Sammen reflekterte vi over foreløpige temaer, som ble raffinert og redusert til to kodegrupper: «Utvikling av en praksis – en felles forståelse for stramt tungebånd» og «Kunsten å håndtere ammeproblemer». Kodegruppene fikk således et mer passende navn med hensyn til problemstillingen.

I trinn 2: Meningsbærende enheter – fra foreløpige temaer til kodegrupper og sortering

I dette trinnet ble meningsbærende enheter fra transkripsjonene sortert i kodegruppene fra første trinn. Meningsbærende enheter som kunne knyttes opp mot prosjektets problemstilling og kodegruppene, ble markert og sortert. Flere meningsbærende enheter ble kodet dobbelt. Ved nærmere gjennomgang av disse, var tekstdeler av de meningsbærende enhetene mer passende i motsatt kodegruppe. I sorteringsarbeidet var både problemstilling, kodegrupper og teoretisk referanseramme med i tankene. Slik ble det mulig å sjalte ut meningsbærende enheter som skilte seg vesentlig ut. Disse ble lagt til siden foreløpig. Underveis i den analytiske prosessen ble noen av disse sortert i en annen kodegruppe, og deretter videre i subgruppe i trinn 3.

I trinn 3: Kondensering – fra kode til abstrahert meningsinnhold

var målet å sammenfatte den kunnskapen som hver av de meningsbærende enhetene representerte under de ulike kodegruppene. Etter sortering i kodegrupper, ble relevante subgrupper dannet for videre analysearbeid. Underveis i prosessen ble flere subgrupper raffinert og redusert. I kodegruppen «utvikling av en praksis...» ble antall subgrupper redusert fra fire til to. «Kunsten å håndtere ammeproblemer» endte opp med tre subgrupper istedenfor fem etter hvert som analysearbeidet gikk videre. Flere subgrupper ble slått sammen fordi flere meningsbærende enheter i subgruppen ble kodet dobbelt. Eksempel: I kodegruppa «utvikling av en praksis...» ble subgruppene «ammings høyt i fokus» og «et samarbeid mellom ulike profesjoner, mødre og barn» slått sammen, ettersom den første subgruppen også representerer «et samarbeid mellom ulike profesjoner, mødre og barn». Den analytiske prosessen var således ikke lineær. Slike justeringer, samt justeringer av navn på kodegrupper og subgrupper ble gjort flere ganger etter hvert som jeg fikk større og dypere forståelse for datamaterialet, slik som i den hermeneutiske sirkel. Det ble så dannet et kondensat i jeg-form til hver av de meningsbærende enhetene under

hver enkelt subgruppe. Dette i hensikt å sammenfatte kunnskapen som de meningsbærende enhetene i subgruppen representerte. Gullsitater ble identifisert for å illustrere kondensatene. Før neste trinn ble originaltranskripsjonene nok en gang lest, for å være sikker på at jeg ikke hadde utelatt viktige meningsbærende enheter fra teksten, etterhvert som jeg fikk ny forståelse for hva datamaterialet omhandlet.

I trinn 4: Fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater ble de ulike delene av teksten rekontekstualisert gjennom en analytisk tekst i tredje-person, for å gjenfortelle prosjektets funn. Jeg forsøkte å være mest mulig lojal ovenfor informantene. Av den grunn ble en original transkripsjon et viktig hjelpemiddel for å vurdere at teksten ikke var ulik sin opprinnelige sammenheng. Den analytiske teksten ble til gjennom de meningsbærende enhetene under hver subgruppe, i tillegg til at gullsitater ble benyttet for å eksemplifisere og nyansere teksten. Hensikten var å formidle hvordan en utvalgt side av datamaterialet kunne belyse prosjektets problemstilling, samt og for å formidle de ulike delene av prosjektets funn. Videre ble den analytiske teksten bearbeidet og sortert for et mer sammenhengende og ryddig resultat. Helt til slutt ble de ulike kodegruppene tildelt et navn som sammenfattede det viktigste funnet i det påfølgende avsnittet.

Analysen vil naturligvis være farget av min forforståelse, da egne livserfaringer har formet meg som person og på hvilken måte jeg tolker. Analysen vil også være et resultat av den foregående transkripsjonen, slik det er redegjort for i forrige delkapittel. Det har likevel vært forsøkt å stille med åpent sinn, og la egen forforståelse hvile i bakkant under arbeidet. Redegjørelse for egen forforståelse finnes i kapittel 3.1.1. Jeg har videre forsøkt å være lojal mot informantenes stemmer, ved å fremstille funn på en slik måte jeg tolket at informantene formidlet budskapene. Det er likevel naturlig å påpeke at analyse og funnene representerer fellestrekk med ulike variasjoner fra informantene. Eksempler og sitater er brukt for å illustrere ulike nyanser i den analytiske teksten, i tråd med Malteruds (2017) systematiske tekstkondensering.

3.4 Metodiske overveielser

Kvalitative metoder er gunstig når informantenes egne subjektive erfaringer skal fanges opp (Tjora, 2017; Malterud, 2017). Kvantitativ metode kunne derimot bidratt til mer generaliserbare resultater på grunn av flere deltakere over et større geografisk område. Dette prosjektet har få informanter. Resultatene er derfor ikke generaliserbare. Likevel kan funnene være overførbare til andre som arbeider med stramt tungebånd.

Forskning som omhandler stramt tungebånd bærer preg av uenighet og manglende retningslinjer for kartlegging, diagnostisering og oppfølging (Isaacson, 2019). Kvalitativ metode kan derfor åpne for forskning på områder hvor kunnskapsgrunnlaget i utgangspunktet er tynt (Malterud, 2017). Fordi det mangler forskning som treffer problemstillingen konkret, var det ikke mulig å gjøre en litteraturstudie. Sett i lys av dette, kan dette prosjektet være relevant og et nyttig bidrag, ettersom spesialsykepleieres erfaring relatert til fenomenet, i liten grad er utforsket. Samtidig åpner det for muligheten til et innblikk i barne- og nyfødtsykepleieres erfaringer knyttet til fenomenet, hvilket kan bidra til dypere forståelse av tematikken, videreutvikling og forbedring av gjeldende praksis. På bakgrunn av prosjektets problemstilling ble derfor kvalitativ metode et naturlig valg.

For å få et rikt datamateriale ble det gjort et strategisk utvalg av informanter. Hensikten var at de skulle generere data for å besvare problemstillingen, og for å få økt forståelse for fenomenet. Det ble vanskeligere å få til enn forventet, fordi få meldte seg. En plan B var å velge et bekvemmelighetsutfall. Dette kunne påvirke prosjektet på resultatnivå, hvis ikke informantene hadde tilstrekkelig erfaring med tematikken (Malterud, 2017). Et annet aspekt ved utvalget er utvalgets størrelse. I prosjektet er det som nevnt få informanter. Det gjør at det er naturlig å stille spørsmål om hvorvidt disse har bidratt til tilstrekkelig data, som både er rikelig og nyansert nok til videre transkripsjon og analyse. Til tross for få informanter, hadde disse god informasjonsstyrke, og genererte innholdsrik, relevant data. Jeg var likevel åpen for at etter hvert som funn ble skrevet frem, kunne bli behov for å intervju ytterligere informanter for å sikre rikt nok materiale. Fordelen med å intervju få, var at datamaterialet ikke ble for omfattende å håndtere. Det gjorde at transkripsjon og analyse kunne utføres nøye og grundig nok med hensyn til prosjektets størrelse, tidsramme og ønsket kvalitet.

Intervjuspørsmålene var åpne, men likevel fokusert. Det var nødvendig å benytte intervjuguide for å unngå for mye ustrukturert, komplekst materiale til videre transkripsjon og analyse. Intervjuguiden (vedlegg 2) medførte derfor en viss grad av strukturering av intervjuene. Som nevnt tidligere i kapittel 3.3.2, hadde én av informantene behov for flere spørsmål og oppfølgings spørsmål, som følge av at informanten ikke snakket like fritt som de andre. Det kan derfor utgjøre en trussel mot den kvalitativ- og fenomenologisk ideal om åpenhet.

Det var i utgangspunktet tenkt å gjøre fokusgruppeintervju. En fordel med fokusgrupper er at informantene kunne blitt utfordret til å vurdere eget syn i relasjon til hvordan andre erfarer temaet (Tjora, 2017). Det kunne gitt en rikere forståelse, fordi deltakerne hadde fått anledning til å utveksle og sammenligne sine oppfatninger og erfaringer, noe som ikke lar seg gjøre i en-til-en-intervju. Fokusgrupper har likevel sine begrensninger ved at graden av engasjement kan variere (ibid.). Ettersom dette prosjektet ble utformet alene, var det derfor ikke hensiktsmessig med hensyn til tid og tilgjengelige ressurser.

Dataanalysen kan være farget av egen forforståelse, til tross for forsøk på å være objektiv underveis. Det innebærer at andre med en annen forforståelse, kunne fått andre resultater dersom hen hadde analysert samme data. Det er gjort rede for egen forforståelse i kapittel 3.1.1. Videre er analysemetode, refleksjoner og overveielser rundt dette, gjort rede for i kapittel 3.4. Kapittel 3.3 tar for seg alle trinn i gjennomførelsen av intervjuprosessen. Slik har det vært forsøkt å gjøre prosjektet transparent, og samtidig gi leseren innsikt i de ulike trinnene som et kvalitativt fenomenologisk hermeneutisk prosjekt som dette passerer, og på hvilken måte det påvirker prosjektet.

3.5 Etiske overveielser

Prosjektet er gjennomført i henhold til Helsinkideklarasjonen WMA1964/2013. Prosjektet behandler personvernopplysninger og er derfor tilmeldt og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD), referansekode: 916997. Alle deltakerne fikk muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet, hva det innebærer og den enkeltes rettigheter (Vedlegg 1). Informantene samtykket skriftlig til deltakelse.

I forkant av intervjuet ble det forsøkt å finne gode plasseringer for lydopptak, slik at lyd kvalitet var optimal til videre transkripsjon. Dette for å kunne transkribere på en slik måte at meningsinnholdet ble bevart på en pålitelig og gyldig måte (Malterud, 2017). Den enkelte ble gjort oppmerksom på når lydopptak ble slått på eller av.

For å ivareta anonymitet, har det vært viktig å hindre at andre har hatt adgang eller kjennskap til opplysninger undergitt taushetsplikt. Malterud (2017) påpeker viktigheten av at alt materiale blir passordbeskyttet, og at opplysninger ikke kan identifisere enkeltpersoner i datamateriale. Det ble laget et fysisk skille mellom tekst for analyse og persondata, og hver enkelt deltaker ble

tildelt pseudonymer for å forhindre dette. Øvrige gjenkjennbare personopplysninger ble også fjernet fra tekstmaterialet. Alt tilgjengelig datamateriale har også vært passordbeskyttet og lagret i ekstern skylagringstjeneste gjennom prosjektets varighet.

3.6 Oppgavens kvalitet og troverdighet

Ved vurdering av om et forskningsprosjekt er troverdig og av god kvalitet, henvises det ofte til pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet (Drageset & Ellingsen, 2010; Tjora, 2017). Forskningsprosjektet skal bestå av et systematisk arbeid, hvor prosessen er så gjennomslutlig at kunnskapsutviklingen og prosessen kan etterprøves og deles, og målet er at funnene kan overføres utover sammenhengen der den enkelte studie ble gjennomført (Malterud, 2017). Det er ofte en glidende overgang mellom disse begrepene. Det gjøres derfor kort rede for pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet som ifølge Tjora (2017) er måten kvalitative studiers vitenskapelige kvalitet skal kunne bedømmes på.

