



Linnéuniversitetet

Kalmar Växjö

Självständigt arbete 15 hp

Att ge amningsstöd på barnavårdscentralen

*En intervjustudie om distriktssköterskans
erfarenhet*



Författare: Julia Gunnarsson och
Susanne Miller
Handledare: Kristina Schildmeijer
Examinator: Marie Kirsebom
Termin: HT19
Ämne: Vårdvetenskap
Nivå: Avancerad
Kurskod: 4VÅ02E



Sammanfattning

Bakgrund: Amningsfrekvensen sjunker trots att forskningen visar på fördelar med amning. Flertalet faktorer påverkar mammans val att amma. Distriktssköterskan på barnavårdscentralen ska stödja föräldrar i föräldraskapet för att gynna en allsidig utveckling för barnet.

Syfte: Syftet med studien var att belysa distriktssköterskans erfarenheter av att ge amningsstöd på barnavårdscentralen.

Metod: En kvalitativ metod med induktiv ansats tillämpades i studien. Datainsamlingen genomfördes med semistrukturerade intervjuer med tio distriktssköterskor på barnavårdscentralen. Utifrån kvalitativ innehållsanalys analyserades det insamlade materialet.

Resultat: Huvudfynden för studien var att flera aspekter inverkar på amningens utfall. Amningsstöd var viktigt för att etablera amning eftersom amning kunde medföra utmaningar för mamman. Slutligen belystes utmaningar för distriktssköterskan när amningsstöd skulle ges, så som tidsbrist, kunskapsbehov och vikten av att vara lyhörd inför mamman.

Slutsats: Amning är komplicerat och mamman har inte alltid en bild av amning som speglar verkligheten. Distriktssköterskan har en viktig roll att stötta mamman till en fungerande amning. Tidsbrist, ej samstämmiga amningsråd och brist på fortbildning skapar utmaningar för distriktssköterskan i att ge amningsstöd

Nyckelord

Amning, distriktssköterska, stöd, amningssvårigheter, barnhälsovård.



Abstract

Background: Even if research show that breastfeeding has positive health effects the breast feeding rates are declining. Many factors influence the mothers' choice in breastfeeding. The District Nurses role at the child health care center is to support parents in parenthood to promote all around healthy development for the child.

Aim: The aim of the study was to illuminate the District Nurses experience of giving breastfeeding support at the child health care center.

Method: A qualitative method with an inductive approach was used for the study. The data collection was conducted through semi-structured interviews with ten District Nurses at the child health center. A qualitative content analysis was used to analyse the gathered material.

Findings: The key findings for the study was that many aspects had an impact on the mothers' choice to breastfeed. Breastfeeding support was important to establish breastfeeding because with breastfeeding challenges arose for the mother. There were also challenges for the District Nurse in the shape of lack of time, need of knowledge and the importance in being perceptive of the mothers needs.

Conclusion: The conclusion shows that breastfeeding is complicated and the mother doesn't always have a reality-based image of breastfeeding. The District Nurse has a key role in supporting the mother to breastfeed successfully. Lack of time, inconclusive breastfeeding advice and lack of continuous education created challenges to give breastfeeding support for the District Nurse.

Keywords

Breastfeeding, District Nurse, Support, Breastfeeding difficulties, Child Health Care



Tack

Ett stort tack till alla distriktssköterskor som delat med sig av erfarenheter och därmed möjliggjort denna studie.

Till Kristina vår handledare, tack för utmärkt handledning.



Innehållsförteckning

1	Inledning	1
2	Bakgrund.....	2
2.1	<i>Värdet av amning.....</i>	2
2.2	<i>Amning ur ett historiskt perspektiv</i>	3
2.3	<i>Lagar och författningar</i>	3
2.4	<i>Faktorer som påverkar valet att fortsätta eller att sluta amma.....</i>	4
2.5	<i>Specialistsköterskans roll på barnavårdscentralen.....</i>	7
2.6	<i>Teoretisk referensram.....</i>	8
2.6.1	<i>Motivationsteori i relation till amning</i>	8
3	Problemformulering.....	10
4	Syfte	10
5	Metod.....	11
5.1	<i>Design.....</i>	11
5.2	<i>Urval.....</i>	11
5.3	<i>Genomförande</i>	12
5.4	<i>Datainsamling.....</i>	12
5.5	<i>Analys</i>	13
5.6	<i>Förförståelse.....</i>	15
5.7	<i>Etiska aspekter.....</i>	15
6	Resultat.....	16
6.1	<i>Amningsstöd.....</i>	17
6.1.1	<i>Mammans behov av stöd vid amningsproblem</i>	17
6.1.2	<i>Föräldrars behov av information.....</i>	18
6.1.3	<i>Nyblivna föräldrars förväntan på amning</i>	19
6.1.4	<i>Mammans inställning till amning</i>	19
6.1.5	<i>Stöd från partner</i>	20
6.1.6	<i>Amningsfokus vid första hembesöket.....</i>	20
6.2	<i>Utmaningar vid amning.....</i>	21
6.2.1	<i>Fysiska faktorer.....</i>	21
6.2.2	<i>Mammans välmående påverkar amningen.....</i>	21
6.2.3	<i>Råd från omgivningen och sociala medier.....</i>	22
6.2.4	<i>Tidigt hem från BB</i>	23
6.2.5	<i>Påtryckningar från amningsmottagningen</i>	24
6.2.6	<i>Jämlikt föräldraskap.....</i>	24
6.3	<i>Distriktssköterskans utmaningar</i>	25
6.3.1	<i>Kunskapsbehov hos distriktssköterskor på BVC.....</i>	25
6.3.2	<i>Tidsbristens inverkan på amningsstödet</i>	25



6.3.3	Olika råd skapar förvirring.....	26
6.3.4	Att vara lyhörd inför mamman	26
7	Metoddiskussion	27
7.1	<i>Design</i>	27
7.2	<i>Urval</i>	28
7.3	<i>Datainsamling</i>	29
7.4	<i>Analys</i>	30
7.5	<i>Etiska reflektioner</i>	32
8	Resultatdiskussion	33
9	Slutsats.....	40
10	Referenser	42

Bilagor

Bilaga A

Bilaga B

Bilaga C

Bilaga D

Bilaga E



1 Inledning

Amningens positiva effekter för både mamma och barn är väl kända sedan lång tid tillbaka. Trots de positiva effekterna uppskattas det ur ett globalt perspektiv att endast 34,8 procent av spädbarn ammar uteslutande de första sex månaderna av livet, majoriteten får någon annan mat eller vätska under de första månaderna (World Health Organization [WHO], 2017).

Socialstyrelsen (2019) redovisar att amningsfrekvensen i Sverige sakta gått ned sedan år 2004, då andelen delvis ammade vid sex månader minskat till 72 procent. Statistiken för år 2017 visar att andelen delvis ammade vid sex månader var 50,3 procent. I södra Sverige där denna studie genomförts redovisas liknande siffror (Socialstyrelsen, 2019).

Författarna till denna studie har varit i kontakt med mammor som rapporterar om bristande amningsstöd på barnavårdscentralen (BVC). Vilket styrks av Keevash, Norman, Forrest och Mortimer (2018) som visar att mammor upplever att de inte får tillräckligt med stöd. Författarna till denna studie har även varit i kontakt med distriktssköterskor på BVC som anser att de har en central roll i att ge amningsstöd på BVC. Däremot upplever distriktssköterskorna att de inte har tillräckligt med kunskap om amning. Det saknas svensk forskning som belyser problemområdet ur distriktssköterskans perspektiv. Författarna önskar därför undersöka distriktssköterskans erfarenhet av att ge amningsstöd på BVC. Som blivande distriktssköterskor kommer vi i vår nya yrkesroll att möta nyblivna mammor på BVC och denna studies resultat kan därför få en stor betydelse och bidra till en ökad kunskap och förståelse för ämnet och problemen.



2 Bakgrund

2.1 Värdet av amning

WHO och UNICEF:s rekommendationer är helamning i sex månader, och därefter fortsatt amning i två år eller längre, i kombination med eller som komplement till näringsrik och adekvat kost (WHO, 2009). Enligt Rikshandboken Barnhälsovård (RBHV, 2015) är att amma sitt barn den naturligaste och enklaste metoden att ge föda. Bröstmjölken individanpassas för barnet och innehåller all näring som behövs första halvåret, förutom D-vitamin som behöver ges som tillskott. Barnet får genom amning ett skydd mot sjukdomar. Hälsoeffekter som följer med amning gäller både mamma och barn och kan ses som en folkhälsoindikator för att förbättra barn, kvinnors och familjers hälsa (RBHV, 2015). Enligt WHO (2009) är fördelarna med amning många och i princip alla kvinnor är biologiskt kapabla att amma, endast fem procent kan inte amma på grund av medicinska skäl, vilket även Thulier och Mercer (2009) påvisar i sin studie. WHO (2009) tar även upp att öroninflammation, hjärnhinneinflammation och urinvägsinfektion är mindre vanligt hos barn som ammas, och ammande barn som ändå insjuknar drabbas lindrigare. Vidare redovisar WHO (2009) att barn som får ersättning istället för modersmjölk har en förhöjd risk av typ 1 - diabetes, celiaki, ulcerös colit och morbus chrons sjukdom. Det är även associerat med ökad risk för barnleukemi. Risken för fetma i sena barn- och ungdomsåren minskar om barnet har ammats (WHO, 2009), vilket även Rollins et al. (2016) styrker i sin studie. Risken för hjärt- och kärlsjukdom i vuxen ålder minskar om barnet har ammats. Intelligensten ökar hos barn som ammats jämfört med barn som fått ersättning (WHO, 2009). Rollins et al. (2016) påpekar att amning även kan minska risken med plötslig spädbarnsdöd med 36 procent. Även mamman skyddas av att amma då studier visar att amning kan minska prevalensen av bröstcancer och ovarialcancer hos mamman (Rollins et al., 2016).



2.2 Amning ur ett historiskt perspektiv

Enligt Rikshandboken barnhälsovård (2015) började amningsfrekvensen i Sverige att sjunka under 1940-talet och på 1950–1960-talet startades en stor kampanj vilken marknadsförde bröstmjölk ersättning som ett likvärdigt alternativ till bröstmjolk. Tillägg ordinerades många gånger för att barnets tillväxtkurva inte var tillfredsställande. Fram till 1970-talet minskade kunskapen om amning drastiskt, både i samhället och hos hälso- och sjukvårdspersonal vilket resulterade i att amningsfrekvensen dramatiskt gick ned. I början av 1980-talet startades ett initiativ från WHO för att främja amning globalt och en internationell kod ”WHO-koden” infördes för att begränsa marknadsföring av bröstmjölk ersättning. Baby Friendly Hospital Initiative startades 1991 av WHO och UNICEF för att få verksamheter att följa amningsfrämjande kriterier, det vill säga 10 steg som främjar amning (Socialstyrelsen, 2014a). Insatserna medförde att personalens kunskap om amning ökade och ett mer amningsvänligt förhållningssätt bredde ut sig i samhället. Vidare medförde detta att amningsfrekvensen ökade markant under 1990-talet (RBHV, 2015).

2.3 Lagar och författningar

Barnkonventionen (2009), artikel 6, beskriver alla barns rätt till liv, överlevnad och utveckling. Det tas även upp att barn har rätt till bästa möjliga hälsa. Artikel 24 i barnkonventionen (2009) beskriver att konventionsstaterna ska vidta åtgärder för att minska plötslig spädbarnsdöd, bekämpa sjukdom och malnutrition vilket är ålagt primärvården i första hand. Artikel 24 beskriver även att mammor ska få en garanterad tillfredsställande hälsovård före och efter förlossning samt säkerställa att föräldrar får information om fördelarna med amning. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om information som avser uppfödning genom amning eller med modersmjölk ersättning (2017) redovisar att mamman bör



få tydlig information om amningens fördelar och de negativa effekter på amning som partiell uppfödning med ersättning orsakar. Det bör även ges information om svårigheten att övergå till amning om ersättning introducerats. Informationen ska i enlighet med *Patientlag* (SFS 2014:821) anpassas till mottagaren och den som ger information ska i möjligaste mån säkerställa att mottagaren tillgodogjort sig informationen.

