



## Rapport fra den landsomfattende elektroniske Mor-barn-vennlig evalueringen høsten 2020.

Folkehelsemeldingen (Stortingsmelding nr.16/2002-2003) har som mål at føde/barselavdelinger drives i samsvar med WHO/UNICEFs Ti trinn for vellykket amming. [Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold \(2017 – 2021/23\)](#) har som mål at Mor-barn-vennlig initiativ skal videreføres og videreutvikles som faglig standard for landets føde- og barselavdelinger.

[Nasjonal kompetansetjeneste for amming](#) (NKA) skal bygge opp og spre kompetanse om morsmelk og amming og retter seg primært mot helsetjenesten. NKA gjennomfører reevalueringer av norske sykehus som ønsker å beholde godkjenning som Mor-barn-vennlig sykehus.

NKA gjennomfører sine reevalueringer på bakgrunn av WHO/UNICEFs reviderte kriterier for [Mor-barn-vennlige sykehus 2018](#).

”Sykehusets årlige ammestatistikk bør indikere at minimum **80 %** av mødre som fødte i inneværende år fullammet eller fullernærte barnet sitt med egen utpumpet morsmelk fra fødsel til utreise” Dersom færre enn **80 %** av mødre fullammet eller fullernærte barnet med egen morsmelk, skal det kunne begrunnes at minst **80 %** av tillegget som ble gitt, var av en medisinsk grunn.

**Normalt trenger friske, fullbårne, morsmelkernærte terminbarn ingen form for tillegg.**

”Tidlig introduksjon av tillegg under barseloppholdet er assosiert med lavere forekomst av fullamming etter utreise”

”Ved å støtte barselkvinnen i å etablere fullamming under barseloppholdet, bidrar sykehuset til å fremme lenger varighet av fullamming etter utreise”

Nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring sier at morsmelk er den beste maten for spedbarnet, og barnet kan trygt få kun morsmelk de første seks månedene, med tilskudd av D-vitamin, dersom mor og barn trives med det.

Føde- og barselavdelingene kan gjennom sin praksis gi et viktig bidrag til at mødre som ønsker det, kan følge disse anbefalingene.

Høsten 2020 har reevalueringen fokusert på;

- Mødre forløst med keisersnitt sine svar på et elektronisk spørreskjema
- Personalets registrering av amming og bruk av morsmelkerstatning / tillegg til barn forløst med keisersnitt.
- Personalets svar på kunnskapsspørsmål om amming og WHO koden

**Spørreundersøkelsen** til mødrene omfatter spørsmål om den ammeveiledning og informasjon de har fått i løpet av barseloppholdet og om det er i samsvar med de ”Ti trinn for vellykket amming” og avdelingens ammeprosedyre. Sykehus hvor det ikke er registrert tilstrekkelig antall mødresvar (etter WHO`s kriterier) har fått tilbud om en ny registrering av svar fra keisersnittforløste mødre i løpet av første halvår 2021. NKA gir ikke tilbakemelding til sykehus uten tilstrekkelige mødresvar.

Rapporten starter med svar fra mødrene, og under Trinn 6 er personalets registrering av amming og bruk av morsmelkerstatning lagt til. Til slutt kommer personalets svar på spørsmål om WHO koden, opplæring og ammekunnskaper. Tallene er basert på dataene fra 2020.

Hvert sykehus vil finne sin egen rapport basert på egne tall i vedlagt dokument. Sykehuset kan sammenligne egne resultater med landsgjennomsnittet på flere av punktene. Rapporten vil være en nyttig evalueringsrapport for videre arbeide med å være en Mor-barnvennlig avdeling i tråd med WHO/UNICEFs Ti trinn for vellykket amming.

### **300 mødre forløst med keisersnitt begynte å svare på spørreskjema, 241 fullførte**

- 277 (93 %) av mødrene svarte på norsk
- 20 (7 %) av mødrene svarte på engelsk

**52 %** var førstegangsfødende og **48 %** var flergangsfødende.

#### **Forløsningsmetode (261 svarte):**

- 114 (44 %) av mødrene ble forløst med sectio i epidural/ spinal. Planlagt
- 117 (45 %) av mødrene ble forløst med sectio i epidural / spinal. Akutt
- 29 (11 %) av mødrene ble forløst med sectio i narkose. Akutt
- 1 mor ble forløst med sectio i narkose. Planlagt

#### **Barna ble født i uke:**

- **248 (94 %)** ble født i uke 37-42
- 12 (5 %) ble født i uke 32-36
- 3 (1 %) ble født i uke 28-31