Pålitelighet handler om sammenhengen gjennom hele forskningsprosjektet. Dette krever at forskeren er bevisst på egen rolle og forforståelse, og hvordan dette påvirker prosjektets ulike deler, slik som valg av metode, møte med informanter, transkribering og analyse av intervju (Drageset & Ellingsen, 2010; Malterud, 2017). Av den grunn er det i kapittel 3.1.1 gjort rede for egen forforståelse. Gjennom prosjektets varighet har også en prosjektlogg vært nyttig og bidratt til større innsikt i de valg, endringer og refleksjoner jeg har gjort underveis. På den måten har jeg blitt utfordret til å ta stilling til hvordan egen forforståelse og forskerposisjon har farget prosjektet.

For å styrke prosjektets gyldighet, som refererer til en logisk sammenheng mellom prosjektets utforming og resultatet, har jeg gjennom prosjektets ulike deler forsøkt å knytte relevant forskning, teori, og funn opp mot prosjektets problemstilling. Jeg har forsøkt å være tydelig på hvordan prosjektet er utformet gjennom prosjektets ulike deler, slik at leseren selv kan ta stilling til forskningens relevans og presisjon (Tjora, 2017). Valg av metode har tatt utgangspunkt i prosjektets problemstilling, omfang, tid og ressurser. Tanker og refleksjoner rundt metodiske valg er gjort rede for i kapittel 3.4.

Til sist handler generaliserbarhet om at prosjektet har relevans for andre enn det eller de som er undersøkt (Tjora, 2017). Som tidligere nevnt, kan få informanter i prosjektet reise spørsmål

om hvorvidt funn kan generaliseres. Likevel kan funnene representere en konseptuell generalisering, hvor funn i dette prosjektet kan ha relevans for andre tilfeller enn det som er studert i dette prosjektet (Tjora, 2017). Funnene i prosjektet kan ha relevans for helsepersonell som arbeider med samme problemstillinger.

Pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet handler altså om hvorvidt prosjektets funn og resultater kan anses som pålitelige, gyldige, og om de kan overføres til andre kontekster, situasjoner og andre intervjupersoner. Pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet, og eventuelle trusler mot disse faktorene, er gjennom en rød tråd gjort rede for i de ulike kapitlene i masteroppgaven.

4.0 Presentasjon av funn

I dette kapittelet presenteres barne- og nyfødtsykepleieres erfaringer med ammeproblemer forårsaket av stramt tungebånd. Prosjektets funn presenteres i form av en analytisk tekst med gjenfortellinger i tredjeperson, med sitater som illustrerer nyanser. Med utgangspunkt i analysen, kom jeg frem til to hovedtemaer som tar sikte på å illustrere informantenes erfaringer. Disse er «Utvikling av en praksis – en felles forståelse for stramt tungebånd» og «Kunsten å håndtere ammeproblemer».

4.1 Utvikling av en praksis – en felles forståelse for stramt tungebånd

Informantene fortalte om en avdeling med fokus på amming gjennom kontinuerlig fagutvikling. Det var viktig fordi de arbeidet med nyfødte med ulike pleiebehov, og ikke bare de sykeste. En ressurssterk ammegruppe, sammen med interesserte leger og sykepleiere bidrar til at amming holdes høyt oppe faglig i avdelingen. Slik ble det også utviklet en slags felles forståelse for stramt tungebånd. Selv om tid og viktigere prioriteringer ble trukket frem som en barriere i arbeidet med ammeproblemer, hadde det likevel høy prioritet.

4.1.1 Amming er et satsningsområde

Informantene arbeidet i en avdeling hvor fagutvikling var viktig. Informantene trakk i stor grad frem amming som et tema som sto høyt i fokus. En av årsakene til dette var at en stor del av jobben omhandlet ernæring, og det å få barnet til å spise selv, ettersom de ikke bare jobbet med de aller sykeste. Det kom videre frem at de fleste barna som er innlagt eller innlegges, er i en aktiv spisetreningfase. En av barnesykepleierne illustrerte det slik: «Vi har såpass store barn sånn for at.. det skal liksom fungere før de reiser hjem, så er det jo veldig mye av jobben vår, det med ernæring og få de til å spise».

For å holde amming høyt oppe faglig, fortalte informantene om en veletablert ammegruppe som finnes i avdelingen. Ammegruppen består av ressurspersoner med ulik utdanning og spesialisering. Noen har spesialisering som nyfødtsykepleiere eller barnesykepleiere, andre har, eller holder på med videreutdanning i ammeveiledning. Andre medlemmer igjen har vært med i Ammehjelpen i mange år. Ammegruppen ble beskrevet som en gruppe med mye kunnskap om amming. De benyttet seg også av kompetanse og ressurser fra Ammehjelpen. Videre ble ammegruppen trukket frem som en ressurs for alle på arbeidsstedet. De bidro med råd og

veiledning innenfor hele spektret som amming omfatter, og enkeltpersoner i denne gruppa bidro til å holde fokus på ammefaget gjennom undervisning, sertifisering og nyansatt dager.

..fordi at det er på en måte en så veldig sentral del av det vi driver med. Vi har en ammegruppe med ressurspersoner som har gått disse ammeveiledningstrinnene, så amming blir holdt veldig sånn "oppe" sånn faglig i avdelingen (Barnesykepleier 1).

Når det ble snakket om avdelingens ammegruppe, nevnte flere ulike kompetanse. Informantene erkjente at det ikke var mulig å være like god på alle områder. Ammegruppen ble derfor igjen beskrevet som en viktig ressurs for de ansatte som ønsker hjelp, råd og veiledning omkring amming. Barnesykepleier to beskrev det slik: «så selv om kunnskapen oss imellom er forskjellig, noen kan mer enn meg og noen kan mer enn andre liksom, men da kan vi bruke de som ressurspersoner og be om råd og veiledning, og spørre liksom».

Videre ble ammeveiledning og ammeproblemer beskrevet som en sentral del av amming. Det å hjelpe, og å veilede mødre med ammeproblemer ble trukket frem som viktig. Nyfødtsykepleieren fortalte om et større fokus på å kartlegge problemer og å rette tiltak mot det. Hennes erfaring var at dette ikke ble gjort i like stor grad tidligere.

Det følte jeg at det var mye før, at man bare lindret symptomer der og da. Eeh, men så må man gå litt mer inn og se hva som er problemer. Fra mødrenes ståsted, altså.. Vi må jo bry oss og gjøre alt vi kan for å hjelpe dem liksom (Nyfødtsykepleier 1).

En barnesykepleier nevnte også en av sine kjepphester, at delamming også er verdifullt. Å hjelpe og veilede ved ammeproblemer betød ikke nødvendigvis at man løste alle problemene, men å få til at mor mestret å amme litt, hadde også høy verdi. Med det mente hun at litt amming var bedre enn ingen amming.

Når det gjelder ammeproblemer, var alle enige at det fantes mange årsaker til ulike ammeproblemer. Stramt tungebånd var én av dem. Informantene fortalte at stramt tungebånd hadde fått økt fokus faglig de siste årene. At stramt tungebånd var blitt et fokusområde også i informantenes avdeling, var blant annet på grunn av en faglig interessert barnelege, med særlig kompetanse og interesse for temaet. Denne barnelegen var også aktiv i norsk forskning på stramt tungebånd, og medforfatter i pediatriveilederen for stramt tungebånd, utgitt av

Helsebiblioteket. Det, kombinert med økt fokus og undervisning i avdelingen, ble trukket frem som årsaker til en større enighet, en slags «felles forståelse» for stramt tungebånd mellom leger og sykepleiere. En av informantene fortalte imidlertid at temaet fortsatt oppleves kontroversielt, men i mindre grad enn før. Felles for informantene var et inntrykk av at terskelen for å klippe tungebånd i dag er lavere enn tidligere, og at leger i avdelingen har tiltro til at tungebåndsklipp avhjelper ammeproblemer.

Nyfødtsykepleieren hadde ikke tro på at det i dag fødes flere barn med stramt tungebånd. Hun tenkte at et økt fokus på amming og stramt tungebånd, både i avdelingen og samfunnet, var en årsak til at man i dag er mer oppmerksom på ammeproblemer forårsaket av stramt tungebånd. Hun så også for seg at dette kunne være en trend i tiden. «Det er jo litt sånn trend, trendepisoder ja gjennom åra. Nå føler jeg det er stramt tungebånd, og før føler jeg at det har vært andre ting. Så det går litt i bølgedaler».

Et høyt fokus på ammeproblemer forårsaket av stramt tungebånd mente informantene bidro til en større åpenhet i avdelingen. Temaet ble ofte snakket om og diskutert. Alle informantene var enige i at amming og stramt tungebånd måtte fortsette å være et fokusområde og en gjenganger på fagdager. Slik kunne de videreutvikle sin kompetanse på området.

4.1.2 Vi gjør det vi kan, med de forutsetningene vi har

Den ene fortalte om en grunnleggende god holdning i avdelingen. Alle mødre skulle få god hjelp ved at spesialsykepleierne, i samråd med mor, skulle kartlegge hva som forårsaket ammeproblemer for den enkelte. Hun ytret likevel en usikkerhet om hvorvidt mødrene opplevde at spesialsykepleierne ønsket å hjelpe i tilstrekkelig grad. En annen informant beskrev en motsetning til dette. Hun tenkte at man av og til hadde en tendens til å prøve litt for hardt.

«Det kan nesten bli litt for mye. Vi går heller i den grøfta, at vi bryr oss litt for mye». For mødrene kunne dette oppleves som massivt, på den måten at de kunne oppleve at det ble gitt mange ulike råd, selv om pleierne ofte sa det samme. Detaljer som ble sagt, kunne bli vektlagt forskjellig. For mødre kunne det medføre frustrasjon, til tross for at hensikten til sykepleierne var å hjelpe i størst mulig grad. Hun fortalte videre at en måte å unngå dette på, kunne være å finne en bedre balanse i det å hjelpe og veilede mødre med ammeproblemer. Noen ganger kunne det være nok å la mødre få muligheten til å prøve litt selv, vel vitende om at personell var tilgjengelig dersom de hadde behov for bistand. Barnesykepleier 1 illustrerte det slik: «Det skal

jo liksom ikke bli sånn massivt, at en sykepleier står over og liksom studerer hvert minste tak.. det må liksom være en balanse på det..».

En av barnesykepleierne syntes det var utfordrende å arbeide med ammeproblemer. Hun trivdes aller best i akutte situasjoner, og arbeider derfor ikke like mye med ammeproblemer. Informanten påpekte likevel at de som trivdes best i arbeidet med amming og ammeproblemer hadde et smittende fokus, som også gjorde at hun og andre fattet interesse for dette. Nyfødtsykepleieren arbeidet mye med amming, men for henne var tid mest utfordrende. Selv om den enkelte prioriterte og ønsket å hjelpe mødre i disse situasjonene, måtte livreddende behandling gå foran i større grad. Det innebar at amming og ammeproblemer måtte prioriteres lengre bak i rekka i en travel hverdag.

Men så er det jo også det at, når vi har kjempedårlig tid så vet jeg ikke alltid hvordan mødre opplever, om de har fått god nok hjelp på en måte. Også er det jo prioritert, men det sier jeg jo selv at man må prioritere livreddende behandling først på en måte. Såå.. det er litt vanskelig noen ganger (Nyfødtsykepleier 1).