2.4 Faktorer som påverkar valet att fortsätta eller att sluta amma

Enligt Keevash et al. (2018) upplever mammor att de inte får tillräckligt med stöd av vårdpersonal gällande amning. Bristande kunskaper och ett icke tillmötesgående förhållningssätt hos hälso- och sjukvårdspersonal bidrar till att mammor får svårigheter att upprätthålla amningen. Bai, Middlestadt och Peng (2009) presenterar flertalet faktorer som påverkar fortsatt amning efter sex månader. Dessa är positiv anknytning till barnet, att amning förbättrar barnets hälsa och immunförsvar, ett bra socialt stöd samt ett positivt stöd från vårdpersonal. En del mammor rapporterar att de känner sig bundna av att helamma och upplever ett bristande stöd från omgivningen och vårdpersonal. Ytterligare faktorer som påverkar fortsatt amning efter sex månader är återgång till arbete eller studier (WHO, 2009; Rollins et al., 2016).

Enligt Rollins et al. (2016) är aspekterna som påverkar beslutet att amma många. Kulturella, individuella och socioekonomiska faktorer har stor inverkan på valet att amma. Felaktiga amningsråd från omgivningen och hälso- och sjukvårdspersonal underminerar mammors självförtroende och förmåga att kunna amma. Vanliga anledningar till att sluta amma är dålig amningsposition, att barnet inte har korrekt grepp om bröstvårtan och otillräckligt stöd. Kunskapsbrist hos mammorna bidrar till att amningen avslutas i förtid, till exempel kan föräldrarna tolka barnets signaler fel. Barnets gråt och kinkighet tolkas som hunger vilket resulterar i att mamman



tror att hon inte har tillräckligt med mjölk och därmed introducerar ersättning (Rollins et al., 2016). Brown, Rance och Benett (2016) redovisar ytterligare aspekter som har inverkan på fortsatt amning. Dessa aspekter var utmattning, smärta, nedsatt mjölkproduktion, negativ inverkan på mammans dagliga liv, kroppsuppfattning, svårigheter med att amma offentligt och bristande socialt stöd. Spencer, Greatrex-White och Fraser (2014) styrker att utmattning och smärta påverkar amningen negativt.

Enligt Schmied, Beake, Sheehan, McCourt och Dykes (2011) behöver mammor känna att någon finns där för dem för att stötta i amningen, de efterfrågar en tillitsfull relation till sin vårdgivare där hen har ett empatiskt förhållningssätt. De tar även upp vikten av att vårdgivaren tar sig tid att hjälpa, både genom samtal och rådgivning. Graffy och Taylor (2005) påtalar vikten av att mamman känner sig lyssnad på och får uppmuntran utan att känna sig pressad. Det styrker Bäckström, Hertfelt Wahn och Ekström (2010), Graffy och Taylor (2005) samt Schmied et. al. (2011) som betonar att mammor behöver bekräftelse på att de ammar rätt och får bekräftelse på vad som är normalt under amningsprocessen. Att vårdgivaren observerar ett amningstillfälle bidrar till ökad trygghet vilket även påverkar självförtroendet positivt. Bäckström et al. (2010) tar även upp att bekräftelse och uppmuntran värderas högt av mamman.

Om vårdgivaren är dogmatisk och inte individanpassar information, eller om mamman får olika råd från olika vårdgivare resulterar det i känslor av förvirring och underminering istället för att verka stöttande för den ammande mamman (Schmied et. al, 2011). Blixt, Mårtensson och Ekström (2014) visar att om hälso och sjukvårdspersonalen är utbildad enligt WHO:s riktlinjer ökar amningsstödet och mamman känner sig mer bekväm med sin upplevelse av att ha tillräcklig mjölkproduktion. Stressad vårdpersonal som inte tar sig tiden att ge ordentligt genomgående amningsstöd på BB upplevs påverka



mammor negativt (Graffy & Taylor, 2005). Blixt et. al. (2014) beskriver att mammor som får kontinuerlig information och stöd om amning under graviditeten, både på BB och även efter etablerad amning, får ökat självförtroende och ökad trygghet gällande amning. I sin tur leder detta till att mammor ammar en längre tid. Graffy och Taylor (2005) visar att mammor inte känner sig stöttade första dagarna efter födsel. Många mammor rapporterar att de inte känt sig förberedda för den första tiden hemma (Hjälmhult & Lomborg, 2012). I studien av Spencer et al. (2014) framkommer det att mammor känner sig otrygga vid hemgång och att de inte vet vart de ska vända sig för stöd första tiden efter utskrivning från BB. De är inte förberedda, bekväma eller har självförtroende nog angående amningspositioner och sugteknik vilket uppbringar rädsla för att själva ha ansvaret över att barnet får i sig tillräckligt med mat och näring. Spencer et al. (2014) påvisar även att det finns en klyfta mellan förväntningar på amning och amningens verklighet. En stor andel av mammorna i studien beskriver det som en chock hur amningen fungerar i verkligheten. Många mammor upplever otillräcklig information och har därmed svårigheter att förbereda sig på kommande amning, vilka problem som kan uppstå och hur de ska hantera dem (Keevash et al., 2018; Graffy & Taylor, 2005). Enligt Keevash et. al (2018) upplever mammor att en bristande amning har negativ effekt på anknytningen till barnet. Det styrker Spencer et al. (2014) som redovisar att mammor blir besvikna på sig själva när amningen inte fungerar och beskriver att amningstillfällen blir en mardröm istället för en möjlighet att knyta an. Hjälmhult och Lomborg (2012) påtalar att adekvat, tillgänglig och individanpassad amningsrådgivning ökar mammornas trygghet. Mammor uppskattar hembesök efter utskrivning från BB då det ges utrymme att diskutera amning och eventuella besvär. Enligt 10 steg som främjar amning (2014a) ska information vid utskrivning ges till föräldrar om att de kan få stöd och hjälp hos amningsmottagning och BVC. Vårdgivare ska även uppmuntra till bildning av stödgrupper för amning. Socialstyrelsen (2014b)



tar upp att föräldrastöd i grupp uppskattas av både föräldrar och personal. Familjecentralen där BVC-sköterskan samarbetar med andra yrkesgrupper så som socialtjänst, mödravård och öppen förskola, är ett passande forum för föräldrastöd (Socialstyrelsen, 2014b).

För att främja amning är kunskapen hos hälso- och sjukvårdspersonalen av största vikt. Brist på kunskap om amning hos vårdpersonal är ett hinder vid utveckling och tillämpning av amningsinformation (WHO, 2009). Enligt Marks och O'Connor (2015) samt Anstey et al. (2017) är det komplext för hälso- och sjukvårdspersonal att stödja mammor i sin amning. Ovan nämnda studier påtalar att vårdgivare upplever barriärer i form av att deras inflytande många gånger är litet på grund utav flertalet externa faktorer. Exempel på detta är socialt stöd, moraliskt dömande och påtryckningar som påverkar mammans beslut. Anstey et al (2017) beskriver personalbrist, tidsbrist och okunskap hos vårdpersonal som ytterligare barriärer för att ge amningsstöd.

2.5 Specialistsköterskans roll på barnvårdscentralen

Enligt Socialstyrelsen (2014b) är målen för barnhälsovården att främja barns hälsa och utveckling, förebygga ohälsa och tidigt identifiera och åtgärda problem i hälsa, utveckling och miljö. Rekommendationer för att uppnå målen är att barnhälsovården stödjer föräldrar i föräldraskapet för att gynna en allsidig utveckling för barnet. Individuellt anpassad hjälp ska ges till varje barn och förälder. Alla barn ska erbjudas hälsoövervakning. (Socialstyrelsen, 2014b).

Nationella nätverket för vårdutvecklare/barnhälsovårdsamordnare i Sverige (2017) beskriver att sjuksköterskan inom barnhälsovård ska ha en specialistsjuksköterskeexamen, antingen distriktssköterska eller med inriktning hälso- och sjukvård för barn och ungdom. Barnhälsovård innebär



arbetet som utförs på BVC (RBHV, 2019). Specialistsjuksköterskan på BVC ska vara väl förtrogen med barnets utveckling, åtgärder för att förebygga ohälsa och främja hälsa, barnsjukdomar och vilken betydelse psykosociala faktorer har. Goda evidensbaserade kunskaper om barnnutrition, anknytning och samspel, barns hälsa och utveckling krävs av specialistsjuksköterskan inom barnhälsovård (Nationella nätverket för vårdutvecklare/barnhälsovårdsamordnare i Sverige, 2017).

2.6 Teoretisk referensram

Motivationsteori i relation till amning har valts som teoretisk ram för studien (Stockdale, Sinclair, Kernohan & Keller, 2011a). Amning betraktas som ett beteende vilket behöver läras in. Hälso- och sjukvårdspersonal intar ofta en utbildande roll för att motivera mamman till amning. Hur information och stöd förmedlas till mamman har betydelse för hennes personliga motivation till att lära (Stockdale, et. al, 2011b).

2.6.1 Motivationsteori i relation till amning

Stockdale et al. (2011a) definierar motivation som något som stärker och vägleder beteende mot ett särskilt mål. En motiverad person upplever en energi eller kraft vilken har förmågan att hjälpa dem att uppfylla sina mål. Motivation är ett mångfacetterat fenomen som kräver ett mångfacetterat förhållningssätt. För att förstå motivation i relation till amning finns tre teoretiska byggstenar att beakta. Endast när förståelse för dessa tre byggstenar uppnås kan vårdpersonal bemöta det unika, individuella beteendet i relation till amning (Stockdale, et al., 2011a). Nedan beskrivs teorins byggstenar var för sig.



2.6.1.1 *Motivationens balans mellan värdet av handling och förväntning att lyckas*

Att amma måste ha ett personligt värde för mamman. Mamman bedömer värdet av amningen i förhållande till förväntningar på att lyckas. När amning värderas högt och hon tror att hon kan lyckas, uppstår en balans vilken motiverar och ger kraft till att uppfylla personliga mål (Stockdale, et al., 2011a).

2.6.1.2 *Motiverande inverkan av erfarenhet och mål*

Erfarenheterna av amning påverkar mammans motivation till att fortsätta amma. Bristande motivation styrs mer av erfarenheter än kunskap om amning. Kunskap om amning är en viktig del för mamman att nå sitt mål men kunskap leder inte nödvändigtvis till självförtroende och lyckad amning. Under amningens gång utvärderar mamman sin kompetens baserad på sina upplevelser och erfarenheter av amning. Denna kunskap ger information om hur nära hon är att lyckas med sitt mål (Stockdale, et al., 2011a).

2.6.1.3 *Motivationens inverkan av personlig uthållighet*

Uthållighet kan ses som en indikator på en persons förmåga att tro på sig själv. En persons egenvärde och självkänsla har stor påverkan på dess förmåga att hålla ut. Människan har ett behov att skapa mening ur positiva och negativa händelser och ur dem dra slutsatser varför hon lyckas eller misslyckas. Om mamman förknippar negativa amningserfarenheter till sin egen oförmåga att amma påverkas uthålligheten negativt och därmed även motivationen (Stockdale, et al., 2011a).

Stockdale et al. (2011b) beskriver att amningsinformationen behöver innefatta amningens alla sidor, där även amningens utmaningar inkluderas. Stämmer mammans amningserfarenhet överens med den information hon fått



tidigare, leder det till ökat självförtroende och motivation till fortsatt amning. Stämmer amningserfarenheten inte överens med informationen leder det till minskat självförtroende vilket påverkar motivationen till amningen negativt (Stockdale, et al., 2011b).

3 Problemformulering

Amningen har över tid minskat i Sverige trots välkända positiva hälsoeffekter för både mamma och barn. Tidigare forskning visar att mammor upplever att de inte får tillräckligt med stöd i sin amning, att hälso- och sjukvårdspersonal inte lyssnar på dem och att de får olika råd som inte överensstämmer med varandra vilket resulterar i en bristande tilltro. Mammor vill ha realistisk information som förbereder dem inför kommande amning. Internationella studier visar att hälso- och sjukvårdspersonal saknar kunskap för att ge professionellt amningsstöd och att det finns barriärer i form av brister i verksamheten. Få svenska studier belyser distriktssköterskans roll vid amningsstöd. Distriktssköterskan på BVC ska verka för att främja hälsa och förebygga ohälsa, därmed har distriktssköterskan ett stort ansvar att främja amning. Amningens positiva hälsoeffekter bidrar till ökad folkhälsa och i förlängningen minskad belastning på samhället. Därför vill författarna till studien undersöka distriktssköterskans erfarenheter av att ge professionellt amningsstöd på barnavårdscentralen.