**26 (10 %) av barna ble overflyttet til nyfødt / intensiv avdeling**

**Mødrenes lengde på barseloppholdet etter keisersnitt er i gjennomsnitt 4.6 døgn**

## Ti trinn for vellykket amming

### Klinisk praksis:

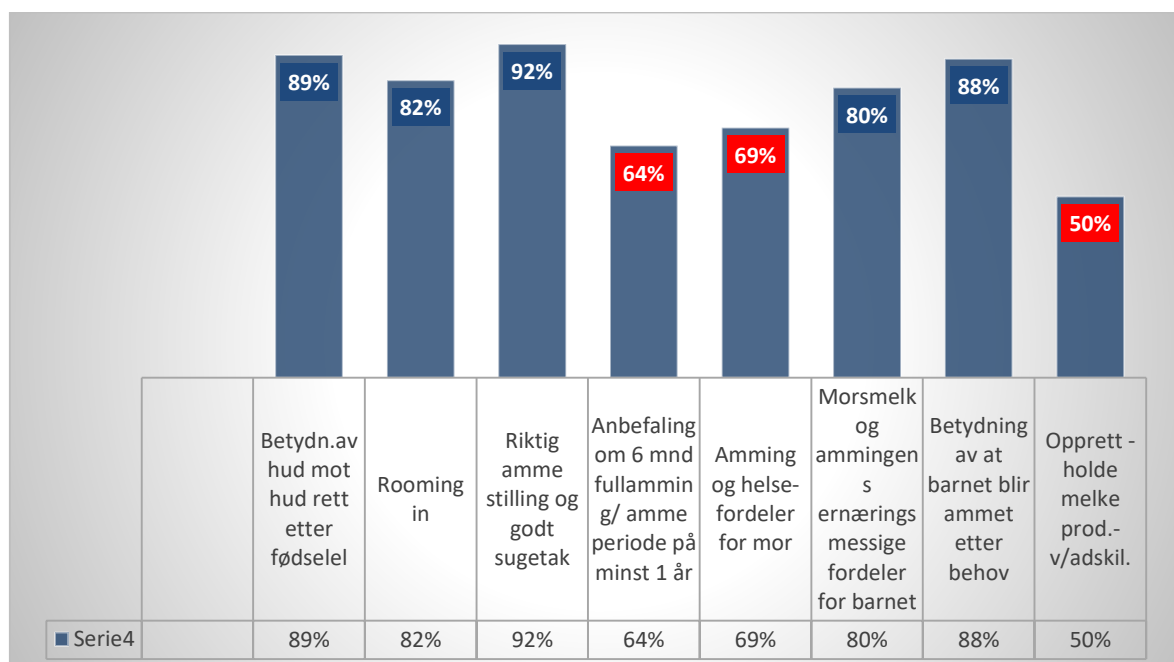
#### *Trinn 3. Samtale med gravide og deres familier om hvorfor det er viktig å amme og hvordan få dette til*

**Spørsmål: Hvem har gitt deg informasjon om amming i svangerskapsomsorgen?  
Markér helsepersonell eller andre som har gitt deg ammeinformasjon.**

- **92 % jordmor**
- **6 % fastlege**
- **2 % gynekolog**
- **27 % helsesykepleier**
- **19 % sosiale medier**
- **37 % ammehjelpen**
- **28 % venner**
- **2 % ingen**
- **12 % annet**

**8 % husket ikke om de hadde fått noe informasjon om amming.**

**Temaer som det er informert om i svangerskapsomsorgen:**



### **Kommentar:**

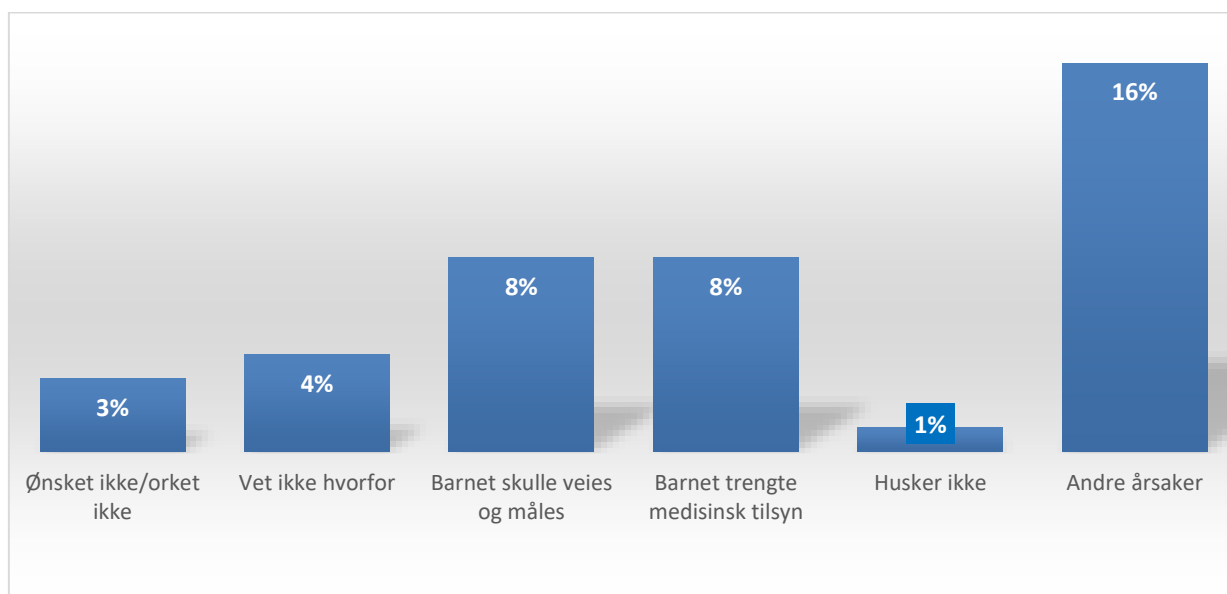
Vi evaluerer ikke avdelingen på dette trinnet siden svangerskapsomsorgen ikke er i regi av sykehusene. Informasjon som skal formidles i svangerskapsomsorgen finnes i Trinn 3 og [Retningslinje for svangerskapsomsorgen](#) og [Ammekyndig helsestasjon](#)