Tid ble beskrevet som en mangelvare i arbeidshverdagen. Å skulle hjelpe og veilede mødre med ammeproblemer var tidkrevende i seg selv, noe som gjorde det utfordrende å ivareta disse mødre i en travel hverdag. Selv om mangel på tid av og til kunne være en utfordring ved ammeproblemer, opplevde informantene likevel at det var rom for å gjøre strukturerte ammeobservasjoner. Om ikke daglig, så ofte. De dagene det ikke var tid til å prioritere dette, løste de det ved å rapportere videre til neste vakt, i håp om at påtroppende sykepleiere hadde bedre tid. Ingen av informantene lot problemet bare henge i luften. De forsøkte i den grad det var mulig å bidra til at mødre skulle mestre å amme.

4.2 Kunsten å håndtere ammeproblemer

Barne- og nyfødtsykepleiere fortalte mye om hvordan de kartla, identifiserte og håndterte ammeproblemer generelt, og spesifikt ved ammeproblemer forårsaket av stramt tungebånd. De tok utgangspunkt i både fysiske, psykiske og anatomiske forhold hos mor og barn. Flere betraktninger om stramt tungebånds konsekvenser for mor, barn og amming ble presentert. Ved mistanke om stramt tungebånd, ble et eventuelt klipp besluttet med utgangspunkt i sykepleiere og legers kartlegging og vurderinger. I en slik beslutning var også mor viktig.

4.2.1 Vi går i dybden ved hjelp av et systematisk ammeobservasjonsskjema

Hver av informantene henviste til et strukturert ammeobservasjonsskjema som ledd i kartlegging av ammeproblemer. For nyfødtsykepleieren var nettopp det å gå i dybden viktig. Hun illustrerte det slik:

For min del er det veldig viktig å på en måte gå litt dypt inn i det, og se hva som er årsaken. Ikke bare lindre symptomene der og da, men gå inn å se hva som faktisk er årsaken (Nyfødtsykepleier 1).

For å kunne kartlegge i dybden benyttet informantene det systematiske ammeobservasjonsskjemaet. Skjemaet tar for seg de fleste aspektene rundt amming, og identifiserer hele forløpet fra start til slutt. For informantene betød det å kartlegge hvordan mødre la barna til, ammestilling, barnets atferd ved brystet, hvordan barnet koblet seg på brystet og hvordan amming følte for mor. Flere så også på mors bryster og brystknopper, og om disse var forandret før eller etter amming. Barnets dietak ble også vurdert ut ifra tungemobilitet, om det diet eller bare svelget unna. Barnets vektutvikling, fysiske og psykiske forhold hos mor og barn ble trukket frem som vel så viktige faktorer hva gjelder amming og ammeproblemer. Informantene måtte kunne anatomen for videre å kunne vurdere barnets tungebevegelser, gap og hvordan barnet tok tak på mors bryst.

Ammeproblemer er jo et svært tema liksom, så da må vi jo gå inn å se hva som er problemet. Hva slags ammeproblemer er det vi snakker om? Og så må man jo da rette tiltak mot det da (Nyfødtsykepleier 1).

Bare én av informantene definerte det som sin arbeidsoppgave å fange opp stramt tungebånd, selv om stramt tungebånd ble trukket frem som en essensiell del av det å kartlegge ammeproblemer. De var likevel enige i at ikke alle stramme tungebånd skapte ammeproblemer, men at det var viktig å kartlegge og fange opp. Alle informantene gjorde derfor ulike observasjoner, som kunne gi dem mistanke om at et stramt tungebånd kunne forårsake ammeproblemer. Det spesialsykepleierne så og observerte var primært basert på egen erfaring, uten bruk av et spesifikt kartleggingsverktøy beregnet kun for å identifisere stramt tungebånd. I tillegg til de «vanlige» observasjonene som å vurdere ammestilling, hvordan barnet ter seg

ved brystet, hvordan barnet dier og lignende, undersøkte de barnets munn i ulik grad. Det å ta seg tid til å undersøke barnets munn ble beskrevet som sentralt for i det hele tatt ha muligheten til å se, og oppdage et stramt tungebånd. Nyfødtsykepleieren undersøkte barnets anatomi i munnen. Hun brukte å løfte opp tunga for å observere om tunga var stram eller kort, og basert på dette gjorde hun seg opp en mening om tungebevegeligheten. En annen informant gjorde også dette, men brukte i tillegg en hanskebelagt finger til å vurdere barnets dietak. Samme informant gjorde også observasjoner når barnet gråt. Slik kunne hun se og vurdere tungas løft. Hun mente at dersom barnets tunge ikke ble løftet opp mot ganen under gråt, kunne det bety at tunga hadde redusert løft. Noe lignende gjorde også en annen informant. Hun brukte å kikke inn i barnets munn når det sov, for å se hvordan tunga lå. Hun beskrev det slik: «Ja vi pleier ofte, hvis barnet sover, å dra ned haka og se om tungen da følger med eller blir liggende oppi ganen. Det er jo mange ting du kan se etter for å vite litt.»

Bare én av informantene nevnte en hjerteformet tunge, som hun hevdet tidligere nærmest har vært avgjørende for at et barn skal diagnostiseres med stramt tungebånd. Hun fortalte at man i noen tilfeller kunne se at barnet fikk en hjerteformet tunge når det forsøkte å strekke tunga ut, som følge av at tungebåndet var for stramt. Hun hadde også hørt at dette likevel ikke hadde så mye å si. Barnet kunne ha stramt tungebånd, selv uten hjerteform. Hovedproblemet med stramt tungebånd, mente hun var at tungebåndet ofte var så stramt at barna ikke klarte å danne vakuum, og at tungemobiliteten blir så redusert, slik at tunga ikke klarer å jobbe korrekt. Hennes erfaringer var at det da ble vanskelig for barnet å få i seg mat, uavhengig av om barnet ble ernært via amming eller flaske. En annen beskrev en situasjon med koppmating, hvor observasjoner hun gjorde underveis, sa noe om barnets tungefunksjon:

Du kan jo også se det ikke sant, hvis du koppmater dette barnet når det er våkent, da ser du liksom den tunga og hvordan den beveger seg. Det ideelle når du ser videoer av koppmating, så er det liksom et våkent barn som lepper i seg aktivt melka (Barnesykepleier 1).

Også legene kunne se og oppdage stramt tungebånd. I nyfødtundersøkelsen undersøkte de barnet fra topp til tå, hvor de også kikket inn i barnets munn. Det de likevel primært så etter var anomalier som for eksempel ganespalte. Dersom spesialsykepleierne var usikre på hva de skulle se etter for å indentifisere et stramt tungebånd som mulig årsak til ammeproblemer, ble

ressurspersoner fra ammegruppa trukket frem. Informantene fortalte at ressurspersonene hadde mer kompetanse på området, og var derfor en ekstra ressurs.

4.2.2 Det må jo være vanskelig når den tunga ikke beveger seg sånn som den skal

Informantene hadde tanker om hvordan et stramt tungebånd kunne ha negative konsekvenser for mor, barn og amming. Den ene så for seg at ammeproblemer forårsaket av stramt tungebånd fort kunne bli en vond sirkel ved at barnet får dårlig dieteknikk, og derfor ikke klarer å få ordentlig tak på brystet. Som resultat av det, kunne mor bli så sår at det ble smertefullt å amme. Det kunne igjen medføre at brystene ikke ble tømt godt nok, slik at resultatet ble brystbetennelse. En annen informant fortalte om sårbare mødre, med mange følelser i sving. At de i tillegg opplevde ammeproblemer, beskrev hun som en ekstra belastning på denne måten:

.. for de mødrene her, de sliter jo veldig mye hvis de ikke får hjelp. Så da er det jo en kamp hver dag for å få i mat rett og slett. Og sikkert mye vondt og smerter og sånne ting (Barnesykepleier 2).

På spørsmål til informantene om de tenkte at ammeproblemer forårsaket av stramt tungebånd kunne være en årsak til at mødre ga opp å amme, var alle enige. En av informantene påpekte likevel at det var opp til hver enkelt hva de rett og slett klarte å prioritere, men at mange av mødrene sannsynligvis ga opp hvis ingen hadde tenkt en tanke om å hjelpe tidlig i forløpet av ammeproblemene. En annen hadde følgende betraktninger om stramt tungebånd og konsekvensen for amming:

..det må jo være vanskelig, når den tunga ikke klarer å bevege seg sånn som den skal. Og hvis du da får smerter i tillegg, så må det jo være veldig demotiverende. For man ser jo på noen tungebånd, det er jo ikke akkurat noen tynne seil, det er jo som oftest sånne tjukke kladeiser som går helt frem til tungespissen omtrent. Og det må jo være veldig hemmende (Barnesykepleier 2).

Alle var samstemte i at ammeproblemer forårsaket av stramt tungebånd kunne resultere i tidlig ammeslutt, eller at mor og barn ikke fikk til amming i det hele tatt. En av informantene ytret også at et større fokus på dette tidligere, kunne bidratt til at flere hadde blitt fanget opp, og fått klippet barnets tungebånd tidligere for å avhjelpe ammeproblemer.

4.2.3 Å klippe eller ikke – en tverrfaglig vurdering

Dersom ammeobservasjon og fysiske undersøkelser gjorde at informantene mistenkte stramt tungebånd, valgte de raskt å kontakte lege for å informere om sine mistanker. Hensikten var å henvise til noen som kunne gjøre noe med det. Ingen av informantene jobbet videre med ammeproblemene når de mistenkte stramt tungebånd. Informantene beskrev et samarbeid mellom lege, sykepleier og mor når det gjøres vurderinger om hvorvidt man skal klippe tungebåndet eller ikke. Samtlige mente også at barnelegene hadde lav terskel for å gjøre en vurdering av tungebåndet ved mistanke om ammeproblemer. Nyfødtsykepleieren fortalte at slike vurderinger tar utgangspunkt i mors symptomer og opplevelser av ammingen, før barnet blir lagt på stellebordet for fysisk vurdering inne i barnets munn. En barnesykepleier så for seg at barnelegene også vurderte behovet for klipp ut ifra hva legene så, og hvor stramt de syntes det så ut. Det er legen som bestemmer om tungebåndet skal klippes til syvende og sist.

Også sier jeg jo ifra, i hvert fall her hvor det er så åpent om det. Så sier man jo bare ifra til den legen som er her, så ser vi på det sammen, også blir man enig om det bør klippes eller ikke (Nyfødtsykepleier 1).

Når et tungebånd skal klippes er de ofte tre stykker, hvor barnelegen er den som klipper. Informantene beskrev deres rolle som assistent i selve klippesituasjon. En må holde barnet fast for å unngå at barnet vrir på hodet, og at legen klipper feil. En annen gir barnet sukkervann som smertelindring. Selve prosedyren går raskt, spesielt dersom legen er god til å klippe.

Informantene hadde bemerket seg at det var forskjeller i hvor mye hver enkelt lege klippet. Noen klippet mer, andre mindre. Det ble ikke nevnt årsak til hvorfor de trodde det var slik, eller hvilken betydning de tenkte det hadde. Ingen av informantene var kjent med alvorlige komplikasjoner i etterkant av klipp. Blødning og smerter for barnet i etterkant av prosedyren ble likevel nevnt av flere.