4 Syfte

Syftet med studien var att belysa distriktssköterskans erfarenheter av att ge amningsstöd på barnavårdscentralen.



5 Metod

5.1 Design

För att undersöka distriktssköterskans erfarenheter av amningsstöd valdes kvalitativ metod med induktivt förhållningssätt. Enligt Henricson och Billhult (2017) syftar kvalitativ metod till att studera fenomen i form av levda erfarenheter. Data samlades i form av intervjuer vilka analyserades och därefter kunde slutsatser dras vilket Priebe och Landström (2017) menar utgör det induktiva förhållningssättet.

5.2 Urval

I enlighet med Polit och Beck (2017) valdes distriktssköterskor som upplevt fenomenet och därmed ansågs kunna ge svar på studiens syfte.

Distriktssköterskorna rekryterades genom ändamålsenligt urval vilket innebär att välja personer som kan ge rikligt med information till studien (Henricson & Billhult, 2017). Studiens inklusionskriterier var distriktssköterskor utan dubbelkompetens, som hade minst ett års yrkeserfarenhet inom BVC och var yrkesverksamma på BVC i södra Sverige. På grund av rekryteringssvårigheter valde författarna till studien att även inkludera distriktssköterskor med dubbelkompetens eftersom deras kompetens kunde vara relevant för studiens syfte. Alla distriktssköterskorna var kvinnor och ålder var mellan 36 och 57 år där genomsnittsåldern var 50 år. Yrkeserfarenheten på BVC varierade från 3 till 20 år, se tabell (Tabell 1). Två av distriktssköterskorna hade även specialistutbildning inom barn. Fortbildning inom amning varierade från ingen till genomgången utbildning. Alla hade personlig erfarenhet av amning.



Tabell 1. Demografiska data

Ålder		Erfarenhet på BVC	
36-47	3	3-5 år	3
47-57	7	6-12 år	4
Kön		15-17 år	3
Kvinnor	10	Dubbelkompetens	2
Män	0	Personlig erfarenhet av amning	10

5.3 Genomförande

Information och förfrågan om deltagande i studien skickades ut via email till verksamhetschefer på vårdcentraler i södra Sverige, se bilaga (Bilaga A och Bilaga B). Det fanns vårdcentraler som exkluderades på grund av avstånd. Förfrågningar skickades även ut till dessa vårdcentraler i ett senare skede, till följd av rekryteringssvårigheter.

Av 16 tillfrågade verksamhetschefer svarade sex aldrig på förfrågan, fyra svarade nej och sex gav sitt godkännande. Verksamhetschefer som godkänt deltagande i studien vidarebefordrade information till aktuella distriktssköterskor. Författarna tog kontakt med 18 distriktssköterskor. 15 via email och tre kontaktades på telefon. Elva svarade ja till att delta. Två avböjde till att delta i studien och fem återkom aldrig med svar. Av de elva distriktssköterskorna som valt att delta exkluderades en då informanten inte hade möjlighet att intervjuas inom tidsplanen för studien.

5.4 Datainsamling

För att besvara studiens syfte valdes semistrukturerade intervjuer vilket innebär att intervjun byggs på öppna frågor med en intervjuguide som stöd,



se bilaga (Bilaga C). Danielsson (2017a) menar att öppna intervjuer är en lämplig metod för att ge svar på personers erfarenheter.

Samtliga intervjuer genomfördes på respektive BVC-verksamhet i enskilt rum. Distriktssköterskorna fick muntlig samt skriftlig information om studien och de fick även skriva på samtyckesformulär, se bilaga (Bilaga D) innan intervjuens start.

En provintervju genomfördes i enlighet med Danielsson (2017a) för att kunna utvärdera intervjuguiden, testa inspelningsutrustningen och eventuellt justera intervjufrågorna. På grund av yttre faktorer genomförde endast en av författarna provintervjun. Efteråt omarbetades vissa delar av intervjuguiden då ett fåtal frågor ej besvarade studiens syfte. Provintervjun inkluderades i studien eftersom innehållet föll inom ramen för studiens syfte.

Resterande nio intervjuer genomfördes med båda författarna närvarande där en ställde frågor och den andra lyssnade och kompletterade med följdfrågor vid behov. Intervjuernas längd varierade mellan 16-45 minuter med en genomsnittstid på 29 minuter. Samtliga intervjuer spelades in med röst-memoapplikationen på iPhone. Båda författarna spelade in intervjuerna för att förhindra förlust av material vid tekniska problem. Polit och Beck (2017) rekommenderar inspelade intervjuer eftersom anteckningar ökar risk för bias då det distraherar personen som leder intervjun, vars huvuduppgift är att lyssna fokuserat och observera.

5.5 Analys

Materialet transkriberades ordagrant enskilt av författarna, därefter lyssnades intervjuerna igenom av båda författarna för att säkerställa att transkriberingen var korrekt. Graneheim och Lundmans (2004) metod för kvalitativ innehållsanalys användes vid analysen av materialet.



Innehållsanalysen genomfördes med ett manifest förhållningssätt med fokus på vad texten säger.

Inledningsvis delades det transkriberade materialet in i analysenheter, det vill säga varje enskild transkriberad intervju. Analysenheterna lästes igenom flera gånger av båda författarna för att uppnå en helhet. Författarna markerade individuellt meningar och stycken som ansågs svara på studiens syfte vilket utgjorde meningsenheter. Därefter jämförde författarna tillsammans meningsenheterna och relevanta meningsenheter valdes ut. I nästa steg kondenserades meningsenheterna vilket innebar att överflödigt text sållades bort men kärnan bevarades. Vidare skapades koder för varje meningsenhet. Graneheim och Lundman (2004) beskriver en kod som en etikett för varje meningsenhet vilken bör förstås i relation till sin kontext. Kondensering och kodning genomfördes individuellt men vid oklarheter diskuterades materialet gemensamt. Resterande steg i analysprocessen genomförde författarna tillsammans. Samtliga steg i analysen innehållande meningsenhet, kondenserad meningsenhet och kod lades in i tabeller för tydlighet och struktur, se tabell (Tabell 2). Därefter skrevs analystabellerna ut på olikfärgat papper för att tydliggöra materialets variation. Därefter klipptes varje kod med tillhörande meningsenhet ut och sorterades efter likheter och skillnader. Under sorteringen skapades subkategorier på post-it-lappar, när sorteringen var genomförd framträdde kategorier (Graneheim & Lundman, 2004). Slutligen uppkom tre kategorier och 16 subkategorier.



Tabell 2. Exempel på innehållsanalys

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
...märker jag det då att det krånglar med nånting då lägger vi ju fokus på det vid första hembesöket så kanske den andra informationen får vänta till nästa gång eftersom jag har en viss tid avsatt men då blir det ju lite amningsfokus då...	Vid första hembesöket får fokus läggas på amning vid amningsproblem och annan information får vänta	Vid behov får amningsstöd ta plats istället för annan information på hembesöket	Amningsfokus vid första hembesöket	Amningsstöd
och likadant när det ska va så jämlikt att pappa ska vara med och mata också och man tar flaska ganska tidigt. Då kan det ju störa.	Pappa ska vara med och mata vilket stör amningen	Jämlikt föräldraskap kan störa amningen	Jämlikt föräldraskap	Utmaningar vid amning
... när vi har mycket att göra har vi inte alltid tiden att sitta och göra amningsobservationer. Och då hänvisar vi till amningsmottagningen istället.	Inte alltid tid att amningsobservera hänvisar då till amningsmottagningen	Hänvisar till amningsmottagningen på grund av tidsbrist	Tidsbristens inverkan på amningsstödet	Distrikts-sköterskans utmaningar

5.6 Förförståelse

Författarna till studien hade båda personlig erfarenhet av fungerande amning och var väl insatta i området. Författarna var båda blivande distriktsköterskor och hade akademisk utbildning i ämnet. För att få en större förförståelse samt inblick i problemet söktes information i tidigare forskning och samtal med fyra BVC-sköterskor på två olika BVC genomfördes, innan studiens början.

5.7 Etiska aspekter

Etisk prövning genomfördes inte eftersom studien föll inom ramen för forskning på avancerad nivå enligt *Lag om etikprövning av forskning som avser människor* (SFS 2003:460). Författarna genomförde även en etisk



egengranskning, se bilaga (Bilaga E). Studiens nytta i relation till risk diskuterades och nyttan bedömdes överstiga risken eftersom distriktssköterskorna inte åsamkades fysisk eller psykisk skada. Distriktssköterskornas erfarenhet ansågs värdefull för att belysa problemet (Helsingforsdeklarationen, 2013). Enligt Helsingforsdeklarationen (2013) fick alla distriktssköterskor skriftlig information om studien, att deltagandet var frivilligt och att de när som helst under studiens gång kunde avbryta sin medverkan. I anslutning till intervjuens start erhöll distriktssköterskan återupprepad muntlig information samt fick skriva på informerat samtycke. Intervjuerna avidentifierades direkt och kodades för att behålla anonymiteten hos distriktssköterskan. Helsingforsdeklarationen (2013) tar upp att personlig information ska skyddas. Endast författarna hade tillgång till materialet som förvarades på lösenordskyddade mobiltelefoner. Vid studiens avslut kasserades datamaterialet för att förhindra åtkomst av obehörig, i enlighet med Helsingforsdeklarationens (2013) princip för konfidentialitet.

6 Resultat

Analysen av intervjuerna resulterade i tre kategorier och sexton underkategorier, se tabell (Tabell 3). Resultatet presenteras under respektive kategori.



Tabell 3. Kategorier och subkategorier

Amningsstöd
<ul style="list-style-type: none">• Mammans behov av stöd vid amningsproblem• Föräldrars behov av information• Nyblivna föräldrars förväntan på amning• Mammans inställning till amning• Stöd från partner• Amningsfokus vid första hembesöket
Utmaningar vid amning
<ul style="list-style-type: none">• Fysiska faktorer• Mammans välmående påverkar amningen• Råd från omgivningen och sociala medier• Tidigt hem från BB• Påtryckningar från amningsmottagningen• Jämlikt föräldraskap
Distriktssköterskans utmaningar
<ul style="list-style-type: none">• Kunskapsbehov hos distriktssköterskor på BVC• Tidsbristens inverkan på amningsstödet• Olika råd skapar förvirring• Att vara lyhörd inför mamman

6.1 Amningsstöd

6.1.1 Mammans behov av stöd vid amningsproblem

Det framkom att i de fall amningen hade etablerats och mamman kände sig trygg med amningen behövde distriktssköterskan inte ge mer amningsstöd. Likaså påtalades det att mammorna, där amningen flöt på och fungerade, tenderade att amma längst. Erfarenheten var att de allra flesta mammor hade problem med amningen i början och distriktssköterskan fick uppmuntra och stötta mamman trots att det var svårt. Det förekom att distriktssköterskorna ibland gav rådet att kombinera amning och ersättning dels för att lugna barnet men även som tillägg tills amningen kommit igång, i de allra flesta fall gick ersättningen sedan att avveckla. Det framkom att flera distriktssköterskor hade erfarenhet av att mamman blev negativt påverkad



psykiskt om amningen inte fungerade, hon kände sig inte som någon bra mamma eftersom hon misslyckats att amma.

“Men men hon eh hon har slutat amma för att hon mår så mycket bättre psykiskt då, jättestor skillnad o då försöker jag stötta mamman i det beslutet att det är det bästa beslutet i det läget det är jätteviktigt.” (Intervju nr 8)

I dessa fall fick distriktssköterskan stötta mamman i beslutet att sluta amma. Distriktssköterskan kunde ta på sig mammans skuld för att hon skulle må bättre genom att ta beslutet åt mamman att introducera med ersättning. Vid svårigheter med amningen hänvisade distriktssköterskorna ofta till amningsmottagningen på sjukhuset.

6.1.2 Föräldrars behov av information

Distriktssköterskorna tog upp att föräldrarna behövde mer information om amning, både innan graviditeten och på förlossningsavdelningen. Erfarenheten var att föräldrarna inte alltid var införstådda med hur amningen fungerade vilket flera gånger ledde till att mammorna gav upp amningen och började med ersättning. Det framkom att det var en konst att amma, att mamman behövde lära känna sitt barn. Distriktssköterskorna hade erfarenheten av att många föräldrar endast fokuserade på förlossningen och inte på tiden efteråt.