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

##### **Mødresvar (basert på 258 svar):**

- **158 (61 %)** av mødrene som fikk epidural / spinal bedøvelse (planlagt og akutt) fikk holde barnet sitt hud mot hud (HMH) rett etter fødselen eller innen fem minutter
  - 76 (29 %) fikk holde barnet HMH første gang på post operativ
  - 20 (8 %) fikk holde barnet HMH første gang når de kom til barselavdelingen
    - 4 (2 %) husker ikke når de fikk holde barnet HMH første gang
- **94 (36 %)** av mødrene fikk ha barnet hos seg i en time eller mer, første gang de fikk barnet til seg
  - 132 (51 %) av mødrene fikk ha barnet hos seg mindre enn en time
  - 32 (12 %) av mødrene vet ikke hvor lenge de fikk ha barnet hos seg
- **127 (49 %)** av mødrene ammet innen den første timen etter epidural /spinal (planlagt og akutt)
  - **110 (43 %)** av mødrene ammet senere enn en time etter fødsel

##### **Årsaker til at mor ikke fikk holde barnet HMH rett etter fødsel:**



##### **Kommentar:**

De fleste sykehusene i Norge har en utfordring når det gjelder keisersnitt og HMH rett etter fødsel, selv om samarbeidsavtalene mellom fødeavdeling, operasjonsstuen og post operativ legger til rette for at dette burde praktiseres. Vi oppfordrer avdelingene til å gå nøye gjennom egen praksis, rutiner og samarbeidsavtaler med operasjonsstuen og post operativ. Avdelingene skal ha en egen prosedyre om dette.

#### **Vi minner om følgende ordlyd fra Trinn 4:**

Det skal tilrettelegges og oppmuntres til tidlig og uforstyrret hud–mot-hud kontakt mellom mor og barn så raskt som mulig etter vaginal fødsel **og keisersnitt**. Hud-mot-hud kontakt betyr at barnet legges nakent med forsiden mot mors mage / bryst. Kontakten bør være uforstyrret i minst 60 minutter. Den første ammingen er en direkte følge av uforstyrret hud–mot-hud kontakt som fremmer barnets medfødte reflekser, slik at barnet finner veien til brystet. Helsepersonell skal jevnlig ha tilsyn/observasjon av mor og barn de første timene etter fødsel.

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

##### **Mødresvar:**

- 203 (79 %) hadde igjen fått tilbud om hjelp innen 6 timer etter fødselen eller sa de ikke trengte hjelp
- 243 (95 %) hadde fått tilbud til å finne gode amместillinger eller trengte ikke hjelp
  - 14 mødre fikk ikke hjelpen de trengte
- **69 av 131 (53 %)** mødre som svarte og som ble adskilt fra barnet eller det ikke ville die, **fikk hjelp** til å håndmelke ut kolostrum de første 1-2 timene
- **46 av 131 (35 %)** mødre som svarte og som ble adskilt fra barnet eller det ikke ville die, **fikk ikke hjelp** til å håndmelke ut kolostrum de første 1-2 timene
  - 16 (12 %) vet ikke
- 214 (84 %) hadde blitt vist håndmelking eller kunne det fra før