Etter klipp fortalte informantene at barnet legges til mors bryst, hvor legen på ny gjør en vurdering sammen med mor om det er behov for å klippe mer. Denne vurderingen tar utgangspunkt i om amming kjennes bedre ut. Ingen av informantene oppga å ha vært tilstede i etterkant av klipp. De tok derfor ikke del i denne vurderingen sammen med mor og barnelege. En av årsakene til dette var at de hadde andre arbeidsoppgaver som måtte gjøres istedenfor.

Ettersom informantene ikke fulgte opp mor og barn i etterkant av tungebåndsklipp, var det vanskelig å vurdere effekt av klipp med hensyn til ammeproblemer. De begrunnet det med at de ikke har oversikt over hvor mange som kommer tilbake igjen. Felles for informantene var at de mente at tungebåndsklipp i noen tilfeller var nødvendig for å avhjelpe ammeproblemer, og en viktig forutsetning for å sikre barnets ernæring. Fordeler for mor ble beskrevet som mindre smerter ved amming, ved at barnet fikk et korrekt dietak, og at barnet klarte å tømme brystene bedre.

Altså for de som virkelig sliter med det, så er jo fordelene med det at de faktisk etter de har gjort det kan klare å spise og ta til seg næring da, og gå opp i vekt og ha normal utvikling på en måte. Så for de det virkelig gjelder, så er jo det kjempeviktig (Nyfødtsykepleier 1).

5.0 Resultatdiskusjon

I dette kapitlet vil utvalgte funn drøftes opp mot teori og forskning. Med hensyn til prosjektets problemstilling, ble det viktig å drøfte relevante aspekter og faktorer som er relevant i forhold til hvordan barne- og nyfødtsykepleierene identifiserer og håndterer ammeproblemer forårsaket av stramt tungebånd.

5.1 Amming - et satsningsområde

Prosjektets funn viser en avdeling med høy fagkompetanse relatert til amming. Amming trekkes frem som et viktig satsningsområde, hvor fagutvikling, kurs og undervisning bidrar til at den enkelte er, og arbeider for å bli mer kyndig. Avdelingen arbeider på ulike nivåer for å fremme amming, samtidig som den enkeltes kompetanse vektlegges for å sikre mor og barn best behandling. Et viktig bidrag til avdelingen og den enkeltes kompetanse, er en ressursgruppe med spesielt ammekyndige. Ernæring, og det å få barna til å spise, er en så sentral del av arbeidshverdagen til informantene, at det å fremme amming er høyt prioritert. En slik satsning på amming kan derfor tyde på et mål om å drive i henhold til Helsedirektoratets (2014) anbefaling om at kvinner og nyfødte skal sikres tilgang til ammekyndig helsepersonell. Helsedirektoratet (2014) hevder at det mor-barn-vennlige initiativet «Ti trinn for vellykket amming» er minstestandard for de som arbeider med nybakte mødre. Det fordrer at alt relevant helsepersonell skal ha tilstrekkelig kunnskap i henhold til disse kravene. Amming som satsningsområde, og det å arbeide i henhold til «Ti trinn for vellykket amming» kan øke amming og ammefrekvens, og således virke positivt for folkehelsen (Departementene, 2017)

Barn som innlegges i en nyfødt intensivavdeling har visst seg å ha lavere frekvens av amming (Nyqvist et al., 2012). Det særegne med en nyfødt intensivavdeling er at barn som innlegges, har behov for medisinsk behandling i varierende grad. Dette innebærer at noen barn vil ha behov for avansert intensiv medisinsk behandling, mens andre kan ha behov for behandling eller utredning av tilstander av mindre intensivkarakter. Sykepleiere i en nyfødt intensivavdeling arbeider derfor med premature og terminfødte barn med en stor variasjon i behandlings- og pleiebehov. Dette innebærer at tilstander kan snu raskt, hvor det kan bli behov for umiddelbare tiltak for å redde liv og helse (Helsedirektoratet, 2019). Selv om amming er et satsningsområde i avdelingen, fortalte informantene at livreddende behandling ble prioritert foran amming og ammeproblemer. En slik prioritering kan ses i lys av Stortingsmelding 34 (2015-2016), hvor

tiltak i helsetjenesten skal vurderes ut ifra tre prioriteringskriterier – nytte-, ressurs-, og alvorlighetskriteriet. Med utgangspunkt i alvorlighetskriteriet går derfor livreddende behandling foran amming og ammeproblemer (Mld. St. 34, 2015-2016). Det betyr i praksis at selv om amming er et viktig satsningsområde, vil livreddende behandling måtte gå foran i større grad. Informantenes fortellinger om prioriteringer i arbeidshverdagen, kan forstås som en nødvendighet sett ut ifra den store variasjonen i barnas ulike behandlings- og pleiebehov. Ulike prioriteringer sett opp mot amming gjenfinnes også i andre studier. I en australsk studie ble nyfødt intensiv beskrevet som en «annerledes verden», sammenlignet med barselenheter. Barnas ulike medisinske tilstander, sammen med avdelingens fysiske miljø og begrenset antall familierom, ble beskrevet som barrierer for amming som satsningsområde, og det å kunne drive avdelingen i henhold til «Mor-barn-vennlig initiativ» (Nyqvist et al., 2012). Det er velkjent at helsepersonell står ovenfor ressursmessige begrensninger blant annet knyttet til tid, noe som også gjenspeiles av informantene. Beslutning om hva som skal prioriteres når og hvordan, må derfor ses i lys av slike begrensninger, samt i lys av ansvaret man har for sine pasienter (Mld. St. 34, 2015-2016).

Som tidligere nevnt er det i dag likevel et helsepolitisk mål å beskytte, fremme, støtte og øke forekomsten av amming (Departementene, 2017). Amming skal dermed være en reell mulighet for alle mødre, og det innebærer at helsevesenet må innrettes deretter (Stortingsmelding nr. 16 2003; Helsing & Häggkvist, 2008). Slik jeg forstår det, fordrer det at amming, i tillegg til livreddende behandling, har høy prioritet. Dette prosjektets funn viser i denne sammenheng at tid kan være utfordrende i prioritering av amming i en travel arbeidshverdag og med pasienter med ulike medisinske behov. Utfordringer relatert til tid og ressurser er således ikke ukjent, og gjenfinnes ofte i studier (Nortvedt et al., 2012; Schmidt & Brown, 2012). Til tross for at tid kunne være utfordrende når informantene stod ovenfor ulike prioriteringer, ble ikke amming og ammeproblemer avfeid i en travel hverdag. Spesialsykepleierne sørget for at amming ble fulgt opp i den grad det var mulig på gjeldende vakt. Ved manglende tid sørget de videre for at øvrig personell med bedre tid til slike prioriteringer, ivaretok mor, barn og aspekter knyttet til amming. Manglende tid til å prioritere amming var således ikke gjennomgående hos informantene – men heller et resultat av det i noen tilfeller, i en slik avdeling, oppstår andre situasjoner som krever raskere tiltak. Et resultat av det er at amming som satsningsområde noen ganger må *vente*. Det betyr likevel ikke at det ikke arbeides med. Tvert imot viser dette prosjektets funn at selv om livreddende behandling må prioriteres først, prioriteres og vektlegges amming i det daglige kliniske arbeidet, i tillegg til kurs og fagutvikling. Selv om

informantene i dette prosjektet arbeider ved en avdeling hvor det behandles barn fra gestasjonsuke 28, og dermed trolig har en høyere andel ammende, har også andre nyfødte intensivavdelinger i Norge, hvor de behandler mindre og mer kritisk syke barn, også et stort fokus på amming (NKA, 2015). Dette tyder på at amming som satsningsområde således ikke er unikt for avdelingen informantene representerer, men også representativt for flere neonatalavdelinger i Norge. At amming er et satsningsområde og en sentral arbeidsoppgave i neonatalavdelinger, kan derfor forstås som et strategisk arbeid for at mor og barn skal ha de beste forutsetninger amming, ettersom ernæring er en viktig sentral del av barnets vekst og utvikling. Dette igjen er et viktig arbeid i tråd med Helsedirektoratets (2014) mål om bedre barselomsorg, og Departementenes (2017) mål om å fremme, støtte og beskytte amming i hensikt å øke andel spedbarn som ammes og fullammes.

5.2 Spesialsykepleierne er opptatt av løse ammeproblemer

Amming som satsningsområde i en neonatalavdeling innebærer også møter med mødre som strever med amming av ulike grunner. Felles for informantene var at de uttrykte et stort ønske om å hjelpe mødre som opplever amming problematisk. I en neonatalavdeling har barna i mange tilfeller et lengre opphold enn friske nyfødte i en barselavdeling. Det kan bety en større mulighet til å tilby praktisk hjelp fra start med hensikt i å forebygge ammeproblemer, og dermed unngå at mødre må gi opp amming (Helsedirektoratet, 2014). En av informantene påpekte at mødre potensielt måtte gi opp amming dersom ingen tok tak i og hjalp tidlig i forløpet av ammeproblemer. Informantens ønske om å hjelpe mødre med ammeproblemer kan dermed forstås som et ønske om å ikke bare lindre symptomer, men også å gå i dybden for å finne årsaken. For å gå i dybden gjorde informantene systematiske ammeobservasjoner hvor amming ble kartlagt fra start til slutt. På den måten kunne spesialsykepleierne for eksempel bedømme barnets dietak, og også gjøre rede for hva det var med dietaket som eventuelt avvek fra det normale. Slike observasjoner ble sett opp mot mors opplevelse, og andre faktorer som kunne påvirke ammesituasjon. Eksempler på andre faktorer var barnets gestasjonsalder og vektutvikling. Summen av dette, dannet grunnlag for å presentere og implementere tiltak i praksis. I lys av funn i McLaughlin, Fraser, Young & Keogh (2011) studie, og Helsedirektoratets (2014) retningslinjer for barselomsorgen, kan dette tyde på en gruppe spesialsykepleiere med praktisk kunnskap om amming og ammeveiledning, i tillegg til god teoretisk kunnskap. Sammen med god teoretisk kunnskap om amming og ammeproblemer samt mor og barns anatomi, virker de til å *forstå* hva den betyr i praksis, for å deretter handle ut ifra

deres forståelse. En annen måte å si dette på er at informantene i relasjon til ammeproblemer *anvender* kunnskapsbasert praksis i arbeid med ammeproblemer. De bruker relevant kunnskap ut ifra situasjonen, tolker den opp mot teori, og velger deretter tilnærming og handling i samråd med mor, med utgangspunkt i tilgjengelig vitenskapelig kunnskap (Nortvedt et al., 2012).