”Så är det första barnet så tror jag inte man har tänkt så mycket än längre fram till förlossningen och sen så har man kanske tänkt att amma vill jag men inte att det ska bli ett problem.” (Intervju nr 6)

Distriktssköterskorna förklarade att flera mammor varit väldigt ledsna över att ingen informerat om hur mycket som krävs för att kunna amma. Det innebar att distriktssköterskan fick lägga mycket tid på amningsinformation för att kunna stötta och motivera mamman till amning.



6.1.3 Nyblivna föräldrars förväntan på amning

Distriktssköterskornas erfarenhet var att de flesta föräldrar hade förväntningen att amningen skulle vara okomplicerad och bara ska fungera.

”Mm eh ja nä men eh många tror nog att det det är kanske det bara fungerar liksom att eh mer att dom tror inte att det är att det ska ta så mycket av deras tid så tror jag mmm” (Intervju nr 7)

Distriktssköterskorna beskrev att det för en del föräldrar kom som en chock när amningen inte fungerade och de tappade då tålamodet vilket i sin tur ledde till att de slutade amma. Distriktssköterskorna påtalade att det fanns mammor som var inställda på att behålla sitt gamla liv vilket kunde försvåra amningen. Det framkom att vissa mammor förväntade sig ett lyckorus när de fick barn. När förväntningarna inte infann sig påverkades amningen negativt. Ovanstående aspekter försvårade för distriktssköterskan att ge amningsstöd. Erfarenheten var att när föräldrarnas förväntningar inte infann sig hade distriktssköterskan svårigheter att motivera mamman till fortsatt amning. Distriktssköterskornas erfarenhet var att vissa mammor som hade dålig erfarenhet av amning tidigare, lättare gav upp vid andra barnet.

6.1.4 Mammans inställning till amning

Distriktssköterskorna tog upp att mammans inställning påverkade amningen. Var mamman positivt inställd till att amma skapade det en trygghet hos henne. Många mammor bestämde sig dock tidigt för att inte amma och distriktssköterskan kände då att hon inte kunde påverka och att det var mammans eget beslut.

“sen har vi ju de mammorna som redan från början när man kommer, har bestämt sig att jag ska inte amma...Så jag bara frågar att du vill inte ha mer hjälp så att du ångrar dig sen? Och säger hon NEJ...då lite är det deras beslut.” (Intervju nr 4)



Distriktssköterskornas erfarenhet var att mammor som från början sagt nej till amning kunde ändra sig när de provat att amma, efter stöttning och uppmuntring från distriktssköterskan, och då blivit positivt överraskade att det fungerat väldigt bra. Det kunde vara olika tufft för mammorna att etablera en amning och det var inte alltid att de orkade lägga ner den tid som krävdes. Det framkom att en del mammor själva tagit beslut tidigt om att ge ersättning för att de inte orkade. I de fallen hade distriktssköterskorna erfarenhet av att det var svårt att ge amningsstöd.

6.1.5 Stöd från partner

Det framkom i studien att det gick lättare för mamman att amma i de fall då hon hade en stöttande partner som hade förståelse för hennes situation och inte ställde några krav.

“...jag tror nog att om man där man känner att de föräldrarna är överens om att amning är bra för barnet och bra för hela familjen kanske då då går det ofta lättare om mamman har ett stöd från pappan...” (Intervju nr 6)

Om amningen krånglade försökte distriktssköterskan involvera partnern ännu mer i att hjälpa mamman till att få en bra amningsposition, få henne avslappnad och massera för att hjälpa utdrivningsreflexen.

Distriktssköterskornas erfarenhet var att bristande stöd bidrog till att mamman inte orkade upprätthålla amningen och istället introducerade ersättning.

6.1.6 Amningsfokus vid första hembesöket

Distriktssköterskorna berättade att det var mycket fokus på amning vid första hembesöket. Ibland ägnades hela besöket ägnat åt amning och stöttning av föräldrarna, vilket distriktssköterskorna ansåg var positivt eftersom en längre tid var bokad. Det framkom att det var bra att komma hem till familjen för att se och hjälpa mamman med amningstekniken. I de fall distriktssköterskan



hann komma på hembesök tidigt efter utskrivning från BB var det enklare att fånga upp amningen och ge stöd.

6.2 Utmaningar vid amning

6.2.1 Fysiska faktorer

Distriktssköterskorna beskrev att bröstkomplikationer i samband med amning kunde bidra till amningssvårigheter för mamman. Svampinfektioner, mjölkstockning och fel sugteknik kunde orsaka problem som såriga bröstvårtor, smärta och obehag. Distriktssköterskorna hade även erfarenheten att bröstkomplikationer kunde leda till att amningen avslutades då det gjorde för ont och blev för besvärligt att amma. Amningsteknik var ytterligare en faktor som kunde vara en utmaning vid amning. Distriktssköterskorna talade om vikten av att se över amningstekniken hos mamman och barnet eftersom det kunde finnas utmaningar i form av barnets position, grepp och sugteknik. Det framkom även att för kort tungband hos barnet kunde skapa besvär med sugtekniken och därmed orsaka svårigheter att amma.

6.2.2 Mammans välmående påverkar amningen

Distriktssköterskorna talade om mammans välmående, att hon måste må bra för att amningen ska fungera. Kände sig inte mamman bekväm med amningen eller om hon inte hade stödet runt omkring sig och inte trodde på sig själv kunde det bli svårt att få amningen att fungera. Kämpig förlossning eller depressiva besvär sedan tidigare var andra faktorer som kunde påverka amningen negativt.

”Och klart mår de lite dåligt redan innan och sen ska de sätta sig och amma och då kanske det ändå blir också lite spår på den här ångesten att det kanske inte funkar och då spänner de sig och liksom det påverkar ju också ju.” (Intervju nr 9)



Amning som inte fungerade skapade känslor av ångest, skam och stress vilket påverkade mammans mående negativt. Distriktssköterskorna fick då inta en stöttande roll och överväga balansen för att inte pressa mamman till amning när hon inte mådde bra av det. Inte alla mammor var bekväma med att amma utanför hemmet vilket kunde bidra till att amningen inte riktigt fungerade. Det framkom att många mammor kände sig väldigt bundna av amning och att många introducerade ersättning för att partnern skulle kunna hjälpa till med matningen. Distriktssköterskorna beskrev hur föräldrar upplevdes stressade och forcerade. Krav och stress i dagens samhälle försvårade för mamman att lyckas med amningen. Distriktssköterskan kände att hon fick stötta föräldrar till att fokusera och finna ro att amma, syskon som pockade på uppmärksamhet kunde dock försvåra.

Distriktssköterskorna beskrev att mammor kunde bli oroliga för att bröstmjölken inte räckte till, många gånger tolkades barnets signaler som hunger. Distriktssköterskorna hade erfarenhet av att föräldrarna då gav ersättning på eget bevåg och i de fallen försökte distriktssköterskan stötta dem i att våga försöka amma utan ersättning.

6.2.3 Råd från omgivningen och sociala medier

Distriktssköterskorna beskrev att föräldrarna fick råd om amning från omgivningen. Anhöriga kunde bidra till stress och krav på mamman genom att driva på henne att amma och nonchalera eventuella amningsproblem. Distriktssköterskorna beskrev hur de då fick stötta mamman och förklara att anhöriga har ett förskönat minne av hur deras amning fungerat. Sociala medier var en annan påverkande faktor, där det ofta endast målades upp den perfekta bilden vilket bidrog till stress, press och höga krav på mamman. Distriktssköterskorna fick även där stötta och försöka få mamman att inse att sociala medier inte alltid visar en sanningsenlig bild av amning.



“Och man alla sociala medier alla alltså de läser ju det också klart ju och det är så. Jag brukar säga det är ingen som lägger upp en bild på när det är kaos liksom. Att man sitter och man gråter liksom utan det är ju oh man är så perfekt och det det är där tittar de ju också mycket och man pratar om det ju och de asså alla är ju medvetna om att det är ju en fasad. Men ändå så på något vis så tar man åt sig av det ändå.” (Intervju nr 9)

Det fanns god erfarenhet av familjecentraler där träffar som anordnades öppnade upp för samtal kring amning. Föräldrarna gav varandra råd och stöd och blev därmed en resurs för varandra.

6.2.4 Tidigt hem från BB

Det framkom att tidig hemgång från BB kunde försvåra etablering av amning eftersom mjölkproduktionen inte kommit igång. Det i sin tur ledde till att det blev svårt för distriktssköterskan att stötta och främja amning. Många mammor är emotionella efter förlossningen, vilket distriktssköterskorna förklarade kunde bli väldigt kämpigt för både mamma och pappa, en del orkade inte få igång en amning där och då.

“Ibland blir de utskrivna väldigt snabbt från förlossningen, kanske redan dag 1...sen kanske vi inte har kommit in i bilden förrän dag åtta eller något...Och då kanske det har börjat strula sig lite.” (Intervju nr 2)

Det blev ett glapp i tiden från utskrivning till dess att barnhälsovården kopplades in vilket distriktssköterskorna förklarade kunde försvåra etableringen av amning eftersom föräldrarna inte hunnit bli trygga med och förstått hur amningen fungerade. Det förekom att föräldrarna redan börjat med ersättning innan distriktssköterskan kom på hembesök.



6.2.5 Påtryckningar från amningsmottagningen

Distriktssköterskorna hade erfarenheten av att föräldrar upplevt att amningsmottagningen kommit med pekpinna och tryckt på att de måste amma. Det resulterade i en negativ upplevelse för föräldrarna vilket fick påföljden att de inte ville gå dit igen. Distriktssköterskorna beskrev att mammor kunde må dåligt av att inte få amningen att fungera vilket i kombination med påtryckningarna från amningsmottagningen gjorde att de ville sluta amma. I de fallen kunde distriktssköterskan behöva förklara amningsmottagningens syfte och då kunde föräldrarna bli mer välvilligt inställda till att gå dit.

6.2.6 Jämlikt föräldraskap

Det framkom i intervjuerna att distriktssköterskorna hade erfarenheten av att föräldrarna ville ha ett jämlikt föräldraskap där även partnern kunde mata barnet.

“och likadant när det ska va så jämlikt att pappa ska vara med och mata också och man tar flaska ganska tidigt. Då kan det ju störa.” (intervju nr 1)

Det framkom även att det var vanligt att föräldrarna tidigt, ibland redan på hembesöket, ville börja med ersättning men i de fallen försökte distriktssköterskan informera om att det var viktigt att få igång amningen först och att partnern kan hjälpa till på andra sätt än just vid matningen. Distriktssköterskorna berättade att många föräldrar delade mer på föräldraledigheten vilket innebar att mamman många gånger återgick tidigare till arbete och behövde trappa ner eller i vissa fall sluta amma.



6.3 Distriktssköterskans utmaningar

6.3.1 Kunskapsbehov hos distriktssköterskor på BVC

Distriktssköterskorna beskrev att de saknade utbildning om amning och amningsteknik. Ofta gick de på egna erfarenheter och fick läsa sig till kunskap för att kunna ge stöd till mammorna. Det framkom i intervjuerna att distriktssköterskan tyckte att det var för lite fokus på amning i distriktssköterskeutbildningen för att kunna ge amningsstöd på BVC. Distriktssköterskorna önskade mer kunskap, regelbunden utbildning om amning och uppdatering för att kunna möta dagens föräldrar.

“.. lite fortlöpande alltså utbildning så för det det ändrar ju sig allting ändrar ju sig i samhället med vad man vad man råd alltså rådgivning o allting sånt så visst ibland saknar jag väl kanske att man skulle behöva ha lite upprepade utbildningar inom amning” (Intervju nr 10)

En av anledningarna till att inte kunna medverka på erbjudna utbildningsdagar var tidsbrist. Alla hade inte blivit erbjudna att gå amningsutbildning. Det framkom svårigheter för distriktssköterskan att först förespråka amning men sedan vända och stötta mamman i att börja med ersättning när amningen inte fungerade. Det skapade en känsla av falskhet hos distriktssköterskan och hon önskade utbildning i hur hon skulle hantera det.

6.3.2 Tidsbristens inverkan på amningsstödet

Tidsbrist var något som försvårade möjligheterna för att kunna ge optimalt amningsstöd. Distriktssköterskorna beskrev att ofta fanns det inte tid till amningsobservation. Distriktssköterskan kunde få dåligt samvete när hon var stressad och inte hann med att stödja mammorna med amningen.