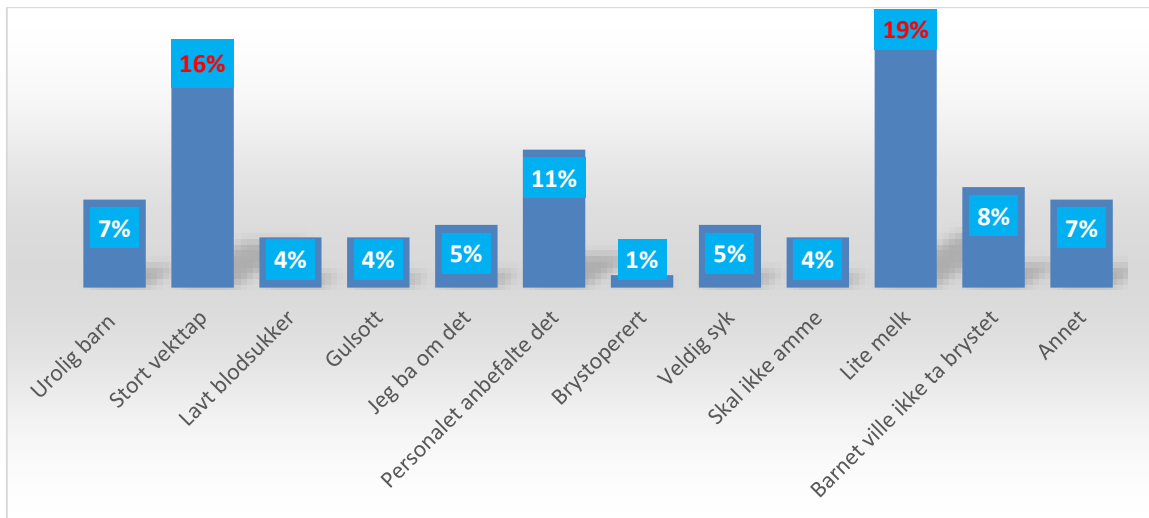
**Kommentar:** Alle mødre skal ha tilbud om hjelp innen 6 timer etter fødsel og alle mødre skal ha informasjon om hvordan man håndmelker. Tidlig og hyppig håndmelking/pumping er svært viktig for stimulering av melkeproduksjonen, når den nyfødte ikke er klar for å suge selv eller er på nyfødt/intensivavdelingen

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

**Mødresvar:**

**109 av 249 (44 %) av mødrene svarte at barnet hadde fått tillegg / morsmelkerstatning(MME)**

**Årsaker:**



**Sammenheng mellom om barnet diet innen første timen og senere og bruk av tillegg / MME:**



**Fra personalregistreringen om amming og bruk av tillegg / MME, 693 registrerte barn:**

- 659 (95 %) av barna fikk morsmelk
- 34 (5 %) fikk ikke morsmelk

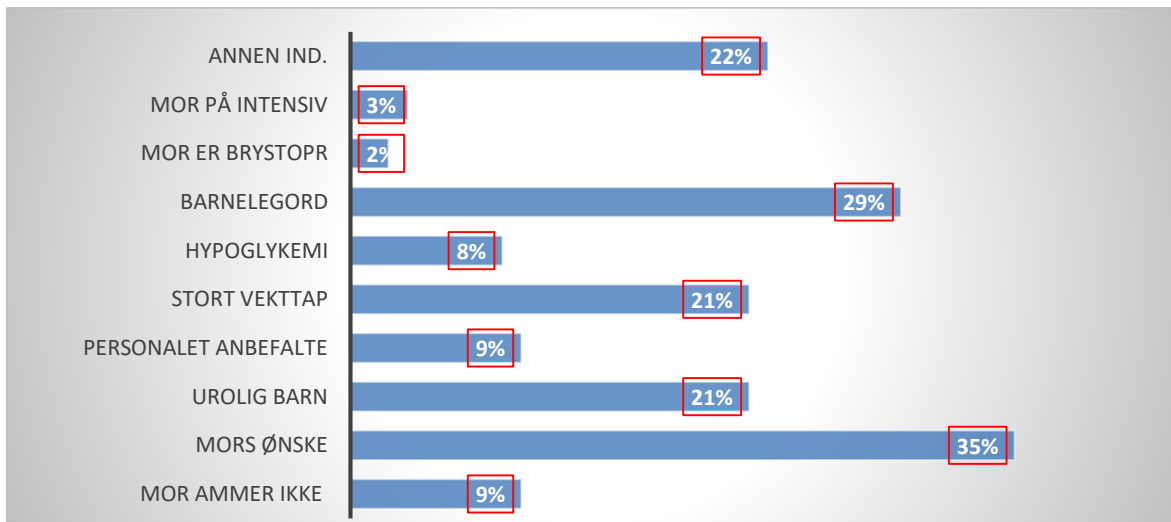
**Forløsningsmetode (694 mødre) og barnet fått tillegg / MME:**

- 148 av 287 (52 %) etter planlagt sectio epidural har fått tillegg
- 204 av 331 (62 %) etter akutt sectio i epidural har fått tillegg
- 13 av 17 (76 %) etter planlagt sectio i narkose har fått tillegg
- 33 av 59 (56 %) etter akutt sectio i narkose har fått tillegg