Egne refleksjoner tilsier at slike systematiske ammeobservasjoner er et godt utgangspunkt for å gå i dybden i den enkeltes kvinnes ammesituasjon, i den hensikt å avhjelpe ammeproblemer. Systematiske ammeobservasjoner fremstod likevel ikke som standardtilbud til nybakte mødre i avdelingen. Slik jeg forstod det, ble de brukt som et verktøy ved mistanke om at *noe* forårsaket ammeproblemer, eller at ammingen ikke gikk helt etter «boka». Ifølge Helsedirektoratet (2014) skal alle mødre tilbys kyndig veiledning i barnets første levedager, i den hensikt å forebygge ammeproblemer. Den første tiden etter fødsel er mest kritisk for videre ammeforløp. Det er derfor viktig med tidlig støtte og veiledning fra helsepersonell, til ammingen er veletablert. I en nyfødt intensivavdeling hvor akutte situasjoner kan oppstå, og tilstander kan snu raskt, kan det i lys av Helsedirektoratets (2014) anbefalinger utfordre spesialsykepleierne i å arbeide forebyggende i denne sammenheng. På en annen side fortalte informantene om et så stort ønske om å hjelpe og forebygge, at det kunne oppleves overveldende og frustrerende for mor, fordi det stadig vekk ble gitt ulike råd. Dette gjenfinnes også i studien av Chaput et al. (2015). Utfordringen for informantene var derfor å finne en gylden *balanse* i hvor mye, og hvor aktivt de skulle hjelpe og veilede mødre, ut ifra den enkeltes behov. Ifølge Patel & Patel (2016) kommer ammeveiledning i mange former og varianter, og kan utøves i mange ulike settinger, i ulik grad. Et ønske om å hjelpe, må derfor også ta utgangspunkt i den enkeltes behov for hjelp og veiledning (Häggkvist, 2009, s. 311). Det er viktig å gi ammeveiledning før det oppstår alvorlige ammeproblemer, spesielt dersom amming allerede har blitt problematisk (Helsedirektoratet, 2014). Det viktigste er kanskje derfor at det blir gjort *noe*. Det løste informantene ved at de ikke lot ammeproblemer bli hengende i lufta. Alle forsøkte i den grad det var mulig å bidra til at mødre fikk tilstrekkelig hjelp til å mestre sin ammesituasjon, selv om det betød at man ikke alltid gikk like dypt og strukturert til verks. En balansegang mellom hvor mye hjelp og veiledning som skal gis, sett opp mot mors egne ønsker, kan derfor være utfordrende sett i lys av Helsedirektoratets (2014) anbefalinger for veiledning til mor de første døgn etter fødsel. På den ene siden står man i fare for at mødre blir forvirret og frustrert av gjentatte veiledninger og ulike råd. På den andre siden kan man komme i posisjon hvor man ikke arbeider forebyggende, og i stedet må bistå med å løse ammeproblemer som kanskje kunne vært unngått. Dette, sett opp mot informantenes opplevelse av manglende tid, ulike

prioriteringer som må gjøres, samtidig som man skal ivareta mor og barns behov, viser slik jeg ser det, kompleksiteten i spesialsykepleierens arbeidshverdag i en neonatalavdeling

5.3 Identifisering og håndtering av ammeproblemer forårsaket av stramt tungebånd – en felles forståelse?

Flere ulike profesjoner arbeider med stramt tungebånd. Dette inkluderer tannleger, barneleger, ammeveiledere, sykepleiere, jordmødre, helsesykepleiere, øre-nese-hals-spesialister og logopeder. Likevel er det gjennom forskning ikke avklart hvilken rolle den enkelte har i å identifisere og håndtere stramt tungebånd (Unger, Chetwynd & Costello, 2019; Baeza et al., 2017). Baeza et al. (2017) hevder at jo tidligere et stramt tungebånd blir identifisert, jo bedre. Av den grunn bør alt helsepersonell som er i kontakt med nyfødte fra fødsel, være kompetent til å identifisere stramt tungebånd og dets mulige konsekvenser. I samme artikkel trekkes særlig frem jordmødre, fødselsleger, barneleger og sykepleiere som viktige i arbeidet med å identifisere og håndtere stramt tungebånd. Spesialsykepleierne i dette prosjektet var åpne for, og hadde tanker om at stramt tungebånd kunne påvirke mor, barn og amming i ulik grad. I kartlegging av ammesituasjon, gjorde de undersøkelser og viktige observasjoner for å identifisere stramt tungebånd. De så og *vurderte* anatomiske forhold i barnets munn, uten bruk av kartleggingsverktøy ment for å identifisere stramt tungebånd. Det de særlig observerte var tungens løft og mobilitet. Samtidig involverte de også mor og hennes opplevelse av situasjon for å kartlegge hvordan et eventuelt stramt tungebånd påvirket ammesituasjon. På denne måten gjenkjente de flere symptomer og tegn som kan indikere at barnet har et stramt tungebånd, og som potensielt kan forårsake ammeproblemer (Isaacson, 2019). Observasjoner de gjorde var basert på egen erfaring primært, men også kurs og undervisning. Selv om informantene kjente til flere tegn og symptomer, erkjente de likevel at ikke alle var like kompetente på å skulle identifisere ulike ammeproblemer. Dersom de var usikker på hva de stod ovenfor, koblet de inn ressurspersoner fra ammegruppen, i hensikt å få råd, hjelp og veiledning til å bedømme situasjonen. Det viser på den ene siden at informantene arbeider i henhold til Helsepersonellovens forsvarlighetskrav (1997, § 4). Gjennom å involvere mer kompetent personell, sørget de for at pasienten fikk mer kyndig hjelp. På den andre siden fordrer forsvarlighetskravet at den enkelte holder seg faglig oppdatert gjennom å utvikle og vedlikeholde kunnskap i henhold til faglige anbefalinger og retningslinjer (Helsepersonelloven 1997 § 4; Helsedirektoratet, 2014). Selv om spesialsykepleierne gjorde ulike vurderinger og

observasjoner knyttet til ammeproblemer forårsaket av stramt tungebånd, kan man derfor, sett i lys av Helsepersonelloven § 4, likevel stille spørsmål om hvorvidt den enkelte kan *nok* om stramt tungebånd. En av årsakene som kan forklare dette, er at til forskjell fra tidligere har stramt tungebånd, og dets mulige konsekvenser for mor, barn og amming spesielt, blitt løftet opp og frem gjennom fagmiljøet både i Norge og på verdensbasis (Stiftelsen Dam, 2018; Baeza et al., 2017). Dette prosjektets funn kan derfor sannsynligvis gjenspeiles i lys av dette. Til forskjell fra tidligere, snakkes det mer om stramt tungebånd internt i avdelingen mellom leger og sykepleiere. Temaet oppleves også mindre kontroversielt. Økt fokus kombinert med undervisning og interesserte leger, ble trukket frem som viktige faktorer for større enighet, og en slags felles forståelse for stramt tungebånd mellom leger og sykepleiere i avdelingen. Slik jeg tolket informantene, handlet denne felles forståelsen om at begge yrkesgruppene oppfattet stramt tungebånd som en årsak til ammeproblemer, og at dette er noe de arbeider for å løse. Det fremstod på en annen side uklart hvem sitt ansvarsområde dette er, og på hvilken måte man best kan arbeide for å avhjelpe ammeproblemer forårsaket av stramt tungebånd. Dette kan ses opp mot studien av Unger, Chetwynd & Costello (2019) hvor de fant varierende kunnskap om stramt tungebånd, som følge av tidligere manglende fokus gjennom utdanningsforløp og undervisning. Som en direkte konsekvens, bidro varierende kunnskap til variasjon i praksis for hvordan de ulike profesjonene identifiserte og håndterte stramt tungebånd. Spesialsykepleierne i dette prosjektet brukte ulike metoder, og observerte ulikt i sitt arbeid for å identifisere stramme tungebånd. Sett i lys av Unger, Chetwynd & Costellos (2019) funn, kan også dette tyde på at variasjon i hvordan nyfødte med stramme tungebånd identifiseres. Det er således ikke bare mennesker som identifiserer stramme tungebånd ulikt, men også bruk av utarbeidede kartleggingsverktøy viser seg å ikke være gode nok, da de i praksis identifiserer stramt tungebånd ulikt (Unger et al., 2019; Isaacson, 2019; Lysaker, 2018).

Informantenes måte å håndtere ammeproblemer forårsaket av stramt tungebånd i dette prosjektet, var å kontakte lege for vurdering og behandling. Det viser igjen at informantene ser viktigheten i å henvise til de som de mener kan gi kyndig hjelp, i hensikt å gi best mulig behandling til pasienten. Informantene var tydelige på at det var legens oppgave å klippe stramt tungebånd. Spesialsykepleierne hadde i den forbindelse en assistentrolle. Dette, sett i lys av at bare én av informantene definerte det som sin oppgave å identifisere stramt tungebånd, kan tyde på at spesialsykepleierne anser det som legens oppgave og identifisere og håndtere ammeproblemer forårsaket av stramt tungebånd. Dersom en nyfødt har vansker med å få et optimalt tak på mors bryst etter at amming er etablert, bør det undersøkes for stramt tungebånd

(Isaacson, 2019). I Helsebibliotekets (2018) veileder for stramt tungebånd og i Isaacsons artikkel i UpToDate (2019) anbefales ammeveiledning som første tiltak i å håndtere ammeproblemer forårsaket av stramt tungebånd. Ammeveiledning av kompetent personell er i denne sammenhengen viktig for å utelukke at det ikke er andre årsaker som forårsaker ammeproblemer. Kyndig ammeveiledning kan også hjelpe barnet til å få et godt tak på mors bryst. På den måten kan ammeveiledning i noen tilfeller hjelpe barnet med å kompensere for problemene relatert til stramt tungebånd, slik at kirurgi kan unngås. Det anbefales derfor at ammeveiledning bør være første steg før eventuell kirurgi, dersom mor fortsatt ønsker å amme (Isaacson, 2019). Ved mistanke om ammeproblemer forårsaket av stramt tungebånd var det likevel ingen av informantene som arbeidet videre med ammeveiledning, hvilket er en sentral arbeidsoppgave for spesialsykepleiere i en neonatalavdeling. At informantene, som i utgangspunktet fremstår som kyndige i amming og ammeveiledning, ikke tilbyr videre ammeveiledning ved ammeproblemer forårsaket av stramt tungebånd, fremstår derfor motstridende sett i lys av pediatriveilederen (2018) og UpDates (2019) anbefalinger. På den andre siden kan en ufullstendig ammeveiledning reise spørsmål hvorvidt man i tilstrekkelig grad kan være sikker på at dette dreier seg om et ammeproblem forårsaket av stramt tungebånd, eller ammeproblem forårsaket av andre årsaker. Det er heller ikke alle barn med stramt tungebånd som har behov for tungebåndsklipp i den hensikt å avhjelpe ammeproblemer. For mange av disse barna kan kyndig ammeveiledning være tilstrekkelig, slik at flere unngår kirurgisk behandling (Isaacson, 2019).