“Om man är stressad så har man ju lite dåligt samvete själv och känner att det här var inget bra besök. Jag hann inte bry mig om det för det var så mycket annat.” (Intervju nr 4)

Distriktssköterskorna berättade att korta besökstider och fullt schema försvårade att kunna ge amningsstöd. De förklarade dock att de styr sin egen tid och om det fanns tid gick det ju att boka in ett längre besök. Det framkom att distriktssköterskorna ibland fått hänvisa mammorna till amningsmottagningen för amningsstöd på grund av tidsbrist på BVC.

6.3.3 Olika råd skapar förvirring

Distriktssköterskorna beskrev att olika råd frustrerade och förvirrade föräldrar. De fick råd på amningsmottagningen som inte alltid överensstämde med råden de fick på BVC, vilket i sin tur ledde till förvirring och minskat förtroende för vården och distriktssköterskan på BVC. Distriktssköterskan påtalade att olika råd kunde vara rätt men att det kunde vara svårt för föräldrarna att förstå. Distriktssköterskan försökte hålla samma linje som amningsmottagningen och följde deras råd till föräldrarna för att minska förvirringen. Det fanns en osäkerhet hos distriktssköterskorna över vem som skulle hålla i amningsstödet om det var amningsmottagningen eller BVC. Distriktssköterskorna saknade ett bättre samarbete med BB och amningsmottagningen, för kontinuerlig kunskapsuppdatering och samordning av vilka råd som skulle ges.

6.3.4 Att vara lyhörd inför mamman

För att kunna ge ett bra amningsstöd påtalade distriktssköterskorna vikten av att vara lyhörd och känna in mamman hur hon tänkte inför amningen.

“Så det handlar nog mest om att vara lyhörd och lyssna till vad just den familjen och där den mamman och det barnet behöver.” (Intervju nr 6)



Det framkom att det kunde vara problematiskt för distriktssköterskan att känna in mamman och veta hur mycket hon skulle förespråka amning. Vid amningsproblem fanns svårigheter att motivera mamman till att amma. Distriktssköterskorna poängterade att det var en balansgång mellan att förespråka amning och inte pressa mamman, att inte komma med pekpinningar utan lyssna in samt stötta föräldrarna i deras beslut. Det viktigaste var att mamman mådde bra och inte att hon skulle amma till varje pris.

7 Metoddiskussion

Studiens diskuteras i följande stycke i förhållande till de kvalitativa begreppen trovärdighet, överförbarhet och pålitlighet i enlighet med Graneheim och Lundman (2004). Metoden kommer att diskuteras utifrån design, urval, datainsamling, analys, och etiska reflektioner.

7.1 Design

Kvalitativ design med induktiv ansats valdes som metod för studien eftersom distriktssköterskans individuella erfarenhet och tankar skulle utrönas. Henricson och Billhult (2017) beskriver att kvalitativ metod med induktivt förhållningssätt syftar till att studera fenomen i form av levda erfarenheter. Författarna valde ett induktivt förhållningssätt då de inte hade tillräckligt med kunskap och erfarenhet om fenomenet för att utgå ifrån en teori som vid ett deduktivt perspektiv. Ett alternativ till intervjustudie hade kunnat vara litteraturstudie men eftersom det fanns svårigheter att hitta svensk forskning som belyste problemet och författarna ville lyfta fram distriktssköterskors erfarenheter i södra Sverige valdes det alternativet bort.



7.2 Urval

För att nå rätt personer för studiens syfte valdes distriktssköterskorna ut genom ändamålsenligt urval vilket innebär att välja deltagare som bäst gagnar studien (Polit & Beck, 2017). Enligt Graneheim och Lundman (2004) ökar studiens trovärdighet om deltagarna har varierande erfarenheter och ålder eftersom det bidrar till att belysa forskningsfrågan ur flera aspekter. Författarna försökte åstadkomma ett så rikt urval som möjligt i form av varierad ålder, varierad erfarenhet och geografisk spridning. Henricson (2017) nämner att variationer i urvalet innefattande kön, ålder och erfarenhet, ökar överförbarheten. Eftersom täckningsområdet fick utökas på grund av rekryteringssvårigheter medförde det en större variation i urvalet då åtta arbetsplatser med geografisk spridning slutligen ingick i studien. Även distriktssköterskornas åldrar och yrkeserfarenhet fick en större variation. På grund av att majoriteten i yrkesgruppen var kvinnor var det svårt att finna manliga distriktssköterskor på BVC vilket kan vara en svaghet för studiens överförbarhet. För att öka möjligheterna till könsvariation hade studiens täckningsområde kunnat utvidgas ytterligare. På grund av tidsram för studien valdes det alternativet bort. Som tidigare nämnts exkluderades en distriktssköterska på grund av tidsfaktorer. Hennes deltagande kunde ha tillfört ytterligare aspekter till resultatet. Dock var distriktssköterskorna samstämmiga i många av sina svar och författarna upplevde en datamättnad vilket innebär att ytterligare intervju inte hade haft så stor inverkan på studiens resultat. Datamättnad nås när ingen ny information kommer fram (Polit & Beck, 2017).

Inklusionskriterierna valdes strategiskt för att kunna svara på studiens syfte. I planeringsstadiet valdes att endast inkludera distriktssköterskor på BVC utan dubbelkompetens men på grund av rekryteringssvårigheter inkluderades även de med dubbelkompetens. Det framkom under studiens gång att det inte hade någon relevans för resultatet om distriktssköterskan hade dubbelkompetens



eller ej eftersom det var likartade svar i intervjuerna. En eventuell svaghet i urvalet kan ha varit att deltagande distriktssköterskor var intresserade av amning eftersom de tackat ja till att delta. Distriktssköterskor som tackat nej till att delta kan ha saknat intresse för amning. Utfallet kunde ha blivit annorlunda om distriktssköterskor, som inte hade intresse, deltagit i studien. Trots detta anser författarna till studien att urvalet var varierat i ålder, erfarenhet och geografisk spridning vilket kan öka överförbarheten till andra distriktssköterskor på BVC. Även distriktssköterskor som saknar intresse för amning har skyldighet att ge amningsstöd på BVC.

7.3 Datainsamling

För att besvara studiens syfte valdes semistrukturerade intervjuer vilket innebar att intervjun byggdes på öppna frågor med en intervjuguide som stöd, se bilaga (Bilaga D). Enligt Henricsson och Billhult (2017) är intervjuer en god datainsamlingsmetod vid kvalitativa studier där analysen består av tolkning av ord och beskrivningar. Patel och Davidsson (2011) tar upp att personer som intervjuas får utrymme att svara utförligt eftersom frågorna är öppna och då finns det möjlighet genom frågorna att erhålla så detaljerad information om fenomenet som möjligt.

Inspelade intervjuer valdes istället för att anteckna under intervjuens gång. Polit och Beck (2017) rekommenderar inspelade intervjuer eftersom anteckningar ökar risk för bias då det distraherar personen som leder intervjun, vilkens huvuduppgift är att lyssna fokuserat och observera. För att stärka studiens pålitlighet i enlighet med Mårtensson och Fridlund (2017) genomfördes alla intervjuer i lugn och avskild miljö samt spelades in på författarnas lösenordsskyddade telefoner. Deltagarna fick i intervjuens början en presentation av studien och syftet, och första minuterna ägnades åt småprat för att etablera kontakt och få deltagarna att känna sig trygga i



situationen. Polit och Beck (2017) menar att det är av värde att skapa tillit hos deltagarna. Intervjuerna avslutades med “är det något du vill tillägga?”, för att säkerställa att ingen information gick förlorad.

Författarna till studien saknade erfarenhet av att utföra intervjuer sedan tidigare, båda författarna närvarade därför vid intervjuerna. Därmed skapade författarna sig en individuell helhetsbild av varje intervju. Direkt efter varje avslutad intervju diskuterade författarna vad som framkommit under intervjun och författarnas individuella tolkningar av innebörden jämfördes. En gemensam reflektion fördes därefter. Polit och Beck (2017) samt Patel och Davidsson (2011) beskriver att trovärdigheten ökar med båda författarna närvarande under intervjun. Under intervjuerna ställde en författare frågorna samtidigt som den andra författaren observerade och inflikade med stödfrågor vid behov. Risken med att båda författarna var närvarande under intervjun kunde vara att informanten kände sig utsatt och i underläge vilket i sin tur skulle kunna ha påverkat intervjuns utgång negativt. Sandman och Kjellström (2018) beskriver att informanten kan uppleva intervjusituationen negativt eftersom forskaren befinner sig i maktposition.

7.4 Analys

Som analysmetod valdes kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Intervjuerna analyserades manifest. Graneheim och Lundman (2004) beskriver att manifest analys har fokus på vad texten säger och är en god utgångspunkt för oerfarna. Underliggande meningar har inte tolkats som vid latent analys.

Intervjuerna transkriberades enskilt tätt inpå avslutad intervju. Vid avslutad transkribering lyssnades intervjun igenom av båda författarna och eventuella felskrivningar rättades till. Polit och Beck (2017) redovisar att författarna



måste säkerställa att det transkriberade materialet är korrekt. Materialet lästes igenom flertalet gånger av båda författarna för att lära känna materialet. Polit och Beck (2017) beskriver att insikter och teorier inte framgår förrän författarna är helt familjära med materialet. När meningsenheterna valdes ut försökte författarna välja passande meningsenheter motsvarande syftet, utan att de var för stora eller för små för att inte förlora innehåll eller få för mycket text som inte var hanterbar. Graneheim och Lundman (2004) tar upp att det är viktigt för studiens trovärdighet att de lämpligaste meningsenheterna väljs ut. Preliminära kategorier och subkategorier diskuterades mellan författarna för att uppnå samstämmighet om vilka koder som skulle vara under vilken kategori. Graneheim och Lundman (2004) tar upp vikten av att inte förlora viktig information vid kategorisering. Eftersom författarna klippt ut kod tillsammans med kondensering och meningsenhet fanns meningsenheten nära till hands. Under analysens gång kunde författarna gå tillbaka till meningsenheten och försäkra att ingen information gått förlorad. Analysprocessen diskuterades kontinuerligt med handledaren till studien för att säkerställa korrekt analys av det insamlade materialet. Mårtensson och Fridlund (2017) tar upp att det ökar studiens trovärdighet om författarna diskuterar med extern expertis för att klargöra att analys och indelning i kategorier och subkategorier överensstämmer. Ytterligare aspekt för studiens trovärdighet var att redovisa citat i presentationen av resultatet i enlighet med Graneheim och Lundman (2004).

Genom hela studiens gång har författarna strävat efter att i möjligaste mån arbeta tillsammans och fört en fortlöpande diskussion och reflektion under processens gång. Enligt Polit och Beck (2017) samt Patel och Davidsson (2011) ökar trovärdigheten för studier om triangulering använts, vilket innebär när flera forskare jobbar tillsammans i ett team och studerar samma sak. Författarna till föreliggande studie har genom sin individualitet olika



synsätt, vilket har bidragit till att författarna kunnat se materialet ur fler perspektiv än om analysen genomförts individuellt.

En medvetenhet om författarnas förförståelse, det vill säga personliga erfarenheter och värderingar, var ständigt närvarande. Förförståelsen diskuterades regelbundet för dess eventuella inverkan på analysen av materialet. Författarna var medvetna om att individuella tolkningar kunde påverka analysprocessen. Enligt Henricson (2017) ökar studiens pålitlighet om förförståelsen diskuteras kontinuerligt.

7.5 Etiska reflektioner

Genomgående under studiens gång har författarna reflekterat över etiska överväganden. Risken med studien ansågs minimal då det inte gjordes någon åverkan på distriktssköterskornas fysiska och psykiska hälsa i enlighet med Helsingforsdeklarationen (2013). Polit och Beck (2017) definierar minimal risk som: risk som inte är större än det en person stöter på i dagligt liv. De säger även att det är en nytta att få tala utifrån sig själv och därmed få bättre självkänedom och ökad tillfredsställelse genom att kunna hjälpa andra i samma situation. Föreliggande studies nytta bedömdes överstiga risken eftersom distriktssköterskorna kunde bidra till att belysa problemet. Det i sin tur kunde i praktiken innebära ett förbättrat handlingsätt vid amningsstöd som gynnar mamman samt även samhället med amningens hälsofrämjande egenskaper. Patel och Davidsson (2011) påtalar att all forskning ska generera kunskap som är viktig för både samhälle och individ, det ska ske genom en balansgång mellan risk och nytta.