### 395 av 690 (57 %) registrerte barn har fått tillegg / MME:

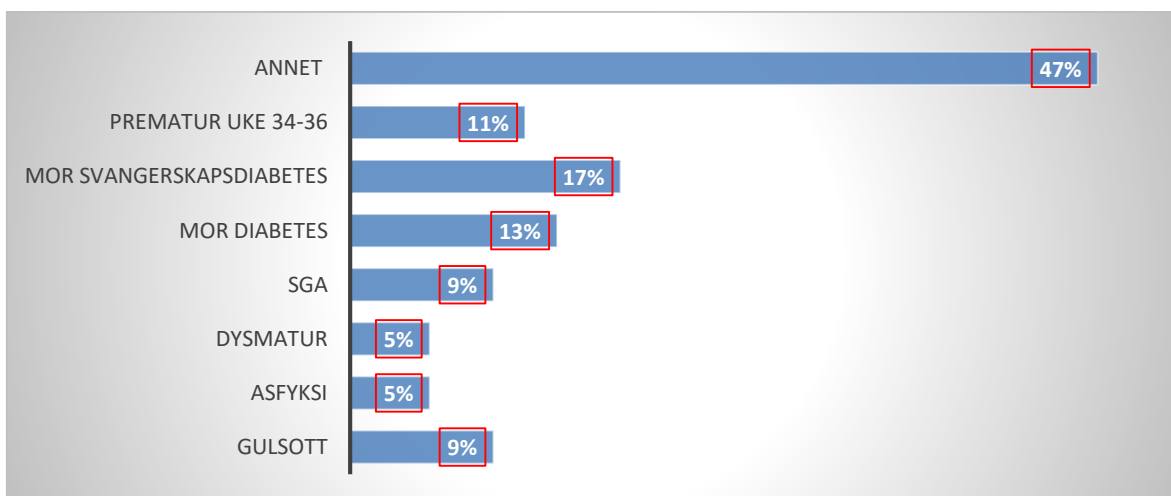
- Av barn som ble født etter uke 37
  - fikk 56 % tillegg / MME
- Av barn som ble født mellom uke 34 og uke 36
  - fikk 92 % tillegg / MME
- 91 % fikk morsmelkerstatning
- 14 % fikk bankmelk

### Årsaker til at barnet fikk tillegg / MME oppgitt av personalet:



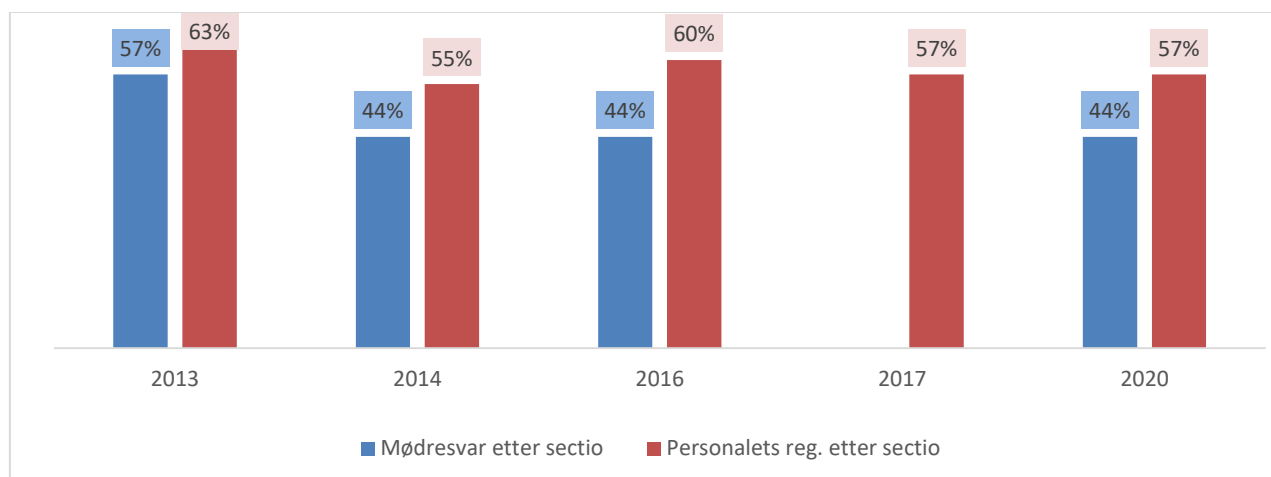
Av de som fikk tillegg på grunn av **vekttap**, var det gjennomsnittlige vekttapet **9,9 %**

### Årsaker til tillegg / MME oppgitt av personalet som barnelegeordinasjon (29 %):



**Kommentarer på annet (47 %) er vedlagt i eget dokument.**

## Keisersnittforløste barn og bruk av tillegg (MME) hele landet. Trenden fra 2013 til 2020



### Kommentar:

Vi minner om teksten fra Trinn 6:

Mødre skal frarådes å gi annen væske enn morsmelk, unntatt når det er en medisinsk grunn. Det er få tilstander hos mor eller barn som tilsier at man ikke kan amme og at det er behov for morsmelkerstatning. Mangel på ressurser, tid eller kunnskap hos personale er ikke grunner for å gi morsmelkerstatning. Nyfødte som ikke kan få mors egen melk eller som trenger å få ekstra tilskudd av næring, spesielt premature eller barn med veldig lav fødselsvekt, bør få donormelk hvis mulig og det er kulturelt akseptabelt. Hvis det er behov for tillegg er dette i de fleste tilfellene forbigående, inntil barnet klarer å ta brystet og/eller moren er tilgjengelig og klar for å amme. Selv om det for en periode er vanskelig å amme direkte på brystet må mødrene bli støttet og oppmuntret til å stimulere melkeproduksjonen ved å håndmelke eller pumpe, og prioritere å gi egen melk. Mødre som delammer eller ikke ammer skal få opplæring i sikker tilberedning og oppbevaring av morsmelkerstatning. Mødrene skal også få informasjon om hvordan de svarer på barnets tidlige tegn på sult.