Veilederen for stramt tungebånd, utgitt av Helsebiblioteket (2018) har, slik jeg ser det, noen begrensninger som kan forklare hvorfor informantene ikke arbeidet videre med ammeveiledning, og overlot videre håndtering til legene. Veilederen definerer ikke et ansvarsområde for hvem som skal gjøre hva, og har et mer generelt og overordnet preg. Det kan derfor også være en medvirkende årsak til at informantene ikke arbeider videre med ammeveiledning ved mistanke om ammeproblemer forårsaket av stramt tungebånd. Ifølge Unger, Chetwynd & Costello (2019) er mangelen på en felles konsensus om hvordan identifisere og håndtere stramt tungebånd, en årsak til uavklarte roller ovenfor hvem som skal identifisere stramt tungebånd, hvordan det skal gjøres, samt hvordan det skal behandles. Etersom det i dag ikke er en felles konsensus og dermed uavklart ansvars- og rollefordeling, kan det tyde på at barn med stramt tungebånd derfor blir fanget opp tilfeldig. Schlatter et al. (2019) hevder at identifisering av stramt tungebånd bør være en del av nyfødtundersøkelsen som finner sted før utreise, ved hjelp av et egnet kartleggingsverktøy. En av informantene

fortalte at legene kikket i barnets munn i en standard nyfødtundersøkelse som finner sted noen dager etter fødsel. Hun fortalte videre at de i den forbindelse oftest så etter anomalier. Ifølge Universitetssykehuset Nord-Norges metodebok i nyfødtmedisin (2019) innebærer nyfødtundersøkelsen en topp-til-tå-undersøkelse, hvor de også skal kikke inn i barnets munn for å se etter gane- og eller leppespalte. Nyfødtundersøkelsen innebærer derfor i utgangspunktet ingen vurdering av barnets tungefunksjon eller mobilitet (Universitetssykehuset Nord-Norge, 2019). Dersom informantene i dette prosjektet anser det som legens ansvar å identifisere og håndtere stramt tungebånd, kan det bety at barn med stramt tungebånd står i fare for å ikke bli fanget opp ved at barnets tunge ikke blir undersøkt, annet enn i nyfødtundersøkelsen, og kanskje ikke selv der. Ettersom tungebåndsklipp oftest gjøres i hensikt å løse ammeproblemer, er det også naturlig å tenke at de som fanges opp allerede opplever en problematisk ammesituasjon. På den ene siden er det likevel ifølge (Isaacson, 2019) ikke alle stramme tungebånd som forårsaker ammeproblemer, og dermed ikke har behov for tungebåndsklipp, noe også informantene hadde erfart. På den andre siden viser forskning av så mange som 25-80 % av nyfødte med stramt tungebånd opplever ammeproblemer (Schlatter et al., 2019). Sett i lys av dette, kan det tyde på et behov for en mer omfattende standardisert retningslinje for hvem og hvordan identifisere og håndtere ammeproblemer forårsaket av stramt tungebånd. På den måten kan man trolig sikre økt kompetanse og forhindre variasjon i hvordan identifisere og håndtere ammeproblemer forårsaket av stramt tungebånd.

Informantene i dette prosjektet vektla fagutvikling relatert til ammeproblemer forårsaket av stramt tungebånd. Slik jeg forstod de, hadde de et ønske om økt kompetanse, i den hensikt å fange opp mor og barn med ammeproblemer forårsaket av stramt tungebånd tidligere, for å sikre at mor og barn fikk best mulig behandling i tide. I senere tid har det blitt forsøkt at jordmødre og sykepleiere skulle være ansvarlig for å identifisere, kartlegge og klippe tungebånd. Gjennom tilstrekkelig opplæring av kyndige leger, ble sykepleiere etterhvert de som identifiserte, kartla og klipte tungebånd. Som resultat ble ammeproblemer forårsaket av stramt tungebånd raskere løst. Samtidig bidro det til reduserte kostnader, uten at det påvirket kvaliteten på tjenesten som ble gitt (Rose, Kasbekar, Flynn & De, 2015; Amir, James, Kelso & Moorhead, 2011). Dette kan åpne for at også barne- og nyfødtsykepleiere gjennom tilstrekkelig teoretisk og praktisk opplæring, også kan være en av flere profesjoner med tilstrekkelig kunnskap til å identifisere og håndtere ammeproblemer forårsaket av stramt tungebånd. På en annen side fordrer det tilrettelegging for implementering av kunnskapsbasert praksis. Ifølge Helsedirektoratet (2018) bidrar kunnskapsbasert praksis til et mer velfungerende helse- og

omsorgssystem, hvor man sikrer befolkningen likeverdig tilgang til helsetjenester av god kvalitet (Helsedirektoratet, 2018). Gjennom å implementere det som i forskning er best praksis, med utgangspunkt i erfaringsbasert kunnskap, sammen med pasientens ønsker og behov i det kliniske arbeidet, kan man hindre utilsiktet variasjon i det som blir beskrevet som det mest hensiktsmessige å gjøre, og det man faktisk gjør (Nortvedt et al., 2012; Polit & Beck, 2014). Det igjen muliggjør en helsetjeneste hvor alle pasienter med like tilfeller, får tilgang til like helsetjenester, hvor man i større grad sikrer at barn med stramme tungebånd fanges opp, behandles og oppfølges likt. På den måten optimaliserer man også bruk av ressurser, bedrer samhandling og øker pasientsikkerheten (Helsedirektoratet, 2018; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015-2016; NOU 2017:1; European Pathway Association, u.å.). En innvending mot standardiserte tjenester og retningslinjer basert på kunnskapsbasert praksis er likevel at systematisk oppsummert forskning i utilstrekkelig grad tar hensyn til pasientenes individuelle variasjon og behov. Med dette menes det at man står i fare for å ikke lengre benytte skjønn, klinisk blikk og intuisjon (Carlsen, Glenton & Pope, 2007). Samtidig baseres ikke kunnskapsbasert praksis bare på forskning, men også erfaringsbasert kunnskap, samt kunnskap, ønsker og behov fra pasienten selv. Summen av disse skal dermed ivareta det mer subjektive ved pasientbehandlingen (Nylenna, 2013). For å få dette til kreves det tid, tilgjengelige ressurser, samt et miljø og en ledelse som er mottakelig for endring (Sandvik, Stokke & Nortvedt, 2011). På en annen side kan man heller ikke overse det faktum at utvikling av en kunnskapsbasert praksis i relasjon til identifisering og håndtering av stramt tungebånd, forutsetter tilgjengelig empiri. At det foreløpig ikke finnes en felles konsensus for hvordan og hvem som skal identifisere og håndtere stramt tungebånd, kan derfor slik jeg ser det, være en barriere for utvikling og implementering av kunnskapsbasert praksis, en felles forståelse for stramt tungebånd, og en likeverdig helsetjeneste.

6.0 Avslutning

Formålet med dette prosjektet har vært å undersøke hvordan spesialsykepleiere i en neonatalavdeling identifiserer og håndterer ammeproblemer forårsaket av stramt tungebånd. Problemstillingen ble utarbeidet på bakgrunn av egen interesse, og spesialsykepleierens unike mulighet til å identifisere og håndtere ammeproblemer forårsaket av stramt tungebånd. Norges helsepolitiske mål om å beskytte, fremme og øke forekomsten av amming, slik at mødre ikke skal være nødt til å gi opp ammingen av årsaker som kunne vært gjort noe med, har også vært en stor motivasjon til å utforme prosjektet.

Det ble samlet inn kvalitative data med et fenomenologisk hermeneutisk perspektiv. Det gjorde det mulig å få innsikt i spesialsykepleierens erfaringer relatert til fenomenet «En tunge til besvær?», som omhandler et stramt tungebånds potensielle innvirkning på amming, ammefrekvens- og lengde. Gjennom intervju av tre spesialsykepleiere som alle jobber i en neonatalavdeling, fikk jeg innsikt i hvordan spesialsykepleierne erfarer, identifiserer og håndterer ammeproblemer forårsaket av stramt tungebånd.

Det er rimelig å konkludere med at spesialsykepleierne i dette prosjektet representerer en gruppe som arbeider for å beskytte, fremme og øke forekomsten av amming. Dette til tross for en travel arbeidshverdag hvor livreddende behandling må prioriteres foran grunnet barn med ulike behov. Til tross for kompleksiteten i spesialsykepleierens arbeidshverdag i neonatalavdelingen, arbeider de kunnskapsbasert i møte med mødre og barn som opplever ammeproblemer. Med utgangspunkt i egen erfaring, ammeobservasjonsskjema, mor og barns situasjon, anatomi og kontekst, identifiserer og gjenkjenner de stramme tungebånd. Det kan derfor sies at spesialsykepleiere har god kompetanse til å identifisere stramt tungebånd, selv om de i praksis ikke gjør det likt, og uten bruk av et spesifikt kartleggingsverktøy egnet til å identifisere stramt tungebånd. Spesialsykepleierne håndterer ammeproblemer forårsaket av stramt tungebånd ved å henvise problemet til lege, i hensikt at legen skal gjøre noe med det. De arbeider ikke videre med ammeveiledning, til tross for at det anbefales som første tiltak før det skal vurderes behov for tungebåndsklipp. Det tyder på en uavklart ansvars- og rollefordeling.

De siste årene har informantene opplevd at fenomenet stramt tungebånd er blitt mindre kontroversielt som følge av et økt faglig fokus hos engasjerte leger og sykepleiere. Det tyder på at det i dag pågår et arbeid for å utvikle en felles forståelse for stramt tungebånd for å forhindre utilsiktet variasjon i praksis, og at mor og barn får den hjelpen de har behov for i tide, for å mestre sin ammesituasjon. En felles forståelse for stramt tungebånd forutsetter slik jeg ser det, en klarere ansvar-, oppgave- og rollefordeling gjennom retningslinjer eller veiledere som definerer dette. En slik retningslinje eller veileder må også ta utgangspunkt i tilgjengelig empiri. Det pågår i dag ulike forskningsprosjekter i Norge og på verdensbasis som vil kunne være nyttige bidrag for å kunne utvikle en felles forståelse for stramt tungebånd, og en kunnskapsbasert praksis både nasjonalt og internasjonalt. På den måten kan man øke kunnskapen om fenomenet, og i fremtiden sikre utilsiktet variasjon i praksis, og slik sikre mor og barn likeverdige tjenester i denne sammenheng. Mindre kontrovers, i tillegg til amming som satsningsområde, kan derfor bidra til økt kompetanse i fremtiden.

Det er behov for mer forskning på i hvilken grad stramt tungebånd påvirker ammesituasjon, og på hvilken måte ammeproblemer forårsaket av stramt tungebånd skal identifiseres og håndteres. Det hadde vært nyttig å undersøke, slik det har vært utprøvd i andre land, om også spesialsykepleiere her i Norge kunne vært de som hadde ansvar for å identifisere, kartlegge og behandle ammeproblemer forårsaket av stramt tungebånd, og i hvilken grad det kan bidra til mindre variasjon i identifisering, kartlegging, håndtering og oppfølging. Sist, men ikke minst hvordan det hadde påvirket ammefrekvens- og lengde hos mødre som opplever ammeproblemer forårsaket av stramt tungebånd.

Litteraturliste

- Aadland, E. (2011). *Og eg ser på deg – vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Alquist, R. (2006). *Mødre som sliter med amming*. (Masteroppgave). Nordiska högskolen för folkhälsovetenskap.
- Amir, L.H., James, J.P., Kelso, G. & Moorhead, A.M. (2011). Accreditation of midwife lactation consultants to perform infant tongue-tie release. *International Journal of Nursing Practice*, vol. 17, s. 541-547.
- Baeza, C., Genna, C.W., Murphy, J., Hazelbaker, A.K., Kaplan, M., Martinelli, R., Marchesan, I., Douglas, P. & Smillie, C. (2017). Assessment and Classification of Tongue-Tie. *Clinical Lactation*, vol. 8, s. 93-98.
- Bjørk, I.T. & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie. En ressursbok*. (1. utg.). Oslo: Akribe AS.
- Bordvik, M. (2016, 15. November). Leger har lite kunnskap om utbredt problem. *Dagens medisin*. Hentet fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/11/15/-leger-har-lite-kunnskap-om-utbredt-problem/>
- Carlsen, B., Glenton, C. & Pope, C. (2007). Thou shalt versus thou shalt not: a meta-synthesis of GPs' attitudes to clinical practice guidelines. *British Journal of General Practice*, s. 971-978. Hentet fra: <https://bjgp.org/content/bjgp/57/545/971.full.pdf>
- Chaput, K.H., Adair, C.E., Nettel-Aguirre, A., Musto, R. & Tough S.C. (2016). Breastfeeding difficulties and supports and risk of postpartum depression in a cohort of women who have given birth in Calgary: a prospective cohort study. *Cmaj Open*, vol. 4, s. 103-109.
- Chaput, K.H., Adair, C.E., Nettel-Aguirre, A., Musto, R. & Tough S.C. (2015). The experience of nursing women with breastfeeding support: a qualitative inquiry. *Cmaj Open*, vol. 3, s. 305-309.
- Departementene. (2017). Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021). Sunt kosthold, måltidsglede og god helse for alle! Hentet fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/fab53cd681b247bfa8c03a3767c75e66/handlingsplan_kosthold_2017-2021.pdf
- Drageset, S. & Ellingsen, S. (2010). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien Forskning*, vol 5, s. 332-335.