Intervjuerna avidentifierades för att ge distriktssköterskorna konfidentialitet. Endast författarna, och till viss del deras handledare, hade tillgång till materialet i enlighet med Helsingforsdeklarationens (2013) princip om



konfidentialitet. Författarna valde att inte redovisa var studien genomfördes för att inte distriktssköterskorna skulle kunna härledas till studien.

Distriktssköterskorna fick skriva på informerat samtycke innan intervjuens start. Sandman och Kjellström (2018) redovisar att informerat samtycke utgår från den etiska principen respekt för personen och att materialet ska kunna redovisas utan härledning till enskild person.

8 Resultatdiskussion

Huvudfynden för studien var att flera aspekter inverkade på amningens utfall vilket medförde utmaningar för distriktssköterskorna att ge amningsstöd.

Amningsstöd var viktigt för att etablera amning eftersom amning kunde medföra utmaningar för mamman. Det fanns även utmaningar för distriktssköterskan i form av tidsbrist, kunskapsbehov och vikten av att vara lyhörd inför mamman.

Distriktssköterskorna i den föreliggande studien beskrev att många mammor behövde individanpassat stöd i amningsprocessen. De tog även upp att båda föräldrarna hade behov av information då de inte var förberedda på det arbete som krävdes för att etablera amning, och många av dem hade förväntningarna att det bara skulle fungera. Detta medförde att mammor avslutade amningen i förtid då det upplevdes som en chock att amma vilket de inte var beredda på. Detta styrker även McLelland, Hall, Gilmour och Cant (2015) i sin studie där sjukvårdspersonal beskriver att mammor har höga förväntningar på amning och tillsammans med okunskap leder det till svårigheter att etablera amning. Oakley, Henderson, Redshaw och Quigley (2014) visar liknande fynd i sin studie där det beskrivs att mammor som inte fått tillräckligt amningsstöd eller uppmuntran är mer benägna att sluta amma tidigt efter förlossningen. Stockdale et al. (2011b) beskriver att mammor som upplever att informationen de fått om amning stämmer överens med deras



erfarenhet av amning får ökad motivation till amning. Författarna till föreliggande studie anser därför att mer amningsinformation innan, under samt efter förlossning, inkluderande amningens utmaningar, skulle kunna bidra till mer välinformerade föräldrar. Föräldrarna skulle därmed få enklare att hantera amningen och dess utmaningar och fler mammor kan identifiera sig med den amningsinformation som tidigare givits.

Det framkom att distriktssköterskorna i föreliggande studie hade erfarenheten av att mammor påverkades negativt av sociala medier där endast den perfekta sidan visades upp. Det i sin tur medförde att mamman ställde höga krav på sig själv vilket resulterade i stress. McLelland et al. (2015) visar i sin studie att mammor influeras starkt av medias förskönande bild av perfekta, glada, ammande barn samt av andra mammor som också förmedlar bilden av det perfekta barnet. Mammorna får därmed en skev bild av barns normala beteende och hälso- och sjukvårdspersonal får stötta och förklara hur det normala, verkliga beteendemönstret hos ammande barn ser ut. Stockdale et al. (2011a) beskriver att mammans egenvärde och självkänsla i hög grad påverkar förmågan att härda ut. Författarna till denna studie anser därför att distriktssköterskan behöver insikt i faktorer så som sociala mediers inflytande på mammans egen motivation för att förstå hur amningsstödet ska anpassas för den enskilda mamman.

Enligt distriktssköterskorna i denna studie var Familjecentraler en plats där mammorna kunde stötta och ge varandra stöd. Erfarenheten var att detta gav mammorna styrka och de kände sig kompetenta. Det styrks av Tan, Rheeston och Douglas (2017) som visar att stödet från stödgrupper för amning förbättrar mammors amning. Både stödet från sjukvårdspersonal med medicinsk kunskap och stödet från övriga mammor spelar stor roll. Att höra andra mammors erfarenheter av amning och att kunna hjälpa andra mammor är av stor vikt för amningen (Tan et al., 2017). Liknande fynd ses i Oakleys



et al. (2014) studie där mammor som inte fått stöd från stödgrupper för amning har större sannolikhet att sluta amma. Stockdale et al. (2011a) beskriver att mammans erfarenhet påverkar hennes motivation till amning. Genom att höra andra mammors amningsproblematik som stämmer överens med den individuella erfarenheten kan motivationen till att amma öka. Författarna till föreliggande studie anser därmed att Familjecentraler kan vara ett bra forum där ammande mammor kan mötas och ge varandra stöd. Det kan även vara av nytta om distriktssköterskor på BVC kan få utrymme att anordna amningsgrupper enligt de tio stegen för att främja amning (Socialstyrelsen, 2014).

I denna studie beskrev distriktssköterskorna att mammans inställning till stor del påverkade amningens utfall. Distriktssköterskorna lät mammornas inställning råda och lade sig inte i deras beslut. Det styrks av Oakley et al. (2014) som beskriver i sin studie hur mammans inställning påverkar amningen, det finns mammor som redan från början bestämt sig för att inte amma och det är inget som kan ändras. Enligt Stockdale et al. (2011a) föds mammans motivation ur hennes inställning till amning, om hon ser ett värde i att amma kämpar hon för att uppnå målet. Författarna anser därför att det är en fördel om distriktssköterskan har kunskaper om hur motivationen skapas hos mamman. På så vis får distriktssköterskan insikt i hur långt mamman är villig att gå för att lyckas med amningen. Det i sin tur borde kunna hjälpa distriktssköterskan att balansera amningsstödet utan att pressa mamman.

I resultatet till föreliggande studie framkom det att distriktssköterskorna hade erfarenheten att det var betydelsefullt för amningen om mamman hade ett stöd från sin partner. Mangrio, Persson och Bramhagen (2018) påvisar i sin studie att bristande stöd från pappan kan bidra till att amningen avslutas tidigt. Stockdale et al. (2011a) beskriver även att minskat stöd kan inverka negativt på motivationen till att fortsätta amma. Vilket även Sherriff och Hall



(2011) påvisar i sin studie där pappor har ett behov och en önskan att vara mer delaktiga. Författarna till föreliggande studie anser att distriktssköterskan bör inkludera pappan vid amningsstödet till mamman. Genom att få pappan involverad i amningen ökar stödet till mamman och därmed även hennes motivation.

Det framkom i denna studie att distriktssköterskorna hade erfarenheten av att mammans välmående påverkade amningen. Amning som inte fungerade skapade känslor av ångest, stress och skam hos mamman. Trodde mamman inte på sig själv, upplevde ett bristande stöd från omgivningen eller kände sig bunden påverkades amningen negativt. Det styrks av Mangrio et al. (2018) som visar att när mamman inte är bekväm med att amma, är det en bidragande faktor till att sluta amma inom de första sex månaderna. Stockdale et. al (2011a) belyser att om mamman inte tror på sig själv blir det svårt för henne att härda ut vilket påverkar hennes motivation negativt. Författarna till denna studie anser därför att om distriktssköterskan har kunskap och förståelse enligt Stockdales et al. (2011a) teori skapas möjligheten till att möta mamman där hon är. Med rätt amningsstöd kan distriktssköterskans arbete bli mer tidseffektivt eftersom informationen tas emot av mottagaren direkt. Det i sin tur kan gynna organisationen i form av mindre behov av att boka in extrabesök för amningsstöd. På så vis kan även distriktssköterskan gynnas i form av minskad stress. I förlängningen kan detta leda till minskad stressrelaterad sjukfrånvaro hos distriktssköterskan vilket bidrar till ökad kostnadseffektivitet i verksamheten. Detta styrks av *Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30)* eftersom offentlig hälso- och sjukvårdsverksamhet ska sträva efter att vara kostnadseffektiv.

I föreliggande studie skildrade distriktssköterskorna att tidig hemgång från BB skapade svårigheter att etablera amning. Detta eftersom föräldrarna inte hade hunnit bli trygga med amningen och förstått hur den fungerade innan de



skrev ut vilket försvårade för distriktssköterskan att ge amningsstöd. McLelland et al. (2015) visar i sin studie att australiensiska barnmorskor påtalar att mammorna skrivs hem innan bröstmjölken runnit till vilket medför att mammorna är utan stöd i början av etableringen av amningen. Detta i sin tur påverkar amningen negativt. Det styrker Barimani, Oxelmark, Johansson och Hylander (2015) som beskriver nyförlösta mammors känsla av brist på stöd under de två första veckorna efter förlossning. Utan självförtroende och kunskap om hur amningen fungerar påverkas motivationen negativt (Stockdale, et al., 2011a). Enligt författarna till föreliggande studie vore det värdefullt om distriktssköterskorna kan göra hembesöken tidigare efter utskrivning från BB och möta föräldrarna så snabbt som möjligt. Vilket även McLelland et al. (2015) tar upp i sin studie där det beskrivs att hälso- och sjukvårdspersonalen anser att snabb uppföljning med hembesök efter utskrivning från BB kan hjälpa mamman att fortsätta amma. Författarna till studien anser även att på ett större organisatoriskt plan hade det varit önskvärt, för att främja amning, om tiden på BB förlängdes till dess att amningen kommit igång.

Distriktssköterskorna i föreliggande studie hade erfarenheten av att föräldrar ville ha ett jämlikt föräldraskap där även pappan kunde mata barnet. Det kunde leda till att amningen blev negativt påverkad. Distriktssköterskorna försökte stötta mammorna till fortsatt amning och gav förslag på andra sätt att skapa ett jämlikt föräldraskap. Även Bonia, Twells, Halfyard, Ludlow, Newhook och Murphy-Goodridge (2013) beskriver en negativ inverkan på amningen, då mammor väljer bort amning för att partnern ska bli mer delaktig och kunna ge barnet mat. Om mamman inte ser ett personligt värde i att amma, värdet för jämlikhet väger tyngre, minskar hennes motivation till amning i enlighet med Stockdale et al. (2011a). Författarna till studien anser att distriktssköterskan bör ha en medvetenhet om ökad jämlikhet hos föräldrar därför kan vara värdefullt för att stötta mamman till fortsatt amning.



Distriktssköterskorna i föreliggande studie beskrev att de saknade kunskap och önskade regelbunden utbildning i amning för att hålla sig uppdaterade och därmed kunna stödja föräldrarna. Barimani et al. (2015) visar liknande resultat ur mammans perspektiv, att den svenska barnhälsovården har bristande kunskaper i att ge amningsstöd. De tar även upp att mammorna saknar konkreta amningsråd och vilken hjälp som finns att få vid amningskomplikationer. Vidare tar McLelland et al. (2015) upp i sin studie att hälso och sjukvårdspersonal behöver lämplig kunskap, förståelse för mammans individuella situation och en vilja att stödja kvinnan. När hälso- och sjukvårdspersonal utbildas genom Baby Friendly Hospital Initiative visar Ingram, Johnson och Condon (2011) att andelen ammande mammor ökar. Hälso- och sjukvårdspersonal som genomgått utbildningen beskriver att de känner sig mer självsäkra och får en ökad förmåga i att stötta mamman i amning. Författarna till studien anser därför att regelbunden utbildning i Baby Friendly Hospital Initiative gynnar både mammor till att amma och distriktssköterskor till att stödja mammor i detta. Om distriktssköterskorna dessutom arbetar med Stockdales et al. (2011a) teori som grund vid amningsstöd skapas en möjlighet att möta mamman där hon är och ge individanpassat stöd. Vidare anser författarna till denna studie att även samhället gynnas då amningens hälsoeffekter för både mamma och barn kan avlasta sjukvården samt bidra till ökad folkhälsa. Enligt *Hälso- och sjukvårdslagen* (SFS 2017:30) ska hälso- och sjukvården arbeta för att förebygga ohälsa. Ytterligare aspekter som gynnar samhället är att amning är miljövänligt. Detta visar Rollins et al. (2016) i sin studie där bröstmjolk ses som ett miljövänligt alternativ jämfört med modersmjölksersättning. Modersmjölksersättning kräver produktion i fabrik, förpackning, transport och lämnar avfall. Bröstmjolk produceras efter individens behov utan transporter och förpackning (Rollins et al., 2016). Författarna till



föreliggande studie anser därför att för en hållbar utveckling i samhället bör amning främjas.