Ved vekttap  $\geq 8\%$  er hyppig amming første tiltak. For å sikre et godt sugetak, en god ammestilling og effektiv melkeoverføring se: [ammeobservasjonsskjema](#)  
Observer om 1. veiing ble gjort før mekoniumavgang.

Det er normalt at et nyfødt barn skal die ofte og spise lite (gjennomsnittlig 7 ml/måltid første døgn). Dette kan lett feiltolkes som at mor har lite melk og at barnet er urolig. Hyppige måltider er en forutsetning for å unngå stort vekttap. Hud mot hud (HMH) og svare på tidlige tegn på sult er viktig for en god ammestart.

Se medisinske indikasjoner for bruk av tillegg / MME:

[Medisinske kriterier for bruk av tillegg, Nasjonal kompetansetjeneste for amming](#)

[Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons -og skolehelsetjenesten 0-5 år/veiing -og måling](#)

<https://abm.memberclicks.net/assets/DOCUMENTS/PROTOCOLS/3-supplementation-protocol-english.pdf>

[https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/WHO\\_NMH\\_NHD\\_09.01/en/](https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/WHO_NMH_NHD_09.01/en/)



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

#### **Mødresvar:**

- **236 (93 %)** av mødrene hadde fått anledning til å være sammen med barnet sitt 24 timer i døgnet.

#### **Årsaker til at mor og barn var adskilt:**

- 116 av 254 (46 %) svarer at det er for kortere perioder i forbindelse med dusj, barnelegeundersøkelse, blodprøver etc.
- 15 (6 %) svarer at barnet er på barneavdelingen
- 54 (21 %) svarer at hun trengte avlastning / personalet passet på barnet

**Kommentar:** Det er fint at dere avlaster mødrene i korte stunder, og at mødrene får barna inn til seg når det viser tegn til sult.

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

#### **Mødresvar:**

**80 % av mødrene fikk informasjon av personalet om å svare på barnets tegn på sult.**

- **74 %** fikk råd om å legge barnet til brystet **hver gang det virker sultent og så lenge barnet vil ha brystet**
- **72 %** fikk råd om å legge barnet til brystet **minst 8-12 ganger i døgnet og så lenge barnet vil ha brystet**

**Kommentar:** Alle mødre skal få veiledning i å kjenne igjen og svare på barnets tegn på sult. Råd om å legge friske fullbårne barn til brystet hver 3-4 time kan misforstås (Noen mødre kan forstå det som at de skal vente 3-4 timer mellom hver amming). Mødrene skal bli veiledet i å praktisere amming etter barnets behov

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

#### **Mødresvar:**

- **164 av 249 (66 %)** svarte at de hadde fått veiledning om tåteflaske og smokkbruk til diebarn

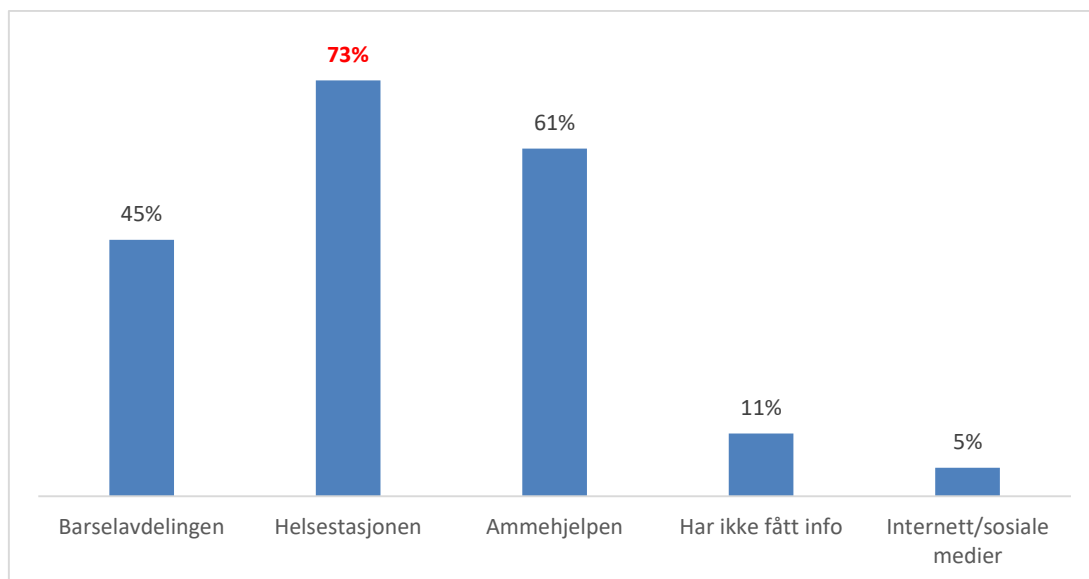
#### **Kommentar:**

Alle mødre skal ha veiledning om mulige ulemper og risiko ved bruk av tåteflaske og smokk. Vi ønsker at dere tar dette opp i avdelingene om hvordan dere kan sikre informasjon til alle mødre så de er i stand til å gjøre et informert valg.