- Eberhard-Gran, M., Nordhagen, R., Heiberg, E., Bergsjø, P. & Eskild, A. (2003, 18. desember). Barselomsorg i et tverrkulturelt og historisk perspektiv. *Tidsskriftet for Den norske legeforening*, nr. 24, s. 3553-3556. Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2003/12/fodselshjelp-og-barselomsorg/barselomsorg-i-et-tverrkulturelt-og-historisk-perspektiv>
- Eide, I., Heiberg, E., Helsing, E. & Pape, K.P. (2003). Ammeundersøkelsen år 2000: Mor, barn og materutiner ved norske fødeenheter i perspektiv 1973-2000. Hentet fra: https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/Publikasjoner/andrepublikasjoner/ammeundersokelsen_2000.pdf/
- European Pathway Association. (U.å.). Care pathways. Hentet fra: <http://e-p-a.org/care-pathways/>
- Francis, D.O., Krishnaswami, S., McPheeters, M. (2015) Treatment of Ankyloglossia and Breastfeeding Outcomes: A Systematic Review. *Pediatrics*, vol. 13, s. 1459-1466.
- Fraga, M.D.B.D., Barreto, K.A., Lira, T.C.B & deMenezes, V.A. (2020). Is the Occurrence of Ankyloglossia in Newborns Associated with Breastfeeding difficulties? *Breastfeeding medicine*, vol. 15 (2), s. 1-7.
- Gadamer, H-G. (2010). *Sannhet og metode. Grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. (L. Holm-Hansen, Overs.). Oslo: Pax forlag.
- Ghaheri, B.A., Cole, M. & Mace, J.C. (2018). Revision Lingual Frenotomy Improves Patient-Reported Breastfeeding Outcomes: A Prospective Cohort Study. *Journal of Human Lactation*, vol. 34, s. 566-574.
- Ghaheri, B.A., Cole, M., Fausel, S.C., Chuop, M. & Mace, J.C. (2017). Breastfeeding Improvement Following Tongue-Tie and Lip-Tie Release: A Prospective Cohort Study. *The Laryngoscope*, vol. 127, s. 1217-1223.
- Häggkvist, A-P. (2009). Amming. I B.S. Tandberg & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 1. Syke nyfødte og premature barn* (s. 301-333). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Hammer, I.M. (2019, 23. juli.). Hvorfor måtte det ta over fire måneder før noen nevnte stramt tungebånd? *Sykepleien*, s. 1-8. Hentet fra: <https://sykepleien.no/2019/07/hvorfor-matte-det-ta-over-fire-maneder-noen-nevnte-stramt-tungeband>
- Hansen, M.N. (2017). Mor-barn-vennlige sykehus. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: ansvar, funksjon og arbeidsområde*. (2. utg.). S. 697-703. Oslo: Cappelen Damm.

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2003, 10. januar.). *Resept for et sunnere Norge*. (St.meld. nr. 16.). Hentet fra:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/069d160b7cf54b04a1a375515d01659a/no/pdfs/stm200220030016000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015-2016). *Verdier i pasientens helse*. (Meld. St. 34). Hentet fra:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/439a420e01914a18b21f351143ccc6af/no/pdfs/stm201520160034000dddpdfs.pdf>
- Helsebiblioteket. (2014, 9. april.). Tilknytning til barnet og veiledning fra helsepersonell. *Helsedirektoratet*. Hentet fra:
<https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/barselomsorgen/ern%C3%A6ring-og-vekst/tilknytning-til-barnet>
- Helsebiblioteket. (2016, 3. juni.). Sjekklistor. *Helsedirektoratet*. Hentet fra:
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsebiblioteket. (2018). Stramt tungebånd hos nyfødte. Hentet fra:
<https://www.helsebiblioteket.no/pediatriveiledere?menuitemkeylev1=11574&key=262401>
- Helsedirektoratet. (2014). Amming og spedbarns kosthold. Landsomfattende undersøkelse 2013. Hentet fra: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ammings-og-spedbarns-kosthold-landsomfattende-undersokelse-2013/Amming%20og%20spedbarns%20kosthold%20%E2%80%93%20landsomfattende%20unders%C3%B8kelse%202013.pdf/_attachment/inline/008eea77-7b4f-4f7b-a6bb-7013b8817af1:da769ba163df13ab13b3d5afc64510c87b32c0f7/Amming%20og%20spedbarns%20kosthold%20%E2%80%93%20landsomfattende%20unders%C3%B8kelse%202013.pdf
- Helsedirektoratet. (2014, 1. april.). Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen>
- Helsedirektoratet. (2016, 11. oktober). Nasjonal faglige retningslinjer for spedbarnsernæring. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spedbarnsernaering>
- Helsedirektoratet. (2018). Årsrapport 2018 – Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem. Hentet fra: https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer/om-kvalitet-og%20kvalitetsindikatorer/%C3%85rsrapport%20for%20NKI%202018.pdf/_attachment/inline/3434c477-3ce3-49d0-8890-

[2e323307de2b:00b80ffd6d20677a44bdd20339f80cdcd1f6032d/%C3%85rsrapport%20for%20NKI%202018.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer/om-kvalitet-og-kvalitetsindikatorer)

Helsedirektoratet. (2019, 9. mai). Om kvalitet og kvalitetsindikatorer. Hentet fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer/om-kvalitet-og-kvalitetsindikatorer>

Helsedirektoratet. (2019). Nyfødtintensivavdelinger – kompetanse og kvalitet. Nasjonal faglig retningslinje. Hentet fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/nyfodtintensivavdelinger-kompetanse-og-kvalitet>

Helsepersonelloven. (1997). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra:

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2

Helsetilsynet (2011). Korleis tek fødeinstitusjon og kommunen vare på behova til barselkvinna og det nyfødde barnet i barseltida? Hentet fra:

https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/Publikasjoner/rapporter2011/helsetilsynetrapport3_2011.pdf/

Helsing, E. & Hægkvist, A-P. (2008). *Amming – til deg som vil amme*. Bergen: Fagbokforlaget.

Hill, R. (2019). Implications of ankyloglossia on breastfeeding. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing*, s. 73-79. Hentet fra:

<https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=30807325>

Hægkvist, A-P. (2009). *Amming*. I Tandberg, B.S. & Steinnes, S. (Red.). *Nyfødtisykepleie 1 – syke nyfødte og premature barn*. (1 utg. S. 301-333) Oslo: Cappelen Damm.

Isaacson, G.C. (2019). Ankyloglossia (tongue-tie) in infants and children. A.H., Messner., & C.A., Armsby (Ed.), *UpToDate*, s. 1-23. Hentet fra:

<https://www.uptodate.com/contents/ankyloglossia-tongue-tie-in-infants-and-children>

Jacobsen, D.I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm.

Liestøl, K., Rosenberg, M. & Walløe, L. Breast-feeding practice in Norway 1860-1984.

Hentet fra: https://www.researchgate.net/publication/240468025_Breast-feeding_practice_in_Norway_1860-1984

Lysaker, H. (2018). *Kartlegging og oppfølging av barn med stramt tungebånd. En intervjuundersøkelse av leger og logopeders erfaringer med stramt tungebånd*. (Masteroppgave). Universitetet i Oslo.

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

- McLaughlin, M., Young, J. & Keogh, S. (2011). Peadiatric nurses knowledge and attitudes related to breastfeeding and the hospitalised infant. *Breastfeeding Review*, vol. 19, s. 13-24.
- Nasjonal kompetansetjeneste for amming. (2015). Baby-friendly Initiative In Community Health service. Oslo universitetssykehus.
- Nasjonal kompetanstjeneste for amming. (2016, 13. oktober.). Fagstoff om amming og morsmelk. Oslo universitetssykehus. Hentet fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonal-kompetansetjeneste-for-ammings-nka/fagstoff-om-ammings-og-morsmelk>
- Norsk sykepleierforbund. (U.å.). Funksjons- og ansvarsområder i nyfødtsykepleie. Hentet fra: <https://www.nsf.no/Content/183922/cache=20122611143758/Funksjons-%20og-%20ansvaromr%C3%A5der%20i%20nyf%C3%B8dtsykepleie.pdf>
- Nortvedt, M.W, Jamtvedt, G., Graverhold, B., Nordheim, L.V. & Reinart, L.M. (2012). *Jobb Kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Nylenna, M. (2013). Standardisert pasientbehandling i et brukerorientert helsevesen. Hentet fra: <https://www.dagensmedisin.no/blogger/magne-nylenna/2013/10/04/standardisert-pasientbehandling-i-et-brukerorientert-helsevesen/>
- Nyqvist, K.H., Häggkvist, A-P., Hansen, M.N., Kylberg, E., Frandsen, A.L., Maastrup, R., Ezeonodo, A., Hannula, L., Koskinen, K. & Haiek, L. (2012). Expansion of the Ten Steps to Successful Breastfeeding into Neonatal Intensive Care: Expert Group Recommendations for Three Guiding Principles. *Journal of Human Lactation*, vol. 28(3), s. 289–296. Hentet fra: https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0890334412441862?fbclid=IwAR2zux7mOWYmwypmzbXS9pgC9XVWnYVGPvz_gJ-pkP0ynXHcficOO4ZfHes
- O’Shea, J.E., Foster, J.P., O’Donnell, C.P.F, Breathnach, D., Jacobs, S.E., Todd, D.A., & Davis, P.G. (2017). Frenotomy for tongue-tie in newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 3, s. 1-35.
- Patel, S. & Patel, S. (2017). The Effectiveness of Lactation Consultants and Lactation Counselors on Breastfeeding Outcomes. *Journal of Human Lactation*, vol. 32 (3), s. 530-541.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2014). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. (8th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

- Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskning. (2018). Forskningsprosjekt. Stramt tungebånd hos spedbarn. En prevalens studie. Hentet fra: https://helseforskning.etikkom.no/prosjekterirek/prosjektregister/prosjekt?p_document_id=1036695&p_parent_id=1049282&_ikbLanguageCode=us
- Renfrew, MJ., McCormick, FM., Wade, A., Quinn, B. & Dowswell, T. (2012). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, s. 1-121.
- Rose, K., Kasbekar, A.V., Flynn, A. & De, S. (2015). Developing a Nurse-Delivered Frenulotomy service. *Otolaryngology – Head and Neck Surgery*, vol. 152 (1), s. 149-152.
- Sandvik, G.K., Stokke, K. & Nortvedt, M.W. (2011). Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus? Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2011/05/hvilke-strategier-er-effektive-ved-implementering-av-kunnskapsbaser-praksis-i>*
- Schlatter, S-M., Chupp, M., Otten, J-E., Harnisch, S., Kunse, M., Savropoulou, D. & Hentschel, R. (2019). The role of tongue-tie in breastfeeding problems – A prospective observational study. *Acta paediatrica*, vol. 108, s. 2214-2221.
- Schmidt, N.A. & Brown, J.M. (2012). Evidence-bases practice for nurses. Appraisal and application of research. (2. utg.). United states of America.
- Srinivasan, A., Khoury, A.A., Puzhko, S., Dobrich, C., Stern, M., Mitnick, H. & Goldfarb, L. (2019). Frenotomy in Infants with Tongue-Tie and Breastfeeding Problems. *Journal of Human Lactation*, s. 1-7. Hentet fra: <https://louisegodincom.files.wordpress.com/2019/08/2018-ilca-srinivasan-frenotomy-in-infants-with-tt-and-bfd-problems.pdf>
- Stiftelsen Dam. (2018). Stramt tungebånd hos spedbarn. Hentet fra: <https://extrastiftelsen.no/prosjekter/stramt-tungeband-hos-spedbarn/>
- Sundhedsstyrelsen. (2018). *Amning - en håndbok for sundhetspersonale*. (4. Utg.). København.
- Suter, V.G. & Bornstein, M.M. (2009). Ankyloglossia: facts and myths in diagnosis and treatment. *J Periodontol*, vol. 80, s. 1204-1219. Hentet fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19656020>
- Søbjerg, I. L., Brandt, L. M. & Tunby, J. (2017, 13. september). *Barnesykepleier - funksjons- og ansvarsområder*. Flisa Trykkeri AS. Hentet fra:

<https://www.nsf.no/Content/3518177/cache=20192201214522/Barnesykepleier%20%E2%80%93%20funksjons-%20og%20ansvar%20i%20A5der%202017.pdf>

- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Unger, C., Chetwynd, E. & Costello, R. (2019). Ankyloglossia Identification, Diagnosis and Frenotomy: A Qualitative Study of Community Referral Pathways. *Journal of Human Lactation*. S. 1-9. DOI: 10.1177/0890334419887368 journals.sagepub.com/home/jhl
- Universitetet i Oslo. (2019). The scope of tongue-tie in Norway. Its prevalence and consequences for child health. Hentet fra: <https://www.uio.no/foransatte/arbeidsstotte/fa/forskpro/prosjekter/med/helsam/allmenntmedisin/the-scope-of-tongue-tie-in-norway.its-prevalence-and-consequences-for-child-health/index.html>
- Universitetssykehuset Nord-Norge. (2019). Metodebok i nyfødttmedisin. Hentet fra: <https://unn.no/Documents/Metodebok%20i%20nyf%20dtmedisin/Metodebok%20nyf%20dtmedisin.pdf>
- Victora, C.G., Bahl, R., Barros, A.J.D., Franca, G.V.A., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M.J., Walker, N. & Rollings, N.C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The lancet*, vol. 387, s. 475-490.
- Webb, A.M., Hao, W. & Hong, P. (2013). The effect of tongue-tie division on breastfeeding and speech articulation: A systematic review. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, vol. 77, s. 635-646.
- World Health Organization. (2018, 16. februar). Infant and young child feeding. Hentet fra: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- World Medical Association. (1964/2013). WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Hentet fra: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Vedlegg 1: invitasjon til deltakelse i prosjekt og samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet «Hvordan identifiserer og håndterer barnesykepleiere ammeproblemer forårsaket av stramt tungebånd?»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan barnesykepleieren identifiserer og håndterer amme problemer som følge av stramt tungebånd. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

I forbindelse med mitt mastergradsprosjekt ved Universitetet i Tromsø, master i barnesykepleie, ønsker jeg å undersøke barnesykepleierens erfaring med stramt tungebånd som årsak til amme problemer. Forskning i dag viser at stramt tungebånd kan medføre utfordringer både for mor og for barnet. Det finnes likevel lite forskning om barnesykepleierens rolle i møte med denne problemstillingen. Som barnesykepleiere er ammeveiledning, kartlegging og oppfølging av ammeutfordringer en sentral arbeidsoppgave i samhandling med mor og barn. Det er derfor hensiktsmessig å få økt kunnskap om temaet for å kunne utøve best mulig praksis ved denne problemstillingen.

På bakgrunn av dette ønsker jeg i dette prosjektet å undersøke hvordan barnesykepleieren opplever fenomenet, samt hvordan barnesykepleieren håndterer og identifiserer amme problemer forårsaket av stramt tungebånd.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

I dette prosjektet ønsker jeg å rekruttere deg som er barnesykepleier, og som har erfaring med ammeveiledning av mødre som opplever amming utfordrende av ulike årsaker. Det er et krav om at du har kjennskap til stramt tungebånd som mulig årsak til ammeutfordringer.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det for deg å delta i et intervju med varighet på ca. 60 min. Intervjuet inneholder spørsmål om din kjennskap til stramt tungebånd og ammeutfordringer, samt din rolle ovenfor mødre som opplever ammeutfordringer og hva du tenker er viktig i møte med mor og baby hvor stramt tungebånd synes å forårsake ammeutfordringer. Under intervjuet vil det bli tatt notater underveis og lydopptak gjennom godkjent båndopptaker, underlagt Universitetet i Tromsø.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Alle personopplysninger vil bli anonymisert og behandles konfidensielt. Lydopptak vil lagres passordbeskyttet på ekstern skylagringstjeneste, og vil slettes umiddelbart etter transkribering av innhold. Alle skriftlige notater vil makuleres etter å ha blitt skrevet over til pc og lagt over på passordbeskyttet ekstern skylagringstjeneste. Det vil kun være student som har tilgang til personopplysninger. Veileder vil kunne få innsikt i anonymisert materiale. Alle deltakere vil bli anonymisert og vil ikke kunne gjenkjennes i det ferdigstilte prosjektet.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes *1.1.2022*. *Alt innsamlet materiell, datamateriell eller lignende vil bli slettet umiddelbart etter prosjektets slutt. Etter dette vil det ikke være mulig å få tilgang til innsamlet datamateriale.*

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra *Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet* har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- *Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet ved (Student)*. Tlf: E-post: eller (prosjektansvarlig). Tlf: E-post:
- Vårt personvernombud: Tlf: E-post:
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

(Prosjektansvarlig/veileder)

(Student)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Hvordan identifiserer og håndterer barnesykepleiere ammeproblemer forårsaket av stramt tungebånd?*» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i *intervju*

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. *1.5.2022*

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: intervjuguide

Innledning

Starter med kort uformell samtale, videre informasjon om hvem jeg er og bakgrunn, hensikt og mål med prosjektet, informantens rettigheter (kan trekke seg når som helst, sikring av anonymitet etc). og hva jeg ønsker å få ut av intervjuet «informantens egne tanker, erfaringer, synspunkter, viktigheten av at mødre/barn ikke gjenkjennes» Evt. om informanten lurte på noe før vi begynner.

Før spm. Snakke litt om div. For å kontekstualisere empirien. Noteres ned på ark før opptak starter.

- Utdanning
- Hvor lenge jobbet her? Jobbet andre plasser?
- Hvor stor er avd? Hvor gamle er barna her?
- Hvor mange ansatte?
- Kontaktsykepleierordning?
- Hvem jobber her? Spl? Helsearbeiderere? Barnepleiere?

Prosjektets problemstilling vil være er å undersøke fenomenet «**En tunge til besvær?**», hvor essensen er å fange opp «Hvordan håndterer og identifiserer barnesykepleieren amme problemer forårsaket av stramt tungebånd?»

Etter å ha presentert prosjektet kort, vil intervjuet fokusere på følgende spørsmål:

1) Kan du fortelle litt om hvordan du identifiserer/oppdager amme problemer?

- a. **Tilleggsspørsmål 1:** Kan du fortelle litt om hva du tenker er viktig både fra ditt ståsted, og hva du tenker er viktig for mødre når de opplever ammeutfordringer?
 - i. Kan du fortelle litt om din rolle som barnesykepleier ifht. dette? Hvordan håndterer dere amme problemer? Gis det oppfølging?
 - ii. Opplever du at mødre blir tatt på alvor i sine bekymringer når de tar kontakt ved helsevesenet ved ammeutfordringer?

2) Jeg ønsker at du forteller litt generelt om din erfaring med å arbeide med mødre som opplever amming som utfordrende? Hva tenker du er de vanligste årsakene til ammeproblemer?

3) Når det gjelder stramt tungebånd, hva tenker du om ammeproblemene som følger med det?

- a. Tilleggsspørsmål 1: Hvilke tanker og erfaringer har du om stramt tungebånd generelt og som årsak til ammeutfordringer? Hvor stammer din kunnskap om stramt tungebånd fra?

4) Hvordan identifiserer og håndterer du stramt tungebånd?

Ammeveiledning, henvisning videre, avventer, observerer? Kan du fortelle mer..?

- a. Tilleggsspørsmål 1: Opplever du at dette har effekt og eventuelt på hvilken måte?
- b. Tilleggsspørsmål 2: Har du inntrykk av at mødre opplever å få tilstrekkelig hjelp og oppfølging når stramt tungebånd forårsaker ammeproblemer?
- c. Tilleggsspørsmål 3: Hvilken oppfatning har du av helsepersonells kompetanse om tungebåndsproblematikk og ammeproblemer?
- d. Tilleggsspørsmål 4: Snakkes det om stramt tungebånd i avd? Har dere retningslinjer? Har dere forum for å diskutere sårn? Hva skrives i rapportene?
- e. Tilleggsspørsmål 5: Kan du fortelle om en hendelse/situasjon der du måtte gi ammeveiledning til en mor, hvor barnet hadde stramt tungebånd?
- f. Tilleggsspørsmål 6: Har du inntrykk av at mødre opplever det som utfordrende å amme barn med stramt tungebånd? På hvilken måte?

5) Dersom du kjenner til barn som har fått klippet tungebåndet;

- a. På hvilken måte ble det gjort?

- b. Fra ditt ståsted, opplever du at det gir bedring av ammeproblemer?
 - i. På hvilken måte for mor?
 - ii. På hvilken måte for barn?
 - iii. Hva tenker du kan være fordeler/ ulemper for mor/barn at barnet får klippet tungebåndet sitt?

Avsluttende spørsmål

- 6) Tenker du at ammeproblemer som følge av stramt tungebånd kan være årsak til at mødre slutter å amme tidligere enn det anbefales fra WHO sin side, og i så fall hvorfor?
- 7) Etter dine erfaringer og opplevelser, hva mener du helsepersonell kan bidra med for denne typen problemstillinger? (Hva skulle du ønske var annerledes? Trengs det mer fokus på fagområdet i dag? Behov for mer kartlegging, kunnskap og forskning? Har vi gode nok retningslinjer eller trengs det ytterligere kartlegging og forskning?
- 8)

Vi nærmer oss nå slutten..

- 9) Er det noe annet som vi ikke har snakket om, men som du ønsker å si noe om?

Hjelpemidler til eventuelle oppfølgingsspørsmål:

- Kan du forklare det for meg? Hva skjedde?
- Hva gjorde du? Hvordan husker du det? Hvordan opplevde du det?
- Hva føler du i forhold til det nå? Hvordan reagerte du følelsesmessig på det som skjedde?
- Hva synes du om det? Hvordan oppfatter du dette problemet?
- Hva mener du om det som skjedde? Hvordan bedømmer du det i dag?
- Forstår jeg deg riktig når du sier at..?