Distriktssköterskorna i föreliggande studie beskrev att de fick hänvisa till amningsmottagningen när tiden inte fanns. Vidare påtalades att tidsbrist skapade hinder för att kunna ge amningsstöd. Tiden räckte inte till under besöken som var bokade och det fanns inte tid till amningsobservation. Detta speglar även McLelland et al. (2015) där den australiensiska motsvarigheten till BVC-sköterska beskriver svårigheter att ge amningsstöd på grund av tidsbrist, otillräcklig tid för amningsobservation samt fullbokade scheman på klinikerna. Författarna till föreliggande studie menar att om distriktssköterskan inte har tid att ge amningsstöd leder det till svårigheter att känna in mammans motivation till att amma. Därför blir det vid tidsbrist närmast ogenomförbart för distriktssköterskorna att utgå ifrån Stockdale et al. (2011a) vid amningsstöd. Det i sin tur leder till att amningsinformationen inte anpassas efter mamman. Informationen kan då behöva upprepas flertalet gånger och därmed utnyttjas inte distriktssköterskans tid effektivt.

Distriktssköterskorna hade erfarenheten att föräldrarna inte alltid fick samma råd på amningsmottagningen som de fått på BVC vilket skapade förvirring hos föräldrarna. Inkonsekvent amningsstöd skapade en förvirring hos mamman vilket medförde en obalans där negativa amningserfarenheter förknippades med att inte kunna amma. Mammans uthållighet påverkas negativt och därmed även hennes motivation vilket är en av beståndsdelarna i Stockdales et al. (2011a) teori. Barimanis et al. (2015) påvisar i sin studie att mammor som får olika amningsråd blir stressade. Cross-Barnet, Augustyn, Gross, Resnik och Paige (2012) beskriver också att motstridig information har en negativ inverkan på mammans val att amma. Författarna till föreliggande studie anser därmed att amningsstödet kan förbättras om samtliga enheter får gemensamma direktiv gällande amningsstöd. Vilket



även distriktssköterskorna i studien uttryckte en önskan om. Förslagsvis skulle regelbundna utbildningsdagar samordnas mellan BVC och amningsmottagningen.

Vikten av att kunna känna in mamman togs upp av distriktssköterskorna i denna studie. Det var en balansgång att förespråka amning men att samtidigt inte pressa mamman till att amma när hon inte mådde bra av det. Barimani et al. (2015) beskriver liknande fynd, där mammor upplever att hälso- och sjukvårdspersonal inte känner in dem utan endast fokuserar på barnet. I föreliggande studie påtalade distriktssköterskorna att det inte fick bli amning till varje pris utan mamman måste må bra. Ibland fick distriktssköterskorna stötta mamman till att sluta amma. Detta styrker även Schilling Larsen och Kronborg (2013) i sin studie. Stockdales et al. (2011a) teori beskriver att mammans negativa erfarenheter av amning påverkar hennes motivation. Författarna till denna studie anser att det därför är värdefullt om distriktssköterskan har insikter om hur avgörande mammans välmående är för amningens utfall. Med individanpassat amningsstöd, där distriktssköterskan känner in mammans mående, ökar möjligheten till en välmående mamma. Det i sin tur kan leda till minskad belastning på mödra- och barnhälsovårdens psykosociala resurser, så som kuratorer och psykologer. Samhällets vårdkostnader kan därmed minska och personalresurser kan frigöras till behövande ändamål.

9 Slutsats

Amningsfrekvensen i Sverige sjunker och det finns inte tillräckligt med svensk forskning som belyser varför. Studiens resultat visar att amning är komplicerat och flerdimensionellt. Det är inte alltid mammans förväntningar på amningen stämmer överens med verkligheten. Har mamman inte kunskapen, tror på sig själv och får det stöd hon behöver är sannolikheten



stor att amningen fallerar. Distriktssköterskan på BVC ska främja hälsa och förebygga ohälsa samt ge individanpassad hjälp till barn och deras föräldrar. Distriktssköterskan har därmed en viktig roll i att stötta mamman till en fungerande amning. Det framkom i studien att vårdkedjan inte fungerade optimalt. Tidsbrist, ej samstämmiga amningsråd och brist på fortbildning skapar utmaningar för distriktssköterskan i att ge amningsstöd. Genom att öka distriktssköterskans amningskunskap i form av regelbunden fortbildning och samstämna råden som ges mellan enheter skapas möjligheter för ett förbättrat amningsstöd. Förslagsvis kan amningsstödet utökas med stödgrupper eller babycafé vilket kan avlasta distriktssköterskan tidsmässigt.

Med utökat amningsstöd på BVC, både på individnivå och gruppnivå, kan kostnadseffektivitet och folkhälsa främjas. Även miljön påverkas positivt då amning är miljövänligt.

Jämlikt föräldraskap har börjat ta större plats i samhället enligt distriktssköterskorna i studien, vilket kan motivera vidare forskning för att se jämlikhetens inverkan på amning. Även sociala medier och krav från samhället har större inflytande på dagens föräldrar. Därför vore det värdefullt att studera sociala mediernas inverkan på amning. Även forskning på föräldrars upplevelse av amning och varför det inte fungerar behövs. Varför dalar amningsfrekvensen i Sverige. Därför behövs mer forskning även på amningsstödet och vad som krävs av organisation, verksamhet samt vårdpersonal för ett optimalt amningsstöd. Det är viktigt att belysa distriktssköterskans roll som amningsrådgivare och hur föräldrar kan stöttas.

Studien har lett fram till följande ny kunskap: Vårdkedjan för amningsstöd fungerar inte optimalt. Distriktssköterskorna önskar mer kunskap inom amningsstöd. Tidsbristen på BVC leder till svårigheter i att ge ett optimalt amningsstöd.



10 Referenser

Anstey, E. H., Coulter, M., Jevitt, C. M., Perrin, K. M., Dabrow, S., Klasko-Foster, L. B., & Daley, E. M. (2018). Lactation Consultants' Perceived Barriers to Providing Professional Breastfeeding Support. *Journal of Human Lactation*, 34(1), 51-67. doi:10.1177/0890334417726305

Bai, K. Y., Middlestadt, E. S., Pengà, C-Y. J., & Fly, A. D. (2009). Psychosocial factors underlying the mother's decision to continue exclusive breastfeeding for 6 months: an elicitation study. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 22, 134-140. doi:10.1111/j.1365-277X.2009.00950.x

Barimani, M., Oxelmark, L., Johansson, S-E., & Hylander, I. (2015). Support and continuity during the first 2 weekd postpartum. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29, 409-417. doi:10.1111/scs.12144

Blixt, I., Mårtensson, L. B., & Ekström, A. C. (2014). Process-oriented training in breastfeeding for health professionals decreases women's experiences of breastfeeding challenges. *International Breastfeeding Journal*, 9(15). doi:10.1186/1746-4358-9-15

Bonia, K., Twells, L., Halfyard, B., Ludlow, V., Newhook, A. L., & Murphy-Goodridge, J. (2013). A qualitative study exploring factors associated with mothers' decisions to formula-feed their infants in Newfoundland and Labrador, Canada. *BMC Public Health*, 13(1), 1-9. doi:10.1186/1471-2458-13-645

Brown, A., Rance, J., & Benett, P. (2016). Understanding the relationship between breastfeeding and postnatal depression: the role of pain and physical



difficulties. *Journal of Advanced Nursing*, 72(2), 273-282.

doi:10.1111/jan.12832

Bäckström, C. A., Hertfelt Wahn, I. E., & Ekström, A. C. (2010) Two sides of breastfeeding support: experiences of women and midwives. *International Breastfeeding Journal*, 5(20). doi:10.1186/1746-4358-5-20

Cross-Barnet, C., Augustyn, M., Gross, S., Resnik, A., & Paige, D. (2012). Long-term Breastfeeding Support: Failing Mothers in Need. *Maternal & Child Health Journal*, 16, 1926-1932. doi:10.1007/s10995-011-0939-x

Danielsson, E. (2017a). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2:a uppl., s. 143-154). Lund: Studentlitteratur

Danielsson, E. (2017b). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2:a uppl., s. 285-299). Lund: Studentlitteratur

Graffy, J., & Taylor, J. (2005). What Information, Advice, and Support Do Women Want With Breastfeeding? *BIRTH*, 32(3), 179-186.

doi:10.1111/j.0730-7659.2005.00367.x

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.

doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001



Helsingforsdeklarationen (2013). Hämtad 2019-11-06 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Henricson, M., (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2:a uppl., s. 411-420). Lund: Studentlitteratur

Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2:a uppl., s. 111-119). Lund: Studentlitteratur

Hjälmhult, E., & Lomborg, K. (2012). Managing the first period at home with a newborn: a grounded theory study of mothers' experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26, 654-662. doi:10.1111/j.1471-6712.00974.x

Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). Hämtad från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Ingram, J., Johnson, D., & Condon, L. (2011). The effects of Baby Friendly Initiative Training on breastfeeding rates and the breastfeeding attitudes, knowledge and self-efficacy of community health-care staff. *Primary Health Care Research & Development*, 12, 266-275. doi:10.1017/S1463423610000423

Keevash, J., Norman, A., Forrest, H., & Mortimer, S. (2018). What influences women to stop or continue breastfeeding? A thematic analysis.



British Journal of Midwifery, 26(10), 651-658.

doi:10.12968/bjom.2018.26.10.651

Lag om etisk prövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460).

Hämtad från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

Mangrio, E., Persson, K. & Bramhagen, A-C. (2018). Sociodemographic, physical, mental and social factors in the cessation of breastfeeding before 6 months: a systematic review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32, 451-465. doi:10.1111/scs.12489

Marks, D., & O'Conner, R. (2015). Health professionals' attitudes towards the promotion of breastfeeding. *British Journal of Midwifery*, 23(1), 50-58. Hämtad från <http://web.b.ebscohost.com.proxy.lnu.se/ehost/detail/detail?vid=0&sid=7b956bf3-57e9-4206-80e8-72f058b0e17d%40sessionmgr103&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=103867014>

McLelland, G., Hall, H., Gilmour, C., & Cant, R. (2015). Support needs of breast-feeding women: Views of Australian midwives and healthnurses. *Midwifery*, 31(1), 1-6. doi:10.1016/j.midw.2014.09.008

Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2:a uppl., s. 421-438). Lund: Studentlitteratur



Nationella nätverket för barnhälsovårdssamordnare/vårdutvecklare i Sverige. (2017). Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom barnhälsovården (BHV). Hämtad från [http://www.rikshandboken-bhv.se/Dokument/Nationella%20målbeskrivningar/Nationell%20målbeskrivning%20för%20sjukskötersketjänstgöring%20inom%20barnhälsovården%20\(bhv\).pdf](http://www.rikshandboken-bhv.se/Dokument/Nationella%20målbeskrivningar/Nationell%20målbeskrivning%20för%20sjukskötersketjänstgöring%20inom%20barnhälsovården%20(bhv).pdf)

Oakley, L. L., Henderson, J., Redshaw, M., & Quigley, M. A. (2014). The role of support and other factors in early breastfeeding cessation: an analysis of data from a maternity survey in England. *BMC Pregnancy childbirth*, *14*(88), 1-12. doi:10.1186/1471-2393-14-88.

Patel, R., & Davidsson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur

Patientlag (SFS 2014:821). Hämtad från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svenskforfattningssamling/Patientlag-2014821_sfs-2014-821

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer

Priebe, G., & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar: grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2., uppl., s. 25-42). Lund: Studentlitteratur



Rikshandboken barnhälsovård. (2015). Hälsoeffekter av amning. Hämtad 2019-11-06 från <https://www.rikshandboken-bhv.se/amning-och-nutrition/amningsvagledning/halsoeffekter-av-amning/>

Rikshandboken barnhälsovård. (2019). Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom BHV. Hämtad 2019-11-06 från <https://www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/professioner-inom-bhv/nationell-malbeskrivning-for-sjukskotersketjanstgoring-inom-bhv/>

Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeerhoy, N., Horton, S., Lutter, C. K., Martines, J. C., Piwoz, E. G., Richter, L. M., & Victora, C. G. (2016). Why invest, and what will it take to improve breastfeeding practices?. *The Lancet*, 387, 491-504. doi:10.1016/S0140-6736(15)01044-2.

Sandman, L. & Kjellström, S. (2018). *Etikboken. Etik för vårdande yrken* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur

Sherriff, N., & Hall, V. (2011). Engaging and supporting fathers to promote breastfeeding: a new role for Health Visitors? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(3), 467-475. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00850.x.