*Personalet oppgir at 318 (82 %) barn fikk tillegg på kopp, og 122 (31 %) fikk tillegg / MME på flaske. Fysiologien er ulik når barnet suger på brystet og flaskesmokk. Dette kan føre til ammeproblemer.*

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

#### **Hvor har du blitt fortalt at du kan henvende deg for å få amnehjelp etter utreise?**



**Kommentar:** Alle mødre skal ha informasjon om helsestasjonstilbudet.

#### **Annen informasjon / rapport fra mødrene:**

##### **Status ved utreise (249 svar):**

- 185 (74 %) av mødrene oppgir at de fullammer
- 53 (21 %) av mødrene oppgir at de delammer
- 11 (4 %) av mødrene oppgir at de ikke ammer
  
- 42 av mødrene som delammer eller ikke ammer fikk informasjon om hvordan man tilbereder og oppbevarer morsmelkerstatning

**Kommentar:** Det er viktig at personalet er oppmerksomme på at mødre som delammer eller ikke ammer skal få en samtale om hvordan man tilbereder og oppbevarer morsmelkerstatning på en trygg måte, og hvor de kan finne skriftlig informasjon om dette.

##### **WHO-koden og observasjoner utført av mødrene:**

- 78 % av mødrene observerte ingen reklame i avdelingen.
  - 17 % husker ikke om de observerte reklame
- 22 % av mødrene opplevde at personale brukte produktnavnet på morsmelkerstatningen. (hvis barnet fikk MME)

**Kommentar:** Det er viktig at personalet er bevisst sitt ansvar når det gjelder bruk av produktnavn på morsmelkerstatninger i samtale med mødrene.

## Rapport fra personalets svar om deres kunnskaper om WHO-koden og amming.

**976 av personalet fullførte hele spørreskjemaet. (1325 startet)**

### **Fagbakgrunn:**

- 2 % avdelingsjordmor
- 3 % fagansvarlig jordmor
- **54 % jordmor**
- **36 % barnepleiere/hjelpepleiere**
- ≤1 % lege
- 4 % sykepleier
- 2 % annet (jordmorstud. spl.stud, bpl.stud, pensjonert ekstravakt)

## **Ti trinn for vellykket amming**

### **Administrativt ansvar:**

#### *Trinn 1 WHO- koden*

- 90 % har kunnskaper om hva som er Verdens helseorganisasjons kode (WHO-koden)
- 84 % har kunnskaper om hva WHO-koden sier om utdeling av gratisprøver
- 97 % har kunnskaper om markedsføring av morsmelkerstatning
- 99 % har ikke sett reklameoppslag i avdeling for flasker eller narresmøkker
- 99 % har ikke sette reklame for morsmelkerstatning
- **59 %** har overhørt kolleger snakke om produktnavn

**Kommentar:** Det er viktig at personalet er bevisst sitt ansvar når det gjelder bruk av produktnavn på morsmelkerstatninger i samtale med mødre.

### **MBVS Mor-barn-vennlig standard:**

- 85 % vet hva som er hovedindikatoren for et Mor-barn-vennlig sykehus
- 86 % vet hvorfor det er viktig å registrere / følge opp sykehusets ammepraksis

#### *Trinn 2 Opplæring og vurdering*

- 90 % har gjennomgått E-læringskurset og testen etterpå
- **79 %** kjenner til de 20 ammekunnskapspunktene
- 83 % har fått en form for opplæring i løpet av de 2 siste årene

## **Vurdering:**

- 70 % er evaluert på kompetanse fra testen i E-læringskurset
- 30 % har fått oppfølging i praksis
- 8 % eksamen på Høgskolen
- 5 % ammeveilederstudie
- 16 % hadde ikke fått noen vurdering

Mange av personalet kommenterer at de har tatt Ammetrinnkurs, svart på studiespørsmål til Boken om amming, deltatt på fagdager på jobb, webinarer og kollegadiskusjoner.

## **Ti trinn for vellykket amming**

### **Klinisk praksis (fokus på Trinn 4 ,6 og 8):**

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

- 85 % av personalet sier de følger Trinn 4
  - 9 % svarer at det varierer fra person til person

**Kommentar:** Mange av personalet skriver at det kommer an på avdelingens ressurser og at det er samtidighetskonflikter som gjør at de må ta med barn og far til fødeavdelingen før mor kommer til post operativ. Utfordringene er også at det er avhengig av hvem de møter på postoperativ, og om personalet der er villige til å legge til rette for at mor kan ha barnet hud-mot hud. Noen skriver at det ikke lar seg gjøre i det hele tatt.

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

- **654 (64 %)** svarer at de følger dette trinnet
- 270 (26 %) sier det varierer fra person til person
- 97 (10 %) svarer at de ikke følger dette trinnet
- 929 (91 %) svarer at avdelingen har en ammeprosedyre for bruk av tillegg
- **594 (61 %)** opplever at en selv eller kolleger noen ganger gir tillegg / MME uten at det er en medisinsk grunn

### **Personalet svarer at de to viktigste grunner til at barnet får tillegg / MME er:**

- stort vekttap og lavt blodsukker

#### **Mødrene oppgir følgende 3 årsaker som hyppigste grunn:**

- for lite melk (47)
- stort vekttap (39)
- personalet anbefalte det (28)

### *Trinn 8 Veilede mødre i å kjenne igjen og svare på barnets tegn til sult*

- 98 % av personalet svarer at de veileder mødre i å kjenne igjen og svare på barnets tegn på sult.
  - 80 % av mødre svarer at de fikk informasjon om tidlig tegn på sult.

#### **Personalet:**

- 83 % av personalet råder mødre om å amme hver gang barnet virker sultent og så lenge barnet vil ha brystet.
- 83 % av personalet råder mødre om at barnet bør legges til brystet minst 8-12 ganger i døgnet og så lenge barnet vil ha brystet.

**Kommentar:** Noen få av personalet gir feilaktige råd om et begrenset tidsrom så mor ikke blir sår, at mor bør lære seg gode rutiner med en gang, 10 minutter på hver side.

### **Sluttkommentar for hele landet:**

Personalet har mye kunnskap om amming og de fleste holder seg oppdaterte via ulike kurs, E-læring, diskusjonsgrupper o.l.

God ammeveiledning gitt til rett tid, kan bare gjennomføres hvis personalet har fått opplæring slik at de har kunnskap, kompetanse og ferdigheter i å støtte og veilede kvinner som ammer.

Det kan ikke forventes at helsepersonell skal kunne følge en prosedyre eller veilede en pasient i et fagområde de selv ikke har fått opplæring i.

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

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

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

WHO anbefaler to [nøkkelindikatorer](#) (Trinn 4 og Trinn 6) som mål på egen praksis:

- Andel barn som har fått hud-mot-hud kontakt og kommet til brystet i løpet av den første timen etter fødsel
- Andel barn som kun har fått morsmelk under barseloppholdet

85 % av **personalet** sier at de sørger for at barnet kan ha uforstyrret hud-mot-hud kontakt og støtter mødre i å komme i gang med ammingen så snart som mulig etter fødselen.

158 mødre (**61%**) svarer at de fikk holde barnet sitt hud-mot-hud rett etter fødselen, bare 94 mødre (**36 %**) fikk ha barnet hos seg en time eller mer første gang.

Den første ammingen er en direkte følge av uforstyrret hud-mot-hud kontakt som fremmer barnets medfødte reflekser, slik at barnet finner veien til brystet.

- 36 % av barna som fikk uforstyrret hud-mot-hud kontakt første timen fikk morsmelkerstatning på barsel
- 53 % av barna som **ikke** fikk uforstyrret hud-mot-hud kontakt første timen fikk morsmelkerstatning på barsel

**61 %** av personalet oppgir at de selv eller kolleger gir morsmelkerstatning (MME) uten en medisinsk grunn. **64 %** av personale svarer at de følger retningslinjene for bruk av MME.

**26 %** svarer at det varierer fra person til person

**Personalet svarer at de to viktigste grunnene til at barnet får MME er:**

- stort vekttap
- lavt blodsukker

**Personalets registrering av amming og bruk av tillegg viser at følgende tre årsaker er hyppigst:**

- mors ønske (142)
- stort vekttap (84) Gjennomsnitt **10 % vekttap**
- barnelegeordinasjon (116)

**Mødrene oppgir følgende tre årsaker som hyppigst:**

- for lite melk (47)
- stort vekttap (39)
- personalet anbefalte det (28)

Vi oppfordrer sykehusene til å gå igjennom egen praksis, med mål om at mor og barn får en optimal start på ammingen.

**Keisersnittforløste mødre** og deres barn er ekstra sårbare og har behov for en god tilrettelegging. Trenden fra 2013 til 2020 viser at bruk av MME er svært høy i denne gruppen, i **gjennomsnitt 57 %** (vaginalforløste 25 % i samme periode), og kriteriene for å gi MME er ofte ikke medisinske.

Tusen takk til sykehusene / avdelingene for innsatsen med å svare på spørsmål, registrere amming og tillegg og sørge for at mange mødre fikk informasjon om spørreskjemaet. Svarene danner et godt grunnlag for en diskusjon om hvordan man kan endre praksis for å optimalisere en god ammestart.

**Lykke til med videre opplæring og omsetting av teori til praksis!**

Mvh Anette Schaumburg Huitfeldt, jordmor og Mette Ness Hansen jordmor / MPH  
Nasjonal kompetansetjeneste for amming