Schilling Larsen, J., & Kronborg, H. (2013). When breastfeeding is unsuccessful-mothers' experiences after giving up breastfeeding. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 848-856. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01091.x

Schmeid, V., Beake, S., Sheehan, A., McCourt, C., & Dykes, F. (2011). Women's perceptions and experiences of breastfeeding support: a metasynthesis. *BIRTH*, 38(1), 49-60. doi:10.1111/j.1523-536X.2010.00446.x



Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om uppfödning genom amning eller med modersmjölksersättning (SOSFS 2008:33). Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/200833-om-information-som-avser-uppfodning-genom-amning-eller-med-modersmjolkersattning/>

Socialstyrelsen. (2014a). Tio steg som främjar amning: baserat på WHO:s ten steps to successful breastfeeding. Hämtad 2018-11-08 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19565/2014-10-27.pdf>

Socialstyrelsen (2014b). Vägledning för barnhälsovården. (Artikelnummer 2014-4-5). Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2014-4-5.pdf>

Socialstyrelsen. (2019). Statistik om amning 2017. Hämtad 2019-10-13 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2019-9-6378.pdf>

Spencer, R., Greatrex-White, S., & Fraser, D. M. (2014). 'I was meant to be able to do this': a phenomenological study of women's experiences of breastfeeding. *Evidence Based Midwifery*, 12(3), 83-88. Hämtad från <http://web.b.ebscohost.com.proxy.lnu.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=201738fa-04bd-4bb6-9cda-c0cbbc1e2112%40sessionmgr104>

Stockdale, J., Sinclair, M., Kernohan, G. & Keller, J. (2011a). Understanding Motivational Theory and the Psychology of Breastfeeding. I R. Bryar & M. Sinclair (Red.), *Theory for midwifery practice* (2. uppl., s. 92-113). Houndmills: Palgrave



Stockdale, J., Sinclair, M., Kernohan, G. & Keller, J. (2011b). Motivation, Breastfeeding and Midwives: Theory in action. I R. Bryar & M. Sinclair (Red.), *Theory for midwifery practice* (2. uppl., s. 115-138). Houndmills: Palgrave

Tan, M., Rheeston, M., & Douglas, H. (2017). Using the Solihull Approach in breastfeeding support groups: Maternal perceptions. *British Journal of Midwifery*, 25(12), 765-773. doi:10.12968/bjom.2017.25.12.765

Thulier, D., & Mercer, J. (2009). Variables Associated With Breastfeeding Duration. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 38(3), 259-268. doi:10.1111/j.1552-6909.2009.01021.x

UNICEF (2009). Barnkonventionen: FN:s konvention om barnets rättigheter. Hämtad från UNICEF Sveriges webbplats:
<https://unicef.se/barnkonventionen/las-texten#full>

World Health Organization [WHO] (2017). Global breastfeeding scorecard 2017: Tracking progress for breastfeeding policies and programmes. Hämtad 181105 från <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-scorecard-2017.pdf>

World Health Organization [WHO] (2009). Infant and young child feeding: Model Chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Hämtad från https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK148965/pdf/Bookshelf_NBK148965.pdf



Bilaga A

Till dig som är verksamhetschef i primärvården: Information och förfrågan om deltagande i intervjustudie, magisteruppsats

I Sverige ammar 64% av mammorna när barnen är 6 månader och sedan 2004 har andelen barn som ammas minskat successivt. Enligt WHO (2009) så är amning det bästa alternativet för både mamma och barn. Trots detta sjunker amningsfrekvensen i Sverige. Tidigare forskning visar att flera faktorer påverkar amningsfrekvensen. BVC-sköterskan möter den nyblivna mamman och spelar därför en stor roll i främjandet av amning. Vi vill därför intervjua distriktssköterskor på BVC för att ta del av deras erfarenheter av att ge amningsstöd. Förhoppningen är att resultatet leder till en ökad kunskap och förståelse för fenomenet.

Syftet med studien är att belysa distriktssköterskans erfarenheter av att ge amningsstöd på barnavårdscentralen.

Vi önskar att komma i kontakt med distriktssköterskor som är verksamma på BVC sedan minst ett år tillbaka. Specialiserade barnsjuksköterskor exkluderas ur studien, eftersom syftet med studien är att belysa distriktssköterskans erfarenheter av att ge amningsstöd. Förfrågningar kommer skickas ut till DSK i södra Sverige. Förhoppningen är att intervjua tio DSK utspridda på olika BVC under september månad 2019.

Intervjuerna kommer att genomföras på respektive BVC och ta mellan 30-60 min per intervju. En intervjuguide kommer att följas men frågorna som kommer ställas är öppna där deltagaren fritt kommer att kunna besvara utifrån sig själv. Det är helt frivilligt att medverka i studien och deltagaren kan när som helst avbryta sin medverkan. Informationen som samlas in genom intervjuer kommer behandlas konfidentiellt och förvaras helt oåtkomligt från obehöriga, endast författarna av studien har tillgång till materialet. Respektive deltagare och vårdcentral kommer ej identifieras i det slutliga resultatet som kommer presenteras i vår magisteruppsats hösten 2019.

Vi heter Julia Gunnarsson och Susanne Miller och studerar till distriktssköterskor vid Linnéuniversitetet i Kalmar/Växjö. Hör gärna av dig vid eventuella frågor.

Växjö 2019-06-14

Julia Gunnarsson
Leg. Sjuksköterska
Studerande distriktssköterska
jgusu09@student.lnu.se
073-546 94 48

Susanne Miller
Leg. Sjuksköterska
Studerande distriktssköterska
sm222tz@student.lnu.se
072-207 86 41

Kristina Schildmeijer
Handledare
Docent
kristina.schildmeijer@lnu.se
0480-44 67 62



Bilaga B

Till dig som är distriktssköterska på BVC: Information och förfrågan om deltagande i intervjustudie, magisteruppsats

I Sverige ammar 64% av mammorna när barnen är 6 månader och sedan 2004 har andelen barn som ammas minskat successivt. Enligt WHO (2009) så är amning det bästa alternativet för både mamma och barn. Trots detta sjunker amningsfrekvensen i Sverige. Tidigare forskning visar att flera faktorer påverkar amningsfrekvensen. BVC-sköterskan möter den nyblivna mamman och spelar därför en stor roll i främjandet av amning. Vi vill därför intervjua distriktssköterskor på BVC för att ta del av deras erfarenheter av att ge amningsstöd. Förhoppningen är att resultatet leder till en ökad kunskap och förståelse för fenomenet.

Syftet med studien är att belysa distriktssköterskans erfarenheter av att ge amningsstöd på barnvårdscentralen.

DSK som är verksamma sedan minst ett år, på BVC i södra Sverige kommer att tillfrågas om deltagande i studien. Specialiserade barnsjuksköterskor exkluderas ur studien, eftersom syftet med studien är att belysa distriktssköterskans erfarenheter av att ge amningsstöd. Om du är intresserad av att delta kontakta någon av oss på nedanstående telefonnummer eller e-post.

Intervjuerna kommer att genomföras på respektive BVC eller annan plats som du väljer, och ta mellan 30-60 min. En intervjuguide kommer att följas men frågorna som kommer ställas är öppna där du fritt kommer att kunna besvara utifrån dig själv. Det är helt frivilligt att medverka i studien och du kan när som helst avbryta din medverkan. Informationen som samlas in genom intervjuer kommer behandlas konfidentiellt och förvaras helt oåtkomligt från obehöriga, endast författarna av studien har tillgång till materialet. Respektive deltagare och vårdcentral kommer ej identifieras i det slutliga resultatet som kommer presenteras i vår magisteruppsats hösten 2019.

Vi heter Julia Gunnarsson och Susanne Miller och studerar till distriktssköterskor vid Linnéuniversitetet i Kalmar/Växjö. Hör gärna av dig vid eventuella frågor.

Växjö 2019 - 06 – 14

Julia Gunnarsson
Leg. Sjuksköterska
Studerande
distriktssköterska
jgusu09@student.lnu.se
073-546 94 48

Susanne Miller
Leg. Sjuksköterska
Studerande
distriktssköterska
sm222tz@student.lnu.se
072-207 86 41

Kristina Schildmeijer
Handledare
Docent
kristina.schildmeijer@lnu.se
0480-44 67 62



Bilaga C

Intervjuguide

Ålder:

Kön:

Hur länge har du arbetat som distriktssköterska?

Hur länge har du arbetat på BVC?

Har du gått någon amningsutbildning utöver den som ingår i distriktssköterskeutbildningen?

Har du jobbat på neonatal eller BB tidigare?

Har du egen erfarenhet av amning?

Frågeområden

Kan du berätta om din erfarenhet av att ge amningsstöd?

- *Nyblivna föräldrars förväntningar på amningen?*

Vad är det som gör att det fungerar? Främjande faktorer?

Vad är det som gör att det inte fungerar? Hindrande faktorer?

Finns det något du saknar för att kunna ge så bra amningsstöd som möjligt?

- *Finns det något du skulle vilja lära dig mer om, eller utveckla i din roll som professionell rådgivare i amning?*
- *Vad skulle du vilja göra eller ändra när det handlar om amningsstöd på BVC?*

Hur upplever du att organisationen verkar för att främja amning (kollegor, möjlighet till vidareutbildning, tid)?

Hur upplever du att samarbetet mellan vårdenheter fungerar? BB, amningsmottagning, BVC?

Finns det något mer du vill tillägga?

Är det okej om vi kontaktar dig om vi behöver komplettera med någon fråga?

Följdfrågor

- Hur menar du?
- Kan du utveckla detta?
- Vad innebär det?
- Vad kände du?
- Vad tänker du om detta?



Bilaga D

Samtyckesformulär

Jag har tagit del av informationen om studien distriktssköterskans kunskap om amning på BVC, fått tillfälle att ställa frågor, fått dem besvarade och samtyckt till deltagande.

Jag har även fått information om att deltagandet är frivilligt och att jag när som helst kan avbryta min medverkan utan att ange orsak.

Underskrift av forskningsperson

Namnförtydligande, ort, datum

Underskrift av informationsgivare

Namnförtydligande, ort, datum



Etisk egengranskning

Följande frågor ska besvaras av sökande och godkännas av handledare.

		Ja	Kanske	Nej
1	Avser undersökningen att behandla känsliga personuppgifter (dvs. behandla personuppgifter som avslöjar ras eller etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse, medlemskap i fackförening eller som rör hälsa eller sexualliv).			X
2	Innebär undersökningen ett fysiskt ingrepp på deltagarna (även sådant som inte avviker från rutinerna men som är ett led i studien)?			X
3	Är syftet med undersökningen att fysiskt eller psykiskt påverka deltagarna (t.ex. behandling av övervikt) eller som innebär en uppenbar risk att påverka?			X
4	Används biologiskt material som kan härledas till en levande eller avliden människa (t.ex. blodprov)?			X
5	Kan frivilligheten ifrågasättas (t.ex. utsatta grupper såsom barn, person med demenssjukdom eller psykisk funktionsnedsättning, personer i uppenbar beroendeställning såsom patienter eller studenter som är direkt beroende av försöksledaren)?			X
6	Avses vetenskaplig publicering såsom vid konferens eller i vetenskaplig tidskrift efter studiens genomförande.			X
7	Kommer personregister upprättas (där data kan kopplas till fysisk person) och			X



	anmälas till registeransvarig person (GDPR- ansvarig).			
8	Syftet och metoden är väl avvägt gällande risk-nytta samt anpassat till nivån på studien.	X		
9	I den skriftliga informationen beskrivs projektet så att deltagarna förstår dess syfte och uppläggning (inklusive vad som krävs av den enskilde, t.ex. antal besök, projektlängd etc.) och på så sätt att alla detaljer som kan påverka beslut om medverkan klart framgår. (För studier med deltagare under 15 år krävs vårdnadshavares godkännande t ex vid enkäter i skolklasser.)	X		
10	Deltagandet i projektet är frivilligt och detta framgår tydligt i den skriftliga informationen till forskningsperson. Vidare framgår tydligt att deltagare när som helst och utan angivande av skäl kan avbryta försöket utan att detta påverkar forskningspersonens omhändertagande eller behandling eller, om studenter, betyg etc.	X		
12	Det finns resurser för genomförande av projektet och ansvariga för studien är namngivna (student och handledare)	X